

**Resultados de una encuesta sobre situación
nutricional en escolares de primer año**

El estado nutricional de los niños/as y las políticas alimentarias



**Verónica Amarante, Rodrigo Arim, Cecilia Severi,
Andrea Vigorito, Isabel Aldabe**

con la colaboración de
Gioia de Melo, Andrea Rodríguez y Gonzalo Salas



© PNUD Uruguay

Junio 2007. Montevideo, Uruguay.

www.undp.org.uy

Diseño y fotografía: Andrés Cribari

Impresión: Zonalibro S.A.

Depósito Legal: 342 395

ISBN: 978-9974-7921-9-7

Las posiciones expresadas en esta publicación son las de los autores, y no reflejan necesariamente las opiniones del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), su Junta Ejecutiva ni los Estados Miembros.

El estado nutricional de los niños/as y las políticas alimentarias

Resultados de una encuesta sobre situación
nutricional en escolares de primer año

**Verónica Amarante
Rodrigo Arim
Cecilia Severi
Andrea Vigorito
Isabel Aldabe**

con la colaboración de
Gioia de Melo, Andrea Rodríguez y Gonzalo Salas

Agradecimientos

Este trabajo fue realizado en el Instituto de Economía de la Facultad de Ciencias Económicas, con el apoyo financiero del Programa de Emergencia Social de la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República, del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). La investigación se llevó a cabo en la Universidad de la República mediante un convenio con ANEP, que permitió la toma de medidas antropométricas en las escuelas incluidas en el trabajo.

Deseamos destacar que esta investigación fue posible gracias a la enorme colaboración que recibimos de parte de la dirección de ANEP, de los integrantes del Programa de Alimentación Escolar, de inspectores, directores, maestros, padres y personas a cargo de los niños. También agradecemos el apoyo y la colaboración de las casas universitarias de Paysandú y Rivera.

Asimismo, deseamos agradecer la fuerte adhesión al proyecto de quienes dirigieron el trabajo de campo y de los encuestadores, quienes trabajaron en muchos casos más allá de lo previsto. Un grupo de encuestadores nos entregó un conjunto de anécdotas escritas donde se reflejan las condiciones de vida de algunos de los hogares que fueron entrevistados. Algunos extractos de estas narraciones se reproducen en este documento. En esta tarea agradecemos los comentarios de Wanda Cabella. El texto completo de estos relatos puede consultarse en www.iecon.ccee.edu.uy

Ficha técnica de la encuesta

Diseño del formulario y dirección

Isabel Aldabe, Verónica Amarante, Rodrigo Arim, Cecilia Severi y
Andrea Vigorito

Muestrista

Guillermo Zoppolo

Coordinación del trabajo antropométrico

Andrea Rodríguez

Jefatura de campo de las encuestas a hogares

Laura Rivero y Natalia Paccini

Antropometristas y asistentes en ronda 2004

Virginia Arce, Graciela Barrera, Adriana Bentancor, Verónica Callero, Silvina Camacho, Cintya Campos, Adriana Capel, Chela Cartolano, Rafael Cornes, Mariana Correa, Francisco Costa, Laura Cuadrado, Milka Donato, Laura Estable, Leticia Ferrari, Ma. Jesús Giordano, Alejandra Girona, Ma. Isabel Hitategui, Adriana Latorre, Sonia Leis, Jaqueline Lucas, Ana Luceno, Mariné Picasso, Blanca San Martín, Gabriela Saravia, Alejandra Souteras, Guillermo Velazco, Baden Vera, Caren Zelmonovich

Encuestadores

Serrana Alonso, Florencia Amábile, Analía Ardente, Germán Barros, Marcelo Bér-golo, Paula Carrasco, Cecilia Castelló, Marcelo Castillo, Gabriel Chuy, Alicia Corta-barria, Alejandra Cuadrado, Valentina Curto, Pablo De Avila, Viviana Ferreira, Fernando Galeano, Leticia Mederos, Ana María Molina, Fernando Moreira, Mathias Nathan, Milton Otegui, Jimena Perez, Lara Robledo, Virginia Rojo, Gonzalo Salas, Victor Sánchez, Virginia Soca, Lucia Sosa, Cecilia Toledo, Cecilia Tomassini, Milton Torelli, Ana María Venturini, Mariana Vera, Jorge Vera, Ana Vigna, Fabiola Viotti

Digitalización de la información

Carlos Giráldez y Sara Genta

Estandarización de la información antropométrica

Andrea Rodríguez

Sumario

Prólogo	11
Resumen ejecutivo.....	13
I. Introducción.....	17
II. La situación nutricional de los niños.....	23
II.1. Índice de talla para la edad	23
II. 2. Índice de peso para la talla	28
II. 3. Índice de masa corporal.....	30
III. Los determinantes del estado nutricional de los niños.....	35
III. 1. Características de los hogares	39
III. 1.1. Acceso a los recursos monetarios	39
III. 1.2. Estructura y tamaño del hogar	42
III. 1.3. Clima educativo del hogar	47
III. 2. Factores asociados a la salud del niño y su familia	49
III. 2.1. Peso al nacer	49
III. 2.2. Medidas antropométricas de la madre	51
III. 2.3. Controles durante el embarazo.....	54
III. 3. Acceso a servicios públicos	55
III. 3.1. Acceso a servicios de atención de salud.....	55
III. 3.2. Acceso a saneamiento y agua potable.....	56
IV. Las transferencias alimentarias	59
IV. 1. Los programas de transferencias alimentarias en Uruguay.....	59
IV. 1.1. Servicios provistos por el INDA	61
IV. 1.2. Servicios provistos por el PAE	63
IV. 2. Acceso a las transferencias	66
IV. 2.1. Acceso al conjunto de transferencias alimentarias.....	66
IV. 2.2. Focalización del Programa de Alimentación Escolar.....	68
V. Comentarios finales.....	77
Referencias bibliográficas.....	81
Anexo estadístico.....	83
Anexo metodológico 1. Diseño muestral y trabajo de campo.....	87
Anexo metodológico 2. Cuestionario de la encuesta.....	93

Prólogo

Una vez más el Consejo de Educación Primaria está presente cuando de lo que se trata es de conocer y saber más acerca de la situación de la infancia en nuestro país.

Estudios como el que aquí se presenta poseen más de un aspecto valioso, que merecen ser destacados. En primer lugar, la calidad profesional del equipo de investigadores, que garantiza la seriedad de este trabajo mediante la aplicación de un proceso sistemático y regido por criterios científicos. En segundo lugar, el cúmulo de información generada, que nos permite conocer el estado del crecimiento y nutrición de los/as niños/as en edad escolar. Por último, el compromiso de las instituciones que lo respaldan, que expresa la voluntad de avanzar en el conocimiento de la situación y la geografía del estado nutricional infantil, a la vez que evaluar el impacto de las políticas alimentarias en determinados sectores de la población.

El tema central de esta investigación es de interés para varios y para muchos. Saber cuál es el estado nutricional de los/as niños/as y sus posibilidades de acceso a los alimentos es sumamente importante para quienes tienen algún grado de responsabilidad en el crecimiento de los mismos: familias, escuelas, Estado. Es necesario que las intervenciones estén orientadas a favorecer el desarrollo saludable y el bienestar físico, psicológico y social de los/as niños/as. Es fundamental saber cuántos y cuáles son los/as niños/as que por su mala alimentación, sea escasa por imposibilidad de acceso o por prácticas alimentarias inadecuadas, están poniendo en riesgo su proceso de crecimiento y desarrollo.

Los sistemas educativos y las escuelas tienen como función y cometido todo lo referente a la educación y la enseñanza. En este sentido educar para el cuidado y autocuidado del cuerpo, promover prácticas alimentarias saludables, y enseñar a distinguir el valor nutricional de los productos que se consumen es Educar para la Salud. Esto implica trabajar curricularmente en su dimensión conceptual y práctica.

La información aquí presentada nos permitirá intervenir, ya sea para revertir como para prevenir, con un mayor grado de confiabilidad y ya no a ciegas o desde supuestos no comprobados.

Es necesario cuidar a los/as niños/as porque son niños/as y porque son el futuro, pero sobre todo, es necesario cuidarlos/as porque tienen derecho a crecer saludablemente.

Desde la responsabilidad y el deber que genera este derecho el estudio que aquí se presenta es un aporte valioso para todas aquellas instituciones comprometidas con la infancia.

EDITH MORAES
Directora General

Resumen ejecutivo

Este trabajo busca avanzar en la exploración de la vinculación entre la situación nutricional de los niños y las características socioeconómicas de los hogares, a partir de la generación de nueva información sobre estos aspectos. El impacto de las privaciones nutricionales en la infancia es especialmente relevante, dado que es el momento en el que se produce el mayor crecimiento corporal y se adquieren las habilidades psicomotoras y sociales que les permiten a las personas un desarrollo satisfactorio durante su vida adulta.

En este documento se presentan los primeros resultados de la encuesta «El estado nutricional de los niños y las políticas alimentarias», desarrollada entre 2004 y 2005 con el objetivo de analizar la situación nutricional de los niños que asisten a primer grado en escuelas públicas del país. Se relevó información antropométrica de peso y talla de los niños en las escuelas y se realizó una encuesta en los hogares que recabó información socioeconómica y sobre morbilidad, actividades cotidianas y hábitos alimentarios de los niños. El documento presenta los principales resultados sobre indicadores antropométricos (talla para la edad, peso para la talla e índice de masa corporal, IMC), y su vinculación con diversos factores asociados al hogar, a la salud del niño y al acceso a los programas públicos.

Con respecto a la talla para la edad, los resultados muestran que 77,6% de los niños de primer año que asiste a las escuelas públicas del país presenta una talla normal, en comparación con los estándares recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), mientras que en el 22,5% se observa algún tipo de retraso (17,9% moderado y 4,6% grave). No se detectan diferencias significativas entre Gran Montevideo y el interior del país. Los resultados tampoco muestran diferencias con respecto al Censo Nacional de Talla de 2002. Al igual que en los Censos de talla se encontraron diferencias significativas entre los sexos: las niñas presentan niveles menores de retraso de talla que los varones (21,1% y 23,6%, respectivamente). Se encuentra también una importante diferencia según repetición escolar: 38% de los niños que repitieron primero presenta algún grado de retraso, mientras que el porcentaje desciende drásticamente a 19,5% en los alumnos que cursan por primera vez.

Las distribuciones de los valores de peso para la talla y de IMC muestran un importante corrimiento hacia la derecha con respecto a lo que cabría esperar, de acuerdo a los estándares de la OMS. Entre 20% y 22% de la población estudiada presenta problemas de sobrepeso y obesidad; al respecto no se encuentran diferencias entre Gran Montevideo y el Interior (20% para el indicador peso/talla y 22% para el IMC). Estos indicadores también reflejan importantes diferencias entre niñas y varones, pero esta vez son las niñas las que se encuentran en peor situación relativa: mientras 19,1% de los varones presenta algún grado de exceso de peso, una de cada cuatro niñas está afectada por el problema (25,4%).

Se encontró una fuerte asociación entre el nivel de ingresos del hogar y el resultado de la talla: a medida que disminuye el nivel de ingresos del hogar aumenta el porcentaje de retraso de talla. Esta asociación también se encontró con los resultados de peso medido a través del indicador de peso/talla y del IMC, pero en forma inversa: a medida que aumentan los ingresos del hogar aumenta el porcentaje de sobrepeso y obesidad. Es decir que mientras que los factores asociados al retraso de talla parecen ligarse a la pobreza, los asociados a la obesidad probablemente se vinculan con precios relativos de los alimentos, hábitos y variables comportamentales.

No se encontraron diferencias marcadas en la prevalencia de niños con retraso de talla ni exceso de peso, respecto de la estructura familiar. Sin embargo, se encontró una fuerte vinculación entre el tamaño del hogar y la situación nutricional de los niños. El número de integrantes del hogar es mayor en el caso de los niños que presentan retraso de talla, que en el resto. También se constató que los problemas de talla aumentan con la cantidad de niños en el hogar. Con respecto a los problemas de exceso de peso, se encontró una mayor prevalencia en los hogares más pequeños y con menor cantidad de niños.

Se constató una mayor incidencia de los problemas de retraso entre los niños cuya madre tiene un nivel educativo correspondiente a primaria completa o menos. Una vez superado ese umbral, no se detectaron diferencias apreciables en los siguientes niveles educativos, lo que se asocia al carácter básico de las privaciones nutricionales.

Al igual que en otros estudios, el peso al nacer ha mostrado una fuerte asociación con el estado nutricional de los niños: los niños con menor peso al nacer tienen mayores probabilidades de presentar retraso de talla en primer año escolar, mientras que los niños con exceso de peso en primer año escolar presentaron mayor peso al nacer. De igual modo, las medidas antropométricas de la madre tienen una clara asociación con los resultados antropométricos de los niños. Así, los niños con problemas de retraso de talla y de peso para la talla presentan una mayor propensión a tener madres con menor peso

e índice de masa corporal. En la misma línea, el sobrepeso y la obesidad de los niños se asocia con una tendencia similar de las madres, tanto si se observa su actual índice de masa corporal como su peso antes del embarazo.

Se analizó el acceso a programas de alimentación por estrato socioeconómico. Se encontró que, si bien la asistencia alimentaria está concentrada en los sectores de menores recursos, esta no alcanza a todos los niños ubicados en hogares con carencias de ingreso. Cabe destacar que alrededor de la mitad de los hogares con problemas nutricionales no recibe asistencia alimentaria (52,3% de los niños con retraso moderado y 53,6% de los niños con retraso grave). Esto sucede también para el caso del Programa de Alimentación Escolar (PAE). Los servicios de este programa se concentran particularmente en los hogares de menor nivel socioeconómico. Sin embargo, la asistencia alimentaria del PAE no está llegando a todos los niños de menor nivel socioeconómico. Entre los niños con retraso de talla hay una mayor proporción de hogares que declaran que la comida servida en el comedor no es del agrado del niño. Los niños asistidos por el PAE presentan porcentajes altos de sobrepeso y obesidad; sin embargo, estos porcentajes son mayores en quienes no asisten, lo cual es consistente con la vinculación, antes presentada, entre exceso de peso e ingreso.

Los resultados de esta investigación sugieren algunas reflexiones sobre las políticas sociales vinculadas a la nutrición. El retraso de talla en los niños de primer grado escolar es un hecho que ya está instalado y no tiene reversión, dado que es producto de una situación de privación durante los primeros años de vida. Esto pone de relieve que el embarazo y los primeros años de la vida del niño, cuando se produce la mayor celeridad del crecimiento, son los momentos donde prioritariamente deben concentrarse las intervenciones nutricionales.

La fuerte asociación entre el retraso de talla y el ingreso, indica que se debe mejorar el acceso a los alimentos. Sin embargo, otros hallazgos del estudio muestran que deben diseñarse acciones complementarias. La asociación del retraso de talla con el bajo peso al nacer del niño y con el peso de la madre antes del embarazo señala la importancia de realizar intervenciones complementarias como, por ejemplo, la promoción del control del embarazo, la vigilancia del incremento del peso de la mujer en la gestación, o la promoción de la lactancia materna. Por otro lado, existen estrategias implementadas por otros países que también han dado excelentes resultados en la promoción del crecimiento de los niños, como es la fortificación de alimentos con hierro y con zinc.

Finalmente, el porcentaje de sobrepeso y obesidad alto también requiere de acciones complementarias dirigidas a la promoción de estilos de vida saludables, que incluyen alimentación y ejercicio físico. La escuela constituye un ámbito excepcional para la educación en estos hábitos.

I. Introducción

En este trabajo se presentan los primeros resultados de la encuesta «El estado nutricional de los niños y las políticas alimentarias». Este estudio se basa en motivaciones de diferente naturaleza. En primer lugar, es bien conocido el hecho de que el impacto de las privaciones en la infancia, y particularmente en los tres primeros años de vida, es especialmente relevante, dado que es el momento en el que se produce el mayor crecimiento corporal y se adquieren las habilidades psicomotoras y sociales que les permiten a las personas un desarrollo satisfactorio durante su vida adulta (Yaqub, 2002). Los problemas en el desarrollo físico durante la niñez y, más específicamente, los problemas nutricionales, son la expresión más ilustrativa y quizás extrema de condiciones de vida desfavorables.

En segundo lugar, los análisis sobre la dinámica de la pobreza de ingresos en Uruguay muestran que desde mediados de la década de los noventa su incidencia, intensidad y severidad presentan una tendencia ascendente. Al mismo tiempo se acrecentó la relación entre los niveles de pobreza y la presencia de niños en el hogar.¹ La crisis de 2002 profundizó estas tendencias: la privación por falta de ingresos entre los hogares con niños alcanzó niveles nítidamente superiores a los observados a comienzos de los noventa (PNUD, 2005; Amarante *et al*, 2004). Si bien la economía mostró claros síntomas de recuperación a partir de 2003, el ingreso de los hogares no mostró el mismo dinamismo y la tasa de pobreza aumentó durante 2003, se mantuvo durante 2004 y cayó tres puntos porcentuales en 2005.² En la medida en que la información de base del presente estudio se relevó durante 2004, es posible analizar la situación nutricional de los niños en el momento inmediatamente posterior a la crisis.

1 En 2004, por ejemplo, las tasas de pobreza de los niños menores de seis años era casi diez veces la correspondiente a los adultos mayores.

2 La incidencia de la pobreza en personas calculada con datos del INE (2002) ascendió a 23,6; 30,9; 32,1 y 29,2% en 2002, 2003, 2004 y 2005, respectivamente.

En ese marco, la investigación se propuso conocer la situación nutricional de los niños que asisten al primer año escolar en escuelas públicas, a partir de una encuesta que relevase datos antropométricos y socioeconómicos en todo el país. La elección de este universo obedece a que es el mismo que ha sido censado para la obtención de datos antropométricos en 1987, 1990 y 2002. Esta información es la más representativa de las características nutricionales de los niños disponible en el país.

Por otro lado, estos niños que tenían, en su mayoría, seis o siete años en el momento de la medición, vivieron la mayor parte de su vida en una época de crisis económica, por lo que parece relevante indagar sobre sus potenciales efectos sobre el estado nutricional.

El trabajo se basó en una muestra de ciento veinte escuelas seleccionadas en los departamentos de Artigas, Canelones, Colonia, Florida, Montevideo, Paysandú y Rivera.³ El marco muestral fue el censo de talla de 2002. La información antropométrica y socioeconómica de base se recogió en dos etapas. En primer lugar, un equipo de nutricionistas de ANEP realizó mediciones de peso y talla a los niños de primer año de las escuelas seleccionadas. Además, se tomaron medidas antropométricas de todos los niños de las escuelas de tiempo completo del Gran Montevideo, aun cuando esas escuelas no hubieran sido seleccionadas en la muestra.⁴ El objetivo fue contar con un censo de los indicadores antropométricos de los niños de primer año de las escuelas de tiempo completo de Gran Montevideo. La información antropométrica recogida puede ser comparada con los resultados del censo de talla realizado en 2002. Durante 2005 se realizó una segunda medición de todos los niños de la muestra, con el objetivo de contar con un panel de datos de niños en edad escolar. Los resultados de esta segunda medición serán analizados en trabajos futuros.

En segundo lugar, un equipo de encuestadores realizó encuestas en los hogares de estos niños para recabar información socioeconómica detallada sobre su entorno: composición del núcleo familiar, condición de actividad de los miembros mayores de trece años, ingresos, cobertura de salud, y acceso presente y pasado a ayudas alimentarias. También se recogió información sobre morbilidad de los niños y acerca de sus actividades cotidianas y sus hábitos alimenticios.⁵

3 Los detalles sobre el marco muestral de la encuesta se presentan en el anexo metodológico 1.

4 En este trabajo solo se presentan los resultados obtenidos para las escuelas de la muestra, que incluyó nueve escuelas de tiempo completo en Montevideo y Canelones, y nueve en el interior. En trabajos futuros se analizará en detalle la situación de las escuelas de tiempo completo.

5 En el anexo metodológico 2 se presenta el formulario de la encuesta realizada.

La existencia de un censo de talla realizado en 2002 permite la comparación de los resultados obtenidos en ambas oportunidades. Dado que 2002 fue el año pico de la crisis económica, podría esperarse un traslado de niños desde el sistema privado de enseñanza al público, que conduciría a que la población considerada en ambas mediciones no fuera estrictamente comparable. Sin embargo, el desplazamiento de alumnos desde el sistema privado al público no fue significativo entre 2002 y 2004 (cuadro 1). En ambos años, casi 86% de los niños de 6 y 7 años asistían al sistema público en el país urbano. Cuando se analiza por quintil de ingreso per cápita del hogar, no se detectan cambios importantes en el primer y segundo quintil. En los tres últimos quintiles existen movimientos compensatorios, ya que aumenta la cobertura pública en el tercer y quinto quintil, y decrece levemente en el cuarto. Es importante recalcar que la información analizada en este trabajo, a pesar de que refiere a un porcentaje muy alto de los niños de 6 y 7 años (casi 86%), presenta la limitación de que están subrepresentados los niños de los quintiles superiores de ingresos, que asisten al sistema privado de enseñanza.

Cuadro 1. Porcentaje de niños de 6 y 7 años que asisten a la escuela pública, sobre el total de población de esa edad por quintil de ingreso per cápita del hogar. 2001, 2002 y 2004.

	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5	Total
2001						
Total país urbano	95,2	95,5	81,4	63,8	34,3	83,8
Montevideo	96,8	93,0	76,9	56,5	27,2	75,6
Interior	94,3	97,4	86,2	72,7	57,4	90,4
2002						
Total país urbano	96,2	93,7	81,0	65,4	40,3	85,6
Montevideo	96,5	90,3	78,6	60,6	36,8	78,7
Interior	96,0	95,8	83,3	72,9	51,5	91,1
2004						
Total país urbano	96,3	93,4	87,9	62,4	43,0	85,8
Montevideo	95,5	94,5	83,5	52,9	32,5	78,9
Interior	96,8	92,7	92,2	74,5	63,5	91,3

Fuente: Elaborado a partir de la ECH.

El tamaño de la muestra originalmente diseñada fue de 4.859 niños. De ellos, se cuenta con información antropométrica para un 83% (4.254 niños). Las observaciones completas, es decir con información antropométrica

y socioeconómica, representan 56% de la muestra, o sea que se pudo pesar y medir, y luego realizar encuestas en los hogares, a 2.788 niños. Hubo 37% de pérdidas en la encuesta domiciliaria, lo que obedece principalmente a dificultades para la localización de las familias o rechazos a la entrevista. De esta manera, para 1.797 niños no se cuenta con información socioeconómica. Algunos de ellos (331) tampoco pudieron ser pesados y medidos, ya que no estaban presentes en la escuela el día que concurren los nutricionistas, a pesar de figurar en la lista de los grupos seleccionados en la muestra. Los fracasos en la concreción de la encuesta se dieron con mayor frecuencia en el Gran Montevideo (45,4%) que en el Interior (25,9%), ya que se presentaron mayores dificultades para la localización de las familias y para que estas aceptaran la entrevista.⁶ En algunos casos (125 en el Gran Montevideo y 149 en el Interior) se realizó la encuesta en los hogares pero no se pudo construir los indicadores antropométricos, lo que obedece en la mayoría de los casos a problemas con la información referente a la fecha de nacimiento del niño (cuadro 2).

Cuadro 2. Características de la información recogida en la Encuesta (incluye escuelas de tiempo completo comprendidas en la muestra)

Todo el país	No encuestados	Encuestados	Total
Con información antropométrica	1.466	2.788	4.254
Sin información antropométrica	331	274	605
Total	1.797	3.062	4.859
Gran Montevideo	No encuestados	Encuestados	Total
Con información antropométrica	964	1.485	2.449
Sin información antropométrica	329	125	454
Total	1.293	1.610	2.903
Interior urbano	No encuestados	Encuestados	Total
Con información antropométrica	502	1.303	1.805
Sin información antropométrica	2	149	151
Total	504	1.452	1.956

⁶ Dado que ANEP no puede proporcionar la dirección de los niños, se diseñaron dos procedimientos para concretar las entrevistas. En Montevideo, se entregaron cartas a los niños en las escuelas para que los padres o encargados comunicaran su voluntad de realizar la entrevista e indicaran su dirección o teléfono. En el interior se citó a los padres en las escuelas y se concentró el trabajo de campo en el tiempo, dado que los encuestadores viajaban desde Montevideo.

La mayor parte de los niños de la muestra tiene 6 o 7 años (94,3%), y los varones representan el 52,25 % del total muestral (cuadro AE.1). Además de esta información, se cuenta con información antropométrica para 1.049 niños que concurren a escuelas de tiempo completo en el Gran Montevideo.

El resto del documento se organiza de la siguiente manera: se presentan las principales características de la información relevada con el objetivo de conocer la situación nutricional de los niños en el período reciente (sección II), su asociación con características socioeconómicas del hogar (sección III) y el acceso de los hogares con niños a las políticas alimentarias existentes en Uruguay (sección IV). Por último, se presentan algunos comentarios finales (sección V).

II. La situación nutricional de los niños

En esta sección se presenta información sobre la situación nutricional de los niños que cursaron primer año escolar en escuelas públicas en 2004, y se la compara con los datos del censo de talla de 2002. La información sobre la situación nutricional de los niños refiere a indicadores antropométricos basados en el peso y la talla. La antropometría se utiliza ampliamente en los estudios internacionales dado que es una técnica no invasiva y la información necesaria para la elaboración de indicadores es de fácil recolección y bajo costo. Por esa misma razón, si bien sirve para identificar problemas, idealmente la información antropométrica debería ser complementada con información sobre micronutrientes en la sangre y hábitos alimenticios. Los indicadores que se utilizan en este trabajo son la talla para la edad (1), peso para la talla (2) y el índice de masa corporal (3), dado que son instrumentos adecuados para evaluar el estado nutricional de niños de seis a ocho años.

II.1. Índice de talla para la edad

La talla alcanzada por un niño depende de la combinación de factores genéticos y del medio ambiente tales como condiciones sanitarias, enfermedades, alimentación y hábitos o estilo de vida. La altura alcanzada entre los 6 y 7 años brinda información sobre la historia nutricional de los niños, pues refleja deficiencias a lo largo de su vida, las cuales muchas veces son irreversibles luego de los tres años de vida.

La talla de los niños se analiza a partir de la medida de *z score*. El *z score* se define como la diferencia entre la talla de un individuo y la media de la talla de una población de referencia de la misma edad y sexo, dividido entre el desvío estándar de la población de referencia. Según los valores que tome esta variable, se clasifica la situación nutricional de cada individuo en: normal (a la derecha de -1 desvíos), retraso moderado (entre -1 y -2 desvíos) y retraso grave (más de -2 desvíos). Para su cálculo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda utilizar las tablas estadísticas del National Center for Health

Statistics (NCHS).⁷ En la población de referencia, 84,1% de los niños y niñas alcanzará una talla normal, 13,6 % presentará valores de talla en la categoría de retraso de talla moderado y 2,3% en la de retraso grave de talla.

Los resultados de la encuesta realizada muestran que 77,6% de los niños no presenta retraso de talla mientras 17,9% experimenta retraso moderado y 4,6% retraso grave. Las estimaciones para Gran Montevideo e Interior indican que las diferencias entre ambas zonas no son estadísticamente significativas, ya que se superponen los intervalos de confianza.⁸ Tanto las estimaciones para el total del país como para cada área geográfica no resultan estadísticamente diferentes de las reportadas en el Censo de Talla 2002 (cuadro 3).

Cuadro 3. Situación nutricional de los niños de acuerdo al indicador de talla para la edad (%). Gran Montevideo e Interior. 2002 y 2004

	Normal			Retraso moderado			Retraso grave			Retraso total
	Mín.	Media	Máx.	Mín.	Media	Máx.	Mín.	Media	Máx.	
Encuesta 2004										
Total	76,1	77,6	78,9	16,6	17,9	19,2	3,9	4,6	5,3	22,5
Gran Montevideo	76,2	77,9	79,9	16,1	17,8	19,6	3,4	4,3	5,4	22,1
Interior	74,9	77,1	79,0	16,4	18,0	19,9	3,8	4,9	6,1	22,9
Censo de Talla 2002										
Total	–	77,2	–	–	18,8	–	–	4,1	–	22,9
Gran Montevideo	–	76,9	–	–	18,8	–	–	4,3	–	23,1
Interior (capitales)	–	77,1	–	–	18,8	–	–	4,1	–	22,9
Estándar NCHS		84,1			13,6			2,3		15,9

Fuente: Elaborado con datos de ESNM 2004 y Censo de Talla 2002

“Al mediodía me presenté en la escuela. Luego de las formalidades me dirigí al patio de recreo a esperar a los padres. Allí, algunos chicos jugaban al fútbol, otros molestaban a las niñas y los más descontrolados practicaban karate al mejor estilo Dragonbol Z, según dijeron, no sin antes interrogarme qué hacía en la escuela y preguntarme si era del Sur. Me sorprendió esto del «Sur» pero me agradó mucho más que la división entre interior y centro, que establecemos los que vivimos en Montevideo.” (Encuestador Jorge Vera)

7 Este centro de investigaciones estudió el crecimiento de un grupo de niños que vivían en condiciones ambientales favorables para desarrollar el potencial genético.

8 Los intervalos de confianza fueron construidos utilizando la técnica de *bootstrap* del paquete estadístico Stata, suponiendo una distribución normal de la variable y utilizando mil repeticiones.

El gráfico 1 muestra la distribución comparada del índice de talla para la edad por sexo, región y según repetición de primer año.⁹ Las distribuciones por región se encuentran prácticamente superpuestas debajo del umbral que determina la presencia de problemas de retraso grave (2 desvíos estándar) lo que es consistente con la información proporcionada por el cuadro 3, donde no se encuentran diferencias regionales sistemáticas.

Al igual que en los censos de talla anteriores, se detecta un mayor retraso de talla entre los varones que entre las mujeres. En el gráfico 1 se aprecia también que la distribución del índice de talla para la edad en los varones se concentra ligeramente por debajo del umbral. Sin embargo, si comparamos los resultados con los de 2002, en las niñas el retraso grave presenta un aumento mayor que para los varones (cuadro 4).

Cuadro 4. Situación nutricional de los niños de acuerdo al indicador de talla para la edad (%). Varones y niñas. 2002 y 2004

	Normal			Retraso moderado			Retraso grave			Retraso total
	Mín.	Media	Máx.	Mín.	Media	Máx.	Mín.	Media	Máx.	
Encuesta 2004										
Varones	74,4	76,3	78,3	16,7	18,4	20,1	4,2	5,2	6,2	23,6
Niñas	77,1	79,0	80,8	15,3	17,3	19,0	2,9	3,8	4,9	21,1
Censo de Talla 2002										
Varones	–	76,1	–	–	19,5	–	–	4,5	–	24,0
Niñas	–	79,9	–	–	17,3	–	–	2,9	–	20,2
<i>NCHS estándar</i>		84,1			13,6			2,3		15,9

Fuente: Elaborado con datos de ESNN 2004 y Censo de Talla 2002.

Se distinguió entre alumnos que repitieron primero y aquellos que cursan por primera vez, con el objetivo de aislar las diferentes cohortes de niños que fueron incorporadas en la muestra y que pueden tener propensiones diferenciales a presentar problemas nutricionales. Se observa que los problemas de déficit de talla son más agudos entre los niños que se encuentran repitiendo primer año escolar, hecho que podría vincularse a algunos factores de corte socioeconómico asociados a los problemas de repetición. Solo 62% de los repetidores no presenta problemas de retraso de talla (cuadro 5).¹⁰

⁹ Se utilizó una estimación *kernel* de las funciones de densidad.

¹⁰ De los niños incluidos en la muestra, 14% repitió primer año.

Cuadro 5. Situación nutricional de los niños de acuerdo al indicador de talla para la edad según repetición de primer año (%). 2004

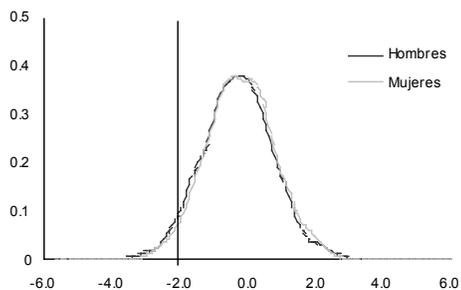
	Normal			Retraso moderado			Retraso grave			Retraso total
	Mín.	Media	Máx.	Mín.	Media	Máx.	Mín.	Media	Máx.	
Repetieron	57,7	62,0	66,0	22,9	26,4	30,5	8,7	11,6	14,2	38,0
Cursan por primera vez	79,1	80,5	81,9	15,0	16,3	17,6	2,6	3,2	3,9	19,5
<i>NCHS estándar</i>		<i>84,1</i>			<i>13,6</i>			<i>2,3</i>		<i>15,9</i>

Fuente: Elaborado con datos de ESNN 2004.

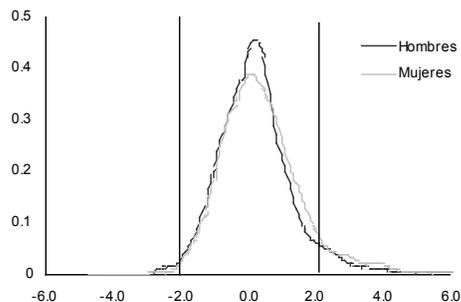
La prevalencia de situaciones de déficit grave de talla es muy elevada entre los repetidores y alcanza a casi 12% de los niños en esta situación, mientras que es del orden de 3% entre los no repetidores. A su vez, la mayor incidencia de problemas de retraso entre los repetidores se puede apreciar nítidamente en el gráfico 1, donde se observa que la distribuciones de repetidores y no repetidores difieren sistemáticamente.

Gráfico 1: Distribución de los índices de talla para la edad y peso para la talla según sexo, región y condición de repetición

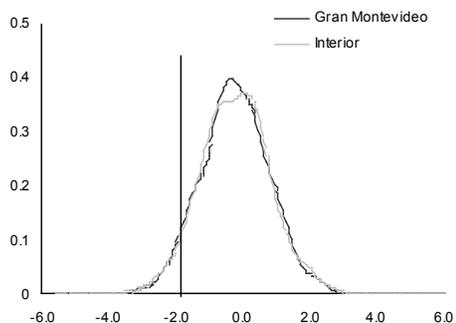
Distribución de la talla para la edad por sexo.
ES NN 2004



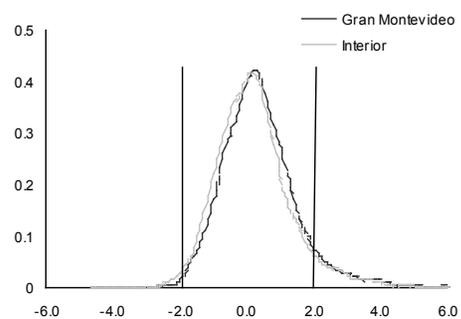
Distribución del peso para la talla por sexo.
ES NN 2004



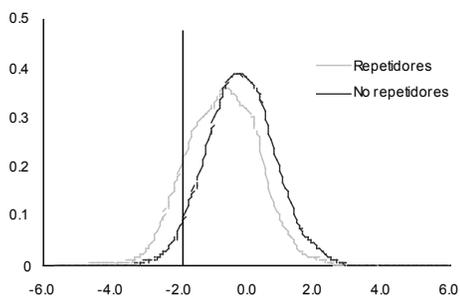
Distribución de la talla para la edad por área.
ES NN 2004



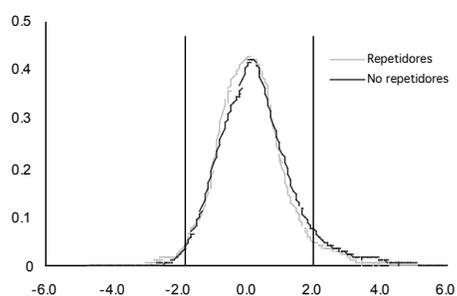
Distribución del peso para la talla por área.
ES NN 2004



Distribución de la talla para la edad de repetidores
y no repetidores. ES NN 2004



Distribución del peso para la talla de repetidores y
no repetidores. ES NN 2004



Fuente: Elaborado con datos de ESNN 2004.

II.2. Índice de peso para la talla

El peso para la talla recoge el estado nutricional actual, con independencia de la edad. Permite identificar situaciones problemáticas tanto en términos de déficit como de exceso (sobrepeso u obesidad). Al igual que en la talla para la edad, la medida correspondiente a cada persona se estandariza en la variable que se denomina *z score*, utilizando los estándares del National Center for Health Statistics (NCHS). La distribución resultante se compara con una distribución normal. La situación nutricional de la población se clasifica en: normal, déficit moderado (entre -1 y -2 desvíos) y déficit grave (más de -2 desvíos). Además, los casos en los que el *z score* está por encima de 1 desvío se consideran sobrepeso y, por encima de 2 desvíos, obesidad.

En el Censo de Talla 2002 no se pesó a los niños, por lo que los resultados de la presente encuesta referidos al peso para la talla no pueden ser comparados con datos censales. Sin embargo, una vez relevada la información del Censo de Talla 2002 se realizó una encuesta de validación. En esa oportunidad se relevó el peso de los niños, por lo tanto para una muestra de escuelas (que se denominará Encuesta 2002) se cuenta con indicadores de peso para la talla e índice de masa corporal en 2002. Es importante resaltar que se trata de una muestra pequeña, compuesta por 1.457 niños, y muy concentrada, pues se relevaron cuatro escuelas en Montevideo y doce distribuidas en nueve departamentos del Interior. En este caso, tanto para los indicadores antropométricos que surgen de la presente medición como para los de la encuesta, se presentan los intervalos de confianza correspondientes.

Los resultados del indicador de peso para la talla muestran un importante corrimiento de la distribución hacia la derecha, con respecto a lo que cabría esperar, de acuerdo con los estándares de NCHS. Casi 22% de la población presenta problemas de sobrepeso u obesidad, mientras que el déficit de peso para la talla afecta a 9,6%. El déficit de peso para la talla es incluso inferior al correspondiente al estándar NCHS. Si se lo compara con la Encuesta 2002, se detecta un incremento de la población con sobrepeso, mientras que los cambios en el retraso moderado y grave de peso para la talla no son estadísticamente significativos. La situación es muy similar en el Gran Montevideo y en el Interior (cuadro 6), y las distribuciones del índice para Gran Montevideo y el Interior se encuentran prácticamente superpuestas (gráfico 1).

Cuadro 6. Situación nutricional de los niños de acuerdo al indicador de peso para la talla (%). 2002 y 2004

Situación nutricional	Encuesta 2004					Encuesta 2002			NCHS <i>estándar</i>
	Total			Gran Montevideo	Resto del Interior	Total			
	Mín.	Media	Máx.			Mín.	Media	Máx.	
Obesidad	7,1	7,9	8,8	8,3	7,4	6,1	7,9	9,6	2,3
Sobrepeso	13,1	14,1	15,4	15,6	12,2	11,3	13,5	13,6	13,6
Normal	66,7	68,3	69,7	67,7	69,0	66,8	70,0	72,6	68,2
Déficit moderado	8,0	8,8	9,8	7,8	10,2	6,3	8,1	9,8	13,6
Déficit grave	0,6	0,8	0,1	0,55	1,20	0,1	0,5	0,9	2,3

Fuente: Elaborado con datos de ESNN 2004 y Encuesta 2002.

La distribución del peso para la talla de las niñas presenta una acumulación mayor en las categorías de obesidad y sobrepeso que la de los varones. Los intervalos de confianza muestran que las diferencias entre niñas y varones son estadísticamente significativas en lo que refiere a sobrepeso y obesidad, pero no lo son en la incidencia del déficit de peso para la talla (cuadro 7).

Cuadro 7. Situación nutricional de los niños de acuerdo al indicador de peso para la talla por sexo (%). 2004

Situación nutricional	Varones			Niñas		
	Mín.	Media	Máx.	Mín.	Media	Máx.
Obesidad	5,8	6,9	8,1	7,7	9,0	10,4
Sobrepeso	10,5	12,2	13,6	14,6	16,4	18,4
Normal	68,0	70,2	72,3	63,9	66,1	68,5
Déficit moderado	8,3	9,6	11,1	6,5	7,9	9,2
Déficit grave	0,7	1,1	1,7	0,3	0,5	0,9

Fuente: Elaborado con datos de ESNN 2004.

Estas diferencias en la incidencia de los problemas de sobrepeso y déficit entre niñas y varones se pueden observar más claramente en el gráfico 1, donde se presentan las distribuciones de ambos sexos. La línea vertical de la izquierda señala el límite a partir del cual se considera que el niño presenta una situación de déficit y la línea derecha representa el límite por encima del cual se presentan problemas de sobrepeso u obesidad. Las distribuciones se encuentran prácticamente superpuestas en sus tramos inferiores—correspondientes

a problemas de déficit— pero difieren nítidamente en los tramos superiores, donde las niñas se encuentra desplazada hacia los valores que se asocian a la presencia de problemas de sobrepeso y obesidad.

A diferencia de lo observado con el índice de talla para la edad, no se encuentra una mayor propensión de niños repetidores a presentar problemas de déficit en la relación peso para la talla (cuadro 8). Esta constatación podría indicar que el retraso de talla presente entre los niños repetidores tiende a compensarse con la evolución del peso. Ello se debe a que una vez que se consolidan los problemas de retraso de talla, estos son de difícil reversión y se vuelve más fácil la compensación del peso con relación a la talla.

Cuadro 8. Situación nutricional de los niños de acuerdo al indicador de peso para la talla en repetidores y no repetidores. 2004

Situación nutricional	Repetidores			No repetidores		
	Mín.	Media	Máx.	Mín.	Media	Máx.
Obesidad	4,2	5,9	8,0	7,4	8,4	9,3
Sobrepeso	8,5	11,1	13,8	13,5	14,8	16,1
Normal	69,5	73,3	76,8	65,6	67,2	69,0
Retraso moderado	5,9	8,2	10,6	7,9	8,9	10,0
Retraso grave	0,6	1,5	2,6	0,45	0,7	1,0

Fuente: Elaborado a partir de ESNN 2004.

11.3. Índice de masa corporal

Al igual que el peso para la talla, el índice de masa corporal (IMC) recoge la situación nutricional de una persona considerando simultáneamente su peso y su talla. Se trata también de un indicador recomendado por la OMS para evaluar la situación nutricional de los niños. Se calcula como el cociente entre el peso (en kg) y la talla (en cm) al cuadrado. Según el sexo y edad del niño, el IMC se compara con una distribución de referencia y se clasifica a los individuos en distintas categorías. En este trabajo se utilizaron tres categorías: déficit nutricional, peso normal y exceso de peso.¹¹

11 Un niño tiene *déficit nutricional* cuando su IMC se sitúa por debajo del percentil 5 del IMC que corresponde a su sexo y edad; es *normal* cuando se ubica entre el percentil 5 y el 85 (sin incluirlo); tiene *riesgo de sobrepeso* cuando su IMC está entre el percentil 85 y el 95 (sin incluirlo); y tiene *sobrepeso* cuando se ubica en el percentil 95 o superior. Estas dos últimas categorías fueron agrupadas bajo el rótulo de *exceso de peso*.

Al igual que en el caso del índice de peso para la talla, la distribución del IMC se encuentra desplazada hacia la derecha con respecto a los estándares internacionales. La incidencia de los problemas de exceso de peso es importante entre los niños que asisten a las escuelas públicas que afecta a 20% del total de niños medidos y pesados en el presente estudio. La prevalencia de problemas de déficit es de 10,6 % (cuadro 9). Así, los resultados obtenidos con el índice de masa corporal son similares a los presentados con el índice de peso para la talla.

Cabe destacar que en muchos estudios realizados para países en desarrollo se ha señalado que una característica del desarrollo nutricional de estos países es la coexistencia de problemas de déficits nutricionales con problemas asociados al sobrepeso y la obesidad (Banco Mundial, 2006).

Cuadro 9. Situación nutricional de los niños de acuerdo al indicador de masa corporal. 2002 y 2004

Situación nutricional	Encuesta 2004					Encuesta 2002		
	Total			Gran Montevideo	Resto del Interior	Total		
	Mín.	Media	Máx.			Mín.	Media	Máx.
Exceso	18,9	20,3	21,6	22,2	17,8	16,7	19,26	21,9
Normal	67,6	69,0	70,7	68,6	69,7	72,0	74,74	77,5
Déficit	9,6	10,6	11,6	9,2	12,5	4,6	6,0	7,6

Fuente: Elaborado con datos de ESN 2004 y Encuesta 2002.

“Bélgica parecía tener el don de la ubicuidad. Desde el sillón, con la bolsa de bizcochos, controlaba todo lo que a simple vista no veía y, si bien gritaba, lo hacía con tanta gracia que sus hijos (los que estaban presentes) y yo nos reíamos con ganas, olvidando por minutos las preguntas del cuestionario. En definitiva habré estado más de una hora en casa de Bélgica. Era como si el tiempo para ella no fuera importante. Por mi parte disfrutaba del caos de aquel hogar, con niños que entraban y salían corriendo a buscar bizcochos, que te hacían preguntas interrumpiendo la encuesta, haciendo aclaraciones sobre algunos datos que a Bélgica indudablemente se le escapaban, como por ejemplo, la edad o el año que estaban cursando en la escuela. «No, mamá, R. tiene diez y está en tercero», corregía alguno. «Bueno, bueno... es que son tantos que me confundo», se defendía Bélgica, sin dejar de reír.” (Encuestador Jorge Vera)

Nuevamente se encuentra que las niñas presentan una mayor prevalencia de problemas de exceso de peso que los varones. También se observa que el déficit de masa corporal es un problema más importante entre las niñas, lo que conduce a que el porcentaje de niñas en el rango de normalidad sea significativamente menor que el de los varones (cuadro 10).

Cuadro 10. Situación nutricional de los niños de acuerdo al indicador de masa corporal por sexo. 2004

Situación nutricional	Varones			Niñas		
	Mín.	Media	Máx.	Mín.	Media	Máx.
Exceso	16,9	18,6	20,3	20,3	22,3	24,4
Normal	69,8	72,0	74,0	63,6	65,7	67,9
Déficit	8,0	9,4	10,7	10,3	12,0	13,5

Fuente: Elaborado con datos de ESNN 2004.

En cuanto a la prevalencia de problemas nutricionales según condición de repetición, se observa una tendencia a una mayor incidencia de problemas de déficit entre los repetidores, mientras que los problemas de exceso de peso se concentran en mayor medida entre los no repetidores (cuadro 11). En el gráfico 2 se presenta la distribución del IMC según sexo, región geográfica y condición de repetición. La distribución de los repetidores se encuentra relativamente más concentrada en valores más bajos del IMC.

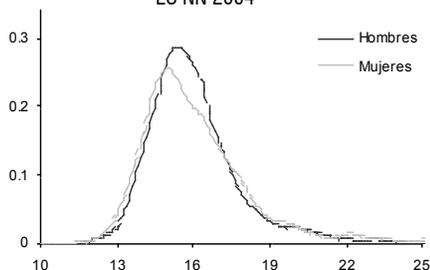
Cuadro 11. Situación nutricional de los niños de acuerdo al indicador de masa corporal en repetidores y no repetidores. 2004

Situación nutricional	Repetidores			No repetidores		
	Mín.	Media	Máx.	Mín.	Media	Máx.
Exceso	10,6	13,4	16,1	20,3	21,8	23,1
Normal	67,5	71,4	75,2	66,9	68,6	70,3
Déficit	12,3	15,2	17,9	8,5	9,7	10,7

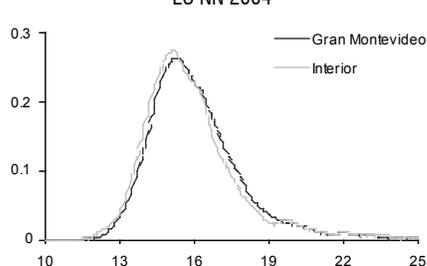
Fuente: Elaborado con datos de ESNN 2004.

Gráfico 2: Distribución del índice de masa corporal según sexo, región y condición de repetición

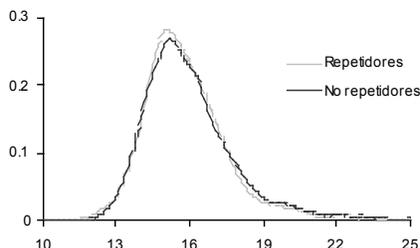
Distribución del índice de masa corporal por sexo.
ES NN 2004



Distribución del índice de masa corporal por área.
ES NN 2004



Distribución del índice de masa corporal de
repetidores y no repetidores. ES NN 2004



Fuente: Elaborado con datos de ESNN 2004.

“En la primera casa a la que fui estaba solamente la madre, que ya había vuelto de trabajar. Diariamente tenía que hacer el camino que yo había hecho para llegar hasta allí: caminar hasta llegar a Camino Carrasco, porque no existe ningún tipo de locomoción hasta el lugar donde vive. Por curiosidad, le pregunté a qué distancia estábamos de Camino Carrasco y me respondió que eran unos tres o tres kilómetros y medio. En ese momento se me pasaron por la cabeza todos los niños de ese asentamiento que deberían de ir a la escuela, y cómo hacían para llegar hasta allá (la escuela queda a unas cinco o seis cuadras más lejos de Camino Carrasco, por lo tanto, cerca de cuatro kilómetros de distancia).

Ella me contó que hasta el año pasado muchos niños repetían por faltar mucho a la escuela, porque los días de lluvia sus madres no los mandaban para que no se les enfermaran. Esto pasó hasta que una señora que tiene un reparto de niños de un colegio privado de la zona, se ofreció a ir a buscarlos y llevarlos todos los días. Hace cerca de cinco viajes en la mañana y otros cinco en la tarde. De no ser por ella, quizás muchos de esos niños no podrían terminar la escuela.” (Encuestadora Florencia Amábile)

Por último, se buscó determinar si la incidencia del sobrepeso y la obesidad corresponde a una compensación por los niños que experimentan retraso de talla, hipótesis que también surge del análisis del índice de peso para la talla, como se expuso antes. Los resultados obtenidos conducen a rechazar esta hipótesis. Por un lado, la correlación entre el *z score* de talla para la edad y el de peso para la talla es muy baja (cuadro 12). La asociación con el IMC es mayor pero continúa siendo baja.

Cuadro 12. Coeficientes de correlación entre las medidas antropométricas. 2004

Medida	Talla para la edad	Peso para la talla	IMC
Talla para la edad	1		
Peso para la talla	0,16	1	
IMC	0,28	0,89	1

Fuente: Elaborado con datos de ESNN 2004.

El cruzamiento de categorías de talla para la edad con las de peso para la talla e IMC conduce a conclusiones similares (cuadro 13): la incidencia del sobrepeso y la obesidad es notoriamente superior en niños con talla normal para la edad. También el gráfico A.1 indica que el IMC de los niños sin problemas de talla es mayor que el de los restantes.

Cuadro 13. Categorías de talla para la edad según categorías de peso para la talla e índice de masa corporal. 2004

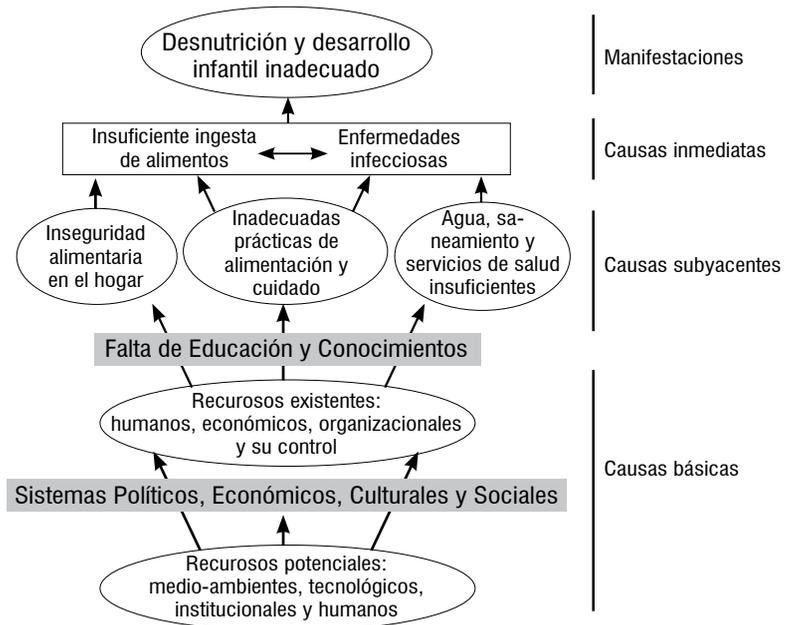
Situación nutricional	Normal	Retraso moderado	Retraso grave	Total
Peso para la talla				
Déficit agudo y moderado	8,7	10,4	14,5	9,2
Normal	65,4	77,6	68,4	67,6
Sobrepeso	15,6	8,3	11,1	14,2
Obesidad	10,3	3,7	6,0	9,0
IMC				
Déficit agudo y moderado	8,6	11,7	18,8	9,5
Normales	66,2	79,1	74,4	68,7
Sobrepeso y obesidad	25,2	9,1	6,8	21,8

Fuente: Elaborado con datos de ESNN 2004.

III. Los determinantes del estado nutricional de los niños

En esta sección se analiza la vinculación entre el estado nutricional de los niños y algunos factores asociados. Dado que se trata de una primera sistematización de los resultados de la encuesta, no se realiza un análisis de causalidad sino que se estudia la correlación entre estos factores y los resultados nutricionales.¹² En Bérgho *et al* (2006) puede encontrarse un análisis multivariado de los factores asociados al estado nutricional de los niños, cuyos principales resultados se reproducen en el recuadro 1.

Figura 1. Modelo causal de la desnutrición



Fuente: Smith, Haddad (2000)

¹² Un estudio de causalidad requiere controlar conjuntamente todas las variables que potencialmente pueden incidir en el estado nutricional y aislar los posibles problemas de endogeneidad.

La situación nutricional de los niños depende de factores de distinta naturaleza, tales como factores hereditarios, presencia de ciertas patologías en edades tempranas, características socioeconómicas del hogar que determinan su acceso a recursos e información, acceso a servicios y prestaciones públicas y características de la comunidad en la que se encuentran insertas las familias (ACC/SCN, 2000; Behrman, 1987). De esta manera pueden distinguirse tres niveles de causas: inmediatas, subyacentes y básicas (figura 1).

“En el camino, siempre con la de un año en brazos y el de tres caminando al lado, despacio y jugando, me cuenta que ese camino lo hace todos los días, varias veces: a las once lleva al tercero al CAIF, vuelve a su casa, a las doce vuelve a la escuela a llevar a Cintia, que está en primero (temprano, porque va al comedor), vuelve a su casa. A las tres va de nuevo al CAIF, a buscar al de tres. Vuelve. Cerca de las cinco de la tarde vuelve a la escuela. Un rato antes que Cintia sale el más grande, que está en segundo. Y regresa otra vez, a esa hora, con los cuatro hijos. Así todos los días, ocho veces el mismo camino. El de tres ya tiene su árbol, me contó. En ese árbol siempre se para.”
(Encuestadora Virginia Rojo)

Entre los factores generales asociados al estado nutricional de los niños, que sistematizan Bérigolo *et al* (2006), se ubican el peso al nacer, las condiciones de salud de la madre y el haber experimentado enfermedades a edades tempranas. El acceso a recursos dentro del hogar refiere al ingreso, la educación de los padres y la composición del hogar. Estos elementos se asocian al acceso a alimentos, al manejo de información nutricional y a las presiones para la distribución de recursos dentro del hogar. El acceso a servicios y prestaciones públicas se vincula con la disponibilidad de agua potable, saneamiento y acceso a programas de transferencia de alimentos y de cuidado de salud. Finalmente, los factores comunitarios se asocian a la inserción del hogar en redes.

Por otra parte, los determinantes del sobrepeso y la obesidad son más complejos y se asocian a hábitos y factores biológicos, ambientales y económicos (Auld, 2005). En esta sección se analiza la vinculación entre los indicadores antropométricos y los factores mencionados previamente.

En primer lugar, se examinan las características del hogar del niño (III.1) sobre la base del acceso del hogar a recursos monetarios, su clima educativo y su estructura y tamaño. En segundo lugar, se consideran factores asociados a la salud del niño y su familia, basados en el peso al nacer, peso y talla de la madre y controles médicos durante el embarazo (III.2). Por último, se analiza el acceso a servicios públicos, entre ellos la atención de la salud (III.3).

Estimación de la función de producción de logros nutricionales*

A continuación se presentan los principales resultados de los modelos econométricos estimados para aproximar la función de logros nutricionales de los niños y así estudiar la existencia de factores que influyen en el potencial de transformación de los recursos monetarios del hogar. Las ecuaciones explican la talla para la edad, a partir de la cual se analiza la trayectoria nutricional del niño. Se utiliza un modelo lineal —el cual permite hacer énfasis en los factores que se asocian al desempeño nutricional del niño— y un modelo no lineal, que permite concentrarse en la incidencia de los problemas nutricionales.

En las ecuaciones estimadas, el ingreso corriente resulta significativo en ambos modelos, lo cual confirma los resultados planteados en la literatura disponible (Thomas *et al*, 1991; Glewwe, 1999; Glewwe *et al*, 2002).¹³ En referencia al nivel educativo del hogar, las pruebas realizadas con distintas especificaciones indican que la inclusión de diversos recursos afecta la significación del nivel educativo de la madre. Esto podría deberse a que la educación de la madre tiene un vínculo importante tanto con el acceso a recursos en general como con el mercado de trabajo y mejoras salariales, o podría deberse a la existencia de un segundo perceptor de ingresos en el hogar. Se incorpora la educación del jefe de hogar para recoger de forma más clara los efectos del clima educativo del hogar, representado a través de los años de educación formal en forma de parábola. Esta variable explica los niveles de talla para la edad de los niños, pero su impacto es decreciente a medida que aumentan los años de educación.

La historia reproductiva de la madre se incorpora a través de seis tramos de edad en los que la madre tuvo su primer hijo.¹⁴ Los coeficientes son todos significativos y las madres de menos de 15 años muestran un impacto positivo en relación con el tramo omitido. De hecho, la importancia de los coeficientes y de los efectos marginales aumenta a medida que avanzan los tramos etarios, con excepción de aquellas que tuvieron su primer hijo entre los 31 y 35 años. Madres más jóvenes, seguramente con menor experiencia y formación, están asociadas a peores resultados antropométricos de sus hijos. Esta relación podría estar vinculada también con el peso del niño al nacer, ya que tienen hijos más pequeños (Jewell *et al*, 2004b), y a una peor situación socioeconómica que quienes tienen su primer hijo a edades más avanzadas.

13 Al trabajar con el ingreso se realizó el contraste de Hausman para testear la posible existencia de problemas de endogeneidad como consecuencia de efectos simultáneos del ingreso. Sin embargo, las pruebas con distintos instrumentos no mostraron resultados significativos.

14 Los tramos de edad de las madres son: menos de 15 años, 16 y 20 años, 21 y 25 años, 26 y 30, 31 y 35 y mayores de 36 años. Nótese que 58% de estas madres tuvo su primer hijo con menos de 20 años, y 7%, con menos de 15 años.

El número de orden podría indicar, al igual que el número de hijo nacidos vivos, los requerimientos de recursos y las prioridades de su asignación entre los niños (Horton, 1988; Haughton, 1997). Se estiman distintas ecuaciones que incluyen estas variables; aquellas ecuaciones que consideran el número de orden son las que presentan un mejor ajuste para *explicar* los desempeños asociados a la talla para la edad.¹⁵

El peso del niño al nacer tiene un impacto directo sobre su desempeño nutricional. Aquellos con menor peso en el momento de su gestación tienen mayor probabilidad de tener problemas de desnutrición en el crecimiento futuro. Este resultado es consistente con los que surgen de investigaciones previas, en las que también se señalaba que este indicador es una buena aproximación de la salud fetal y del recién nacido, que afecta su crecimiento y el estado nutricional durante la niñez, y hace de este un logro por demás relevante (Jewell *et al*, 2004a). La importancia de esta variable está asociada a factores tales como cuidados prenatales, condiciones de salud y edad de la madre, y, por lo tanto, es también un indicador indirecto del entorno del niño, su cuidado y herencia genética.

Respecto a la morbilidad, se considera si el niño estuvo internado en el último año. Esta variable resulta significativa en el modelo lineal, no así cuando las estimaciones se realizan con el modelo Probit. Estar internado en un hospital por efecto de alguna enfermedad puede determinar peores resultados nutricionales, pero también es cierto que existen razones para entender esta relación en sentido contrario. Es decir, los niños con problemas nutricionales tienen un sistema inmunológico debilitado y presentan mayores riesgos de contraer enfermedades. Por tanto, se podría identificar problemas menos agudos que no son recogidos por las medidas antropométricas o los umbrales prefijados, es decir, controlando lo que se conoce como desnutrición *oculta*. En este sentido, el hecho de que aquellos niños que se encuentran en niveles extremos de retraso de talla no presenten este tipo de desnutrición podría explicar que en el modelo no lineal no resultase significativo.

* Basado en Bérigolo *et al.* (2006)

15 Cuando se especifican ambas variables resultan significativas y con signo negativo, no alterando ninguno de los demás coeficientes. Sin embargo, hay un aspecto que parece diferenciarlas, pues la cantidad de hijos nacidos vivos incorporaría mayores efectos relacionados con los recursos. Por otro lado, considerar esta variable en forma conjunta con los tramos de edad de la madre cuando tuvo el primer hijo resulta importante. Si bien se las puede vincular tanto al tamaño del hogar como a la disponibilidad de recursos, el comienzo de la etapa materna puede ligarse a los distintos niveles educativos alcanzados, diferentes condiciones biológicas y salud reproductiva de la mujer. El número de orden parecería vincularse fundamentalmente con cambios en la asignación de recursos que un nuevo integrante hace al interior del hogar.

III.1. Características de los hogares

III.1.1. Acceso a los recursos monetarios

Uno de los determinantes centrales del estado nutricional de los niños es la situación socioeconómica del hogar de pertenencia. Trabajos realizados para diversos países muestran que los indicadores sobre la situación sanitaria, incluidos los antropométricos, varían positivamente con el nivel de ingreso de los hogares (véase, por ejemplo, Behrman, 1987; Ruggeri-Laderchi, 1999). Sin embargo, los estudios previos para Uruguay no abordaron el estudio de esta vinculación ya que fueron elaborados sobre la base de los censos de talla escolar y no se contó con información acerca del ingreso percibido por las familias. La encuesta realizada permite asociar los indicadores antropométricos con el ingreso per cápita del hogar.

El ingreso per cápita promedio de los hogares a los que pertenecen los niños con algún grado de retraso en su talla es sustancialmente menor que el de los hogares de los niños con talla normal (cuadro 14). Estas diferencias aumentan si se distingue entre el retraso moderado y el grave. El ingreso per cápita de los hogares de los niños con retraso moderado es 16% menor al promedio, mientras que los escolares con retraso grave viven en hogares con un ingreso per cápita 35% menor al promedio general. Este patrón se mantiene al separar Gran Montevideo y el resto del país urbano.

Cuadro 14. Ingreso per cápita promedio mensual del hogar según situación nutricional de los niños de acuerdo al indicador de talla para la edad (en \$ de 2004)

	Normal	Retraso moderado	Retraso grave	Total
Gran Montevideo				
Ingreso per cápita (promedio)	2.091	1.478	1.210	2.060
Diferencia con el ingreso per cápita total	1.5%	-28.3%	-41.2%	
Resto del país urbano				
Ingreso per cápita (promedio)	1.891	1.347	1.188	1.750
Diferencia con el ingreso per cápita total	8.1%	-23.0	-32.1%	
Total país urbano				
Ingreso per cápita (promedio)	2.272	1.596	1.240	1.911
Diferencia con el ingreso per cápita total	18.9%	-16.5%	-35.1%	

Fuente: Elaborado con datos de ESNN 2004.

“Tengo una muy mala memoria para las caras y para recordar hechos concretos, pero hay algunas cosas que me quedaron marcadas. Lo peor de todo esto es que te vas acostumbrando a afrontar una realidad que, por momentos, te lleva a que no te sorprendan ciertas cosas, que cuando las contás o te pones a pensar en ellas, ahí sí te das cuenta de cuánto te afectaron y que están ahí, que no te olvidaste y no te vas a olvidar...”

Pero lo extraño es que si me preguntás qué recuerdo más de ese asentamiento, te contesto que es un rancho y una sensación. En una palabra, la sensación vivida es de frío. En mi vida había pasado tanto frío, pero entendeme bien: es algo más que el frío climático, que también lo sentís y cómo. Es una sensación extraña, interna, que no sabés explicar y que no sabés poner en palabras. Y que además va acompañada de ese frío externo, ese sí climático, ese insoportable frío invernal uruguayo, que sentís hasta en los huesos. Pero lo jodido es que en esas zonas lo sentías más. Espero que entiendas que no estoy hablando sólo y nada más que de frío. ¿Y sabés por qué no? Porque sentí lo mismo en Casavalle, Peñarol viejo, en algunas calles de Las Piedras.” (Encuestador Marcelo Castillo)

Al igual que en el caso de la talla, los déficits en el índice de masa corporal y el peso para la talla se asocian con niveles de ingreso per cápita relativamente deprimidos (cuadro 15). Por ejemplo, para el país urbano en su conjunto, los niños con algún grado de déficit de acuerdo con el IMC viven en familias cuyo ingreso per cápita promedio es casi 18,7% menor al promedio.

Cuadro 15. Ingreso per cápita promedio mensual del hogar según situación nutricional de los niños de acuerdo al indicador de índice de masa corporal y peso para la talla (en \$ de 2004)

Situación Nutricional	Gran Montevideo		Resto del país urbano		Total	
	Promedio de ingreso per cápita	Diferencia con ingreso promedio	Promedio de ingreso per cápita	Diferencia con ingreso promedio	Promedio de ingreso per cápita	Diferencia con ingreso promedio
Índice de masa corporal						
Sobrepeso	1.976	33,4%	2.399	37,1%	1.700	36,3%
Normal	1.911	-7,3%	1.639	-6,3%	1.779	-6,9%
Déficit	2.748	-4,1%	1.499	-14,4%	2.605	-11,0%
Total	2.060		1.750		1.911	
Peso para la talla						
Obesidad	2.676	29,9%	2.157	23,3%	2.470	23,4%
Sobrepeso	2.692	30,7%	2.238	27,9%	2.496	24,7%
Normal	1.922	-6,7%	1.691	-3,3%	1.812	-9,5%
Déficit *	1.953	-5,2%	1.414	-19,2%	1.627	-18,7%
Total	2.060		1.750		1.911	

Fuente: Elaborado con datos de ESN 2004.

* No se distingue el déficit grave del moderado dado el bajo número de observaciones en el primer caso.

Por su parte, la prevalencia de la obesidad y el sobrepeso muestra un comportamiento exactamente inverso. Ambas problemáticas se asocian a hogares con mayores niveles de ingreso, lo cual indicaría que este tipo de patología se encuentra vinculada fuertemente a hábitos nutricionales y vitales como la falta de ejercicio e ingestas altamente calóricas, pero que no tienen una vinculación con restricciones en el acceso a niveles de alimentación adecuados.

Los comentarios anteriores se refuerzan al analizar los indicadores antropométricos por decil de ingresos. La incidencia del retraso de talla moderado y grave disminuye monótonamente con el decil de ingresos.¹⁶

Así, 35% de los niños que pertenecen al primer decil muestra algún grado de retraso de talla, mientras que este valor desciende a menos de 15% entre los niños que pertenecen al último decil (véase gráfico 3, panel A). Un patrón similar se observa en el déficit correspondiente al índice de masa corporal y al peso para la talla.

¹⁶ Los deciles se construyen a partir de los datos relevados en la encuesta. Por lo tanto, el decil al que pertenece cada niño indica su ubicación en la distribución del ingreso dentro de los hogares encuestados, la cual no coincide con su posición en la distribución general del ingreso. Los deciles se construyen sobre la base de las personas, considerando el ingreso per cápita de los hogares.

No obstante, el sobrepeso y la obesidad muestran un patrón inverso (véase el gráfico 3, paneles B y C). Su incidencia aumenta claramente con el nivel de ingreso. Este indicador —definido a partir del índice de masa corporal— pasa de una tasa de prevalencia inferior a 8%, entre los niños pertenecientes al primer decil, a superar el 30% entre los niños ubicados en el estrato superior. A su vez, si se considera la relación peso/talla, el sobrepeso y la obesidad alcanzan 15% en el primer decil y 30% en el décimo, estos resultados confirman que la incidencia de este tipo de problemas nutricionales se asocia a problemas de hábitos, más que a bajos niveles de ingreso.

Finalmente, cabe señalar que se ha constatado en el análisis multivariado a nivel internacional, que el ingreso del hogar presenta una fuerte correlación con el estado nutricional de los niños. La bibliografía internacional sobre el tema ha explorado la presencia de endogeneidad entre ambas variables, en la medida que niños con problemas de salud podrían provocar cambios en la oferta laboral de los adultos del hogar y, por lo tanto, modificaciones en el nivel de ingreso. Bérigolo *et al* (2006) realizaron pruebas para el caso uruguayo, cuyos resultados rechazan esta potencial endogeneidad.

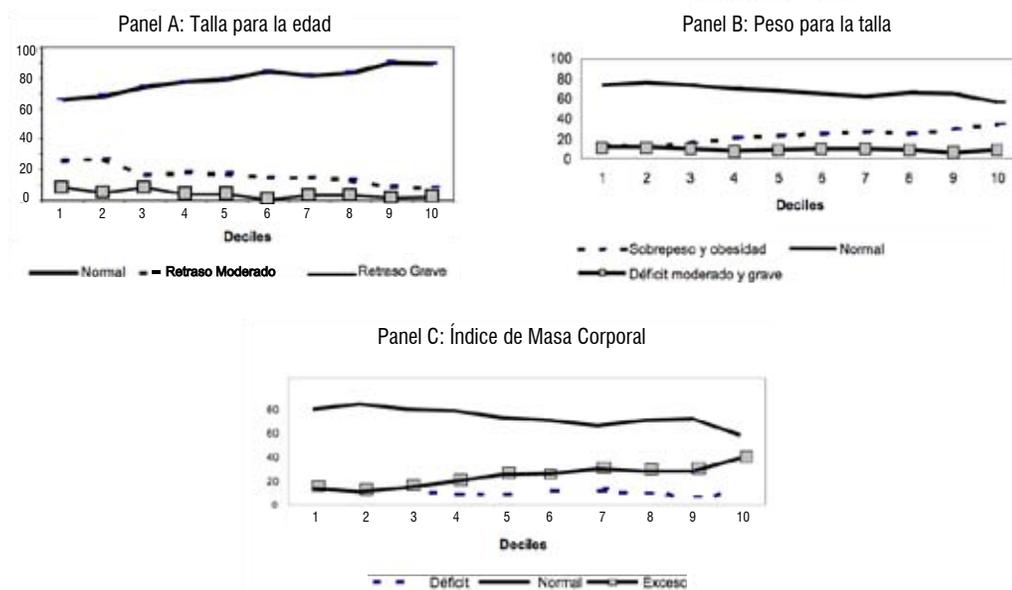
Se analizó también la relación entre los indicadores antropométricos y la presencia de hacinamiento. Los resultados confirman la asociación previamente encontrada con el ingreso. Los niños que viven en hogares hacinados¹⁷ muestran una mayor propensión a presentar retraso de talla, y la incidencia del sobrepeso medida a partir del índice de masa corporal es sustancialmente mayor entre los niños que viven en hogares no hacinados (véase cuadro AE.2).

“Eran trece personas las que vivían en el hogar y diez iban a la escuela. Tenían un ingreso de unos novecientos pesos por mes. Novecientos pesos por mes para once personas... La hija más pequeña tenía dos años. ¿Cómo hacen? ¿Cómo sobreviven? Porque eso es pura sobrevivencia, no es vida. ¿Ayuda? ¿La escuela? Claro, ¿cómo los más grandes no iban a estar todavía en la escuela? Era la principal y, muchas veces, única comida a la que accedían.

Cuando llegué, había solamente una niña de dos y otra de tres años. Antes de que me fuera ya habían llegado todos de la escuela. Todos miraban... todos observaban. Trece personas mirándome: sensación extraña que a casi todos nos tocó vivir en más de una oportunidad.” (Encuestadora Florencia Amábile)

¹⁷ El hacinamiento se define como la presencia de tres o más personas en promedio por habitación destinada a pernoctar; 33,6% de los niños de la muestra viven en hogares hacinados.

Gráfico 3. Situación nutricional de los niños según deciles de ingreso per cápita



III.1.2. Estructura y tamaño del hogar

Existe un conjunto de factores demográficos asociado al desempeño nutricional de los niños, que ha sido ampliamente explorado en la literatura sobre el tema. Estos factores se vinculan con la historia reproductiva de la madre, la relación de dependencia demográfica, el número de orden de los niños, el tamaño del hogar y su estructura (Behrman, 1990; Ruggeri, 2001). Bérngolo *et al* (2006) analizan en detalle la asociación de estos factores con el estado nutricional de los niños.

En esta primera exploración se hará referencia exclusivamente al tamaño del hogar y su estructura, dado que son las variables que han sido más estudiadas en Uruguay en relación con las privaciones de índole monetaria. Resulta por lo tanto de interés contrastar si estas también se asocian a las privaciones nutricionales.

Al igual que para el conjunto de los niños uruguayos, el arreglo familiar predominante en la población estudiada es el hogar nuclear biparental, que concentra a 62% de los niños. En segundo lugar se ubican los hogares extendidos (25%), mientras los hogares monoparentales superan ligeramente el

10%. Por último, solo 1% de los niños vive en hogares compuestos.¹⁸

No se observan diferencias marcadas en la prevalencia de problemas de retraso de talla según estructura familiar. Sin embargo, los niños que viven en hogares monoparentales muestran una incidencia del retraso moderado de talla algo mayor que el resto de las categorías, mientras que los hogares extendidos registran una incidencia mayor del retraso grave (cuadro 16)¹⁹. Por su parte, si se analiza la vinculación entre la estructura del hogar y la situación nutricional definida a partir de la relación peso/talla y el índice de masa corporal, no se observan diferencias significativas en la incidencia de los problemas de retraso y sobrepeso según tipo de hogar (véanse cuadros AE.3 y AE.4).

Cuadro 16. Incidencia de problemas nutricionales según estructura familiar (Talla para la edad). 2004

	%	Normal	Retraso moderado	Retraso grave	Total
Nuclear biparental	62,2	79,1	16,2	4,7	100
Nuclear monoparental	11,4	76,3	20,8	2,9	100
Extendido	23,1	77,2	16,3	6,5	100
Compuesto	1,4	75,5	14,1	10,4	100
Sin clasificar	1,9	77,0	19,0	4,0	100
Total	100				

Fuente: Elaborado con datos de ESNN 2004.

Al igual que en los estudios de pobreza monetaria, existe una fuerte vinculación entre el tamaño del hogar y la situación nutricional de los niños. El promedio de integrantes del hogar aumenta con la presencia de retraso de talla. Así, mientras que los niños que registran una talla catalogada como normal viven en hogares con un promedio de cinco miembros, las familias de los niños con retraso moderado tienen un tamaño promedio de 5,5 personas y este guarismo alcanza a 6,3 para las familias menores con retraso grave (cuadro 17). Mientras tanto, la obesidad y el sobrepeso se asocian a hogares relativamente más pequeños, lo que nuevamente pone de relieve que los determinantes de estas patologías son distintos a los que se asocian a los problemas de retraso de talla. Esto se detecta tanto al analizar el índice de peso para la talla, como el de masa corporal (véase cuadro AE.5).

¹⁸ El *hogar extendido* corresponde a un *hogar nuclear* más otros parientes. Los *hogares compuestos* son aquellos en donde reside una persona sin lazo de parentesco con el jefe.

¹⁹ Los hogares compuestos también presentan una alta incidencia del retraso grave, pero no debe perderse de vista su escaso peso muestral.

Cuadro 17. Tamaño promedio del hogar según situación nutricional (Talla para la edad)

Situación Nutricional	Gran Montevideo	Resto del país urbano	Total
Normal	4,9	5,2	5,0
Retraso moderado	5,4	5,6	5,5
Retraso grave	6,4	6,2	6,3
Total	5,1	5,3	5,2

Fuente: Elaborado con datos de ESNN 2004.

En la misma línea, se constató que los problemas de retraso de talla aumentan con la cantidad de niños en el hogar. Mientras una proporción cercana al 15% de los niños que no conviven con otros menores registra problemas de retraso, este indicador asciende al 34% entre los niños que viven en hogares con cinco o más niños. Este patrón se observa tanto para el retraso moderado como grave (cuadro 18).

Cuadro 18. Distribución de los niños por problemas nutricionales según número de niños en el hogar y tipo de problema nutricional (talla para la edad). 2004

	Normal	Retraso moderado	Retraso grave	Total
Número de niños en el hogar				
Un niño	86,9	12,0	1,1	100
Dos niños	84,7	12,7	2,6	100
Tres niños	77,5	17,9	4,6	100
Cuatro niños	72,1	21,3	6,6	100
Cinco o más niños	65,9	22,3	11,8	100
Distribución según número de niños en el hogar				
Un niño	19,6	13,2	4,2	17,9
Dos niños	34,7	25,5	17,9	32,4
Tres niños	21,4	24,0	21,8	21,8
Cuatro niños	11,7	16,7	18,2	12,9
Cinco o más niños	12,6	20,6	37,9	15,0
Total	100	100	100	100

Fuente: Elaborado con datos de ESNN 2004.

Los indicadores antropométricos asociados al peso muestran nuevamente un patrón distinto según el tipo de problemática (cuadro 19). La obesidad y el sobrepeso se asocian a hogares con menos niños mientras que el retraso de peso para la talla se concentra entre los menores que conviven con un mayor número de niños. Estas asociaciones pueden ser resultado de la carencia de ingresos característica de los hogares numerosos.

Cuadro 19. Distribución de problemas nutricionales según número de niños en el hogar y tipo de problema nutricional (peso para la talla). 2004

	Obesidad	Sobrepeso	Normal	Déficit	Total
Número de niños en el hogar					
Un niño	15,6	14,1	62,6	7,6	100
Dos niños	10,4	18,7	61,1	9,8	100
Tres niños	7,5	14,0	70,3	8,3	100
Cuatro niños	3,4	12,9	73,3	10,5	100
Cinco o más niños	3,4	8,2	77,8	10,6	100
Distribución según número de niños en el hogar					
Un niño	31,9	17,4	16,6	14,7	17,9
Dos niños	38,6	41,8	29,4	34,3	32,4
Tres niños	18,7	21,0	22,7	19,4	21,8
Cuatro niños	5,0	11,4	14,0	14,5	12,9
Cinco o más niños	5,9	8,4	17,3	17,1	15,0
Total	100	100	100	100	100

Fuente: Elaborado con datos de ESNN 2004.

“¿Famosos? Debíó agregar populares, conocidos, inconfundibles. «Seguí derecho, doblé a la izquierda, ese rancho de la esquina. Ahí pregunta. Viven ahí, ellos».

El «viven ahí, ellos» me dio una leve impresión que más tarde iba a comprobar por la vía de las matemáticas, que nunca fallan.

Hacia allí me dirijí, caminando hacia lo que el encuestador camina cuando le dicen que la fama no tiene nada que ver con la pobrecita niña.

Llegué al rancho, grande, extenso. Sus chapas y cartones cubrían los frentes, costados y pisos, confundiéndose con material porfiadamente construido como con bronca o poco tiempo.

—Bueno, vamos a comenzar a caracterizar el hogar, usted me va diciendo los nombres, ta?

—¿Todos?

Tranquilidad al lector, ante todo. Ya presentía que las matemáticas iban a reproducir el mismo esquema de resultado que anteriormente habían producido. El resultado entrada-a-la-casa-de-los-Salvatierra no tenía por qué ser una falsa impresión.

—Sí, todos.

—Bueno, ¿tiene para anotar?

Ante la afluencia de todos los nombres, como si habláramos de que la patria requiere nombres de todos los rincones para sacar al país adelante, así fluían de la boca de la señora.

—¿Pero todos dependen de una misma olla? ¿Comparten los mismos gastos de alimentación?

Por un momento, esos de esperanza e ilusión que cubren algunos ratitos de nuestra vida, para creer, soñar o en este caso, trabajar, la posibilidad de que hubiera varios hogares comenzaba a levantar vuelo.

Tajante respuesta:

—Todos compartimos lo mismo.

Serio, firme, sin visos de mentira, ojos abiertos, voz inflexible, respuesta clara, esperanza e ilusión con pronto final.

—Bueno, muy bien.

Tampoco era una tragedia que debía ser endilgada a la señora y sus hijos, hijas, nietos, nietas, bisnietos y bisnietas, simplemente más trabajo, lapicera y papel.

—Sigamos con los restantes miembros del hogar.

—Bueno, los gurises, que son... [Nombrecitos, nombrecitos, nombrecitos].

—Un momentito, que voy a sacar otro formulario para seguir con los nombres.

Luego de terminar con todos los nombres, veintiséis eran los integrantes de la familia. Un verdadero ejército familiar. Tal vez el prejuicio asociado a las actividades externas de los miembros de la familia que me señalaban el mote de «amigos de lo ajeno» cayera por el piso, y la fama se debiera al número y las condiciones de hacinamiento en que vivían «ellos», como los había señalado el vecino guía. Ninguno trabajaba, las changas eran pocas y las últimas fueron hace meses. Solo una jubilación de dos mil y pocos pesos del cónyuge de la señora —cómodo término que nos propor-

ciona el formulario de la encuesta—, un hijo de la señora conviviendo con su pareja, ex pareja, hijos presentes y en camino, y la suerte, ¿Suerte? Sí, suerte, ya que unos días antes tres miembros de «ellos» se habían marchado a Montevideo, a vivir a un asentamiento. Los ex «ellos» dejaban el nido: tres. (Encuestador Pablo de Ávila)

III.1.3. Clima educativo del hogar

El nivel educativo del hogar se aproximó mediante la educación de la madre, dado que en diversos trabajos se pone de manifiesto la fuerte asociación de esta variable con el estado nutricional de los niños. La interpretación de esta relación es controvertida y se la ha asociado a la generación de ingresos, el uso más eficiente de los recursos de los que dispone el hogar, el mayor conocimiento y atención a potenciales problemas sanitarios y mayor acceso al uso de servicios comunitarios (Glewwe, 1999; Thomas *et al*, 1991).

Si se considera el índice de talla para la edad, se observa una mayor incidencia de los problemas de retraso entre los niños cuya madre tiene un nivel educativo equivalente a primaria completa o menos. Es importante tener en cuenta que esta categoría es la que presenta una mayor participación en el universo estudiado, pues representa prácticamente 38% del total de niños encuestados. A su vez, no se detectan diferencias apreciables en la prevalencia del retraso para los siguientes niveles educativos, lo que indica que, una vez superado ese umbral, los problemas nutricionales se reducen considerablemente (cuadro 20). Esta notoria disminución se asocia al carácter básico de las privaciones nutricionales.

El panorama es algo diferente si se analizan los indicadores antropométricos contruidos a partir de la relación peso para la talla y del índice de masa corporal. En ambos casos, el porcentaje de niños clasificados en la categoría *normal* es mayor cuanto menor es el nivel educativo. Este patrón es producto de que la incidencia de los problemas de sobrepeso y obesidad aumenta marcadamente con la educación de la madre. Estos resultados posiblemente se encuentren influenciados por la alta correlación entre el nivel educativo del hogar, su nivel de ingreso y su dotación de riqueza, por lo que la relación entre nivel educativo y situación nutricional debería reexaminarse a partir de un análisis multivariado (véase recuadro 1).

Cuadro 20. Incidencia de problemas nutricionales según nivel educativo de la madre. 2004

Situación nutricional	Escolaridad de la madre				Total
	Menos de 6 años	6-9 años	9-12 años	Más de 12 años	
Participación en la muestra	37,6	23,8	27,8	10,8	100
Talla para la edad					
Normal	73,3	80,9	82,0	80,7	78,2
Retraso moderado	20,0	14,2	14,5	15,1	16,7
Retraso grave	6,7	4,9	3,5	4,2	5,1
Total	100	100	100	100	100
Peso para la talla					
Obesidad	7,9	7,8	8,8	14,1	8,8
Sobrepeso	11,7	13,4	18,0	18,7	14,5
Normal	71,0	69,9	64,2	56,4	67,4
Déficit moderado	8,8	8,2	8,2	9,5	8,5
Déficit grave	0,6	0,7	0,8	1,3	0,8
Total	100	100	100	100	100
IMC					
Déficit	9,3	8,8	10,0	11,4	9,6
Normal	72,2	70,8	65,5	56,8	68,6
Sobrepeso y obesidad	18,5	20,4	24,5	31,8	21,8
Total	100	100	100	100	100

Fuente: Elaborado con datos de ESNN 2004.

“Me presento ante la madre y, sin hacer preguntas, ella accede a responder. Antes me ofrece una silla. La niña se queda a su lado, escuchando atentamente y mirando lo que escribo.

—Durante la semana pasada: ¿trabajó al menos una hora sin considerar los quehaceres del hogar?

—[Tarda unos segundos en responder] No.

—¿Tiene algún trabajo?

—No.

—¿Cómo que no —salta la niña—, si hacés limpiezas!

Vuelvo a preguntar, sin saber qué poner, mientras la madre le dice que se calle.

—Sí —dice, no muy segura—, a veces.” (Encuestadora Virginia Rojo)

2. Factores asociados a la salud del niño y su familia

En este apartado se analiza la relación entre la situación nutricional de los niños y algunas variables que reflejan el estado de salud del niño y su familia en etapas previas. Debe advertirse que el peso al nacer y las medidas antropométricas de la madre analizadas en este trabajo se basan en la declaración de los encuestados.²⁰ De todas formas, la densidad del peso al nacer obtenida está dentro de los parámetros esperados para el recorrido de esta variable.

2.1 Peso al nacer

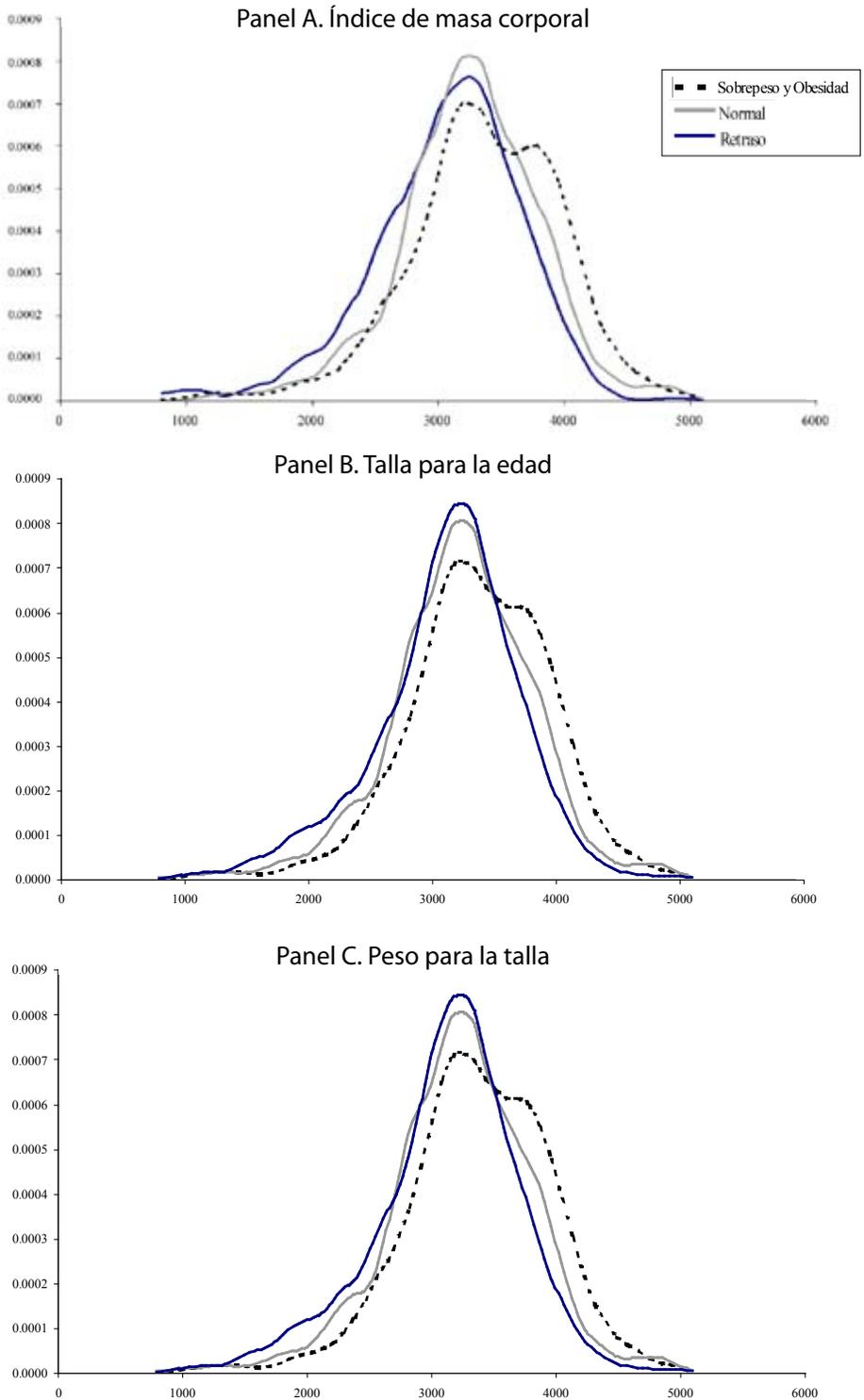
Existe abundante evidencia sobre la relación entre el bajo peso al nacer y el desempeño nutricional posterior de los niños.²¹ El gráfico 4 muestra la distribución del peso al nacer de los niños encuestados según su situación en relación con los tres indicadores antropométricos utilizados en este trabajo. La distribución del peso al nacer de los niños que tienen un retraso grave de talla (panel B) es la que se encuentra más desplazada hacia valores bajos de esta variable, mientras que la distribución de los que muestran retraso moderado se ubica en una situación intermedia.

Por su parte, las distribuciones de estas variables para las categorías de estado nutricional construidas a partir de los índices de masa corporal y de peso para la talla (paneles A y C) ponen de relieve otros vínculos entre este tipo de factores y los resultados antropométricos de los niños. Los niños con sobrepeso y obesidad presentan un mayor peso al nacer y una situación inversa se observa con respecto a los niños con déficit de peso. Esta constatación pone en evidencia la asociación entre esos factores y el estado nutricional del niño.

20 Esto implica que muchas veces estas preguntas fueron contestadas por terceros, y no por la madre del niño.

21 Jewell y Triunfo (2004b) estudian la asociación entre el peso al nacer, las características de la madre y el rol de los cuidados prenatales, para una muestra de niños nacidos en Montevideo en el Hospital Pereyra Rossell. Encuentran efectos positivos de las características de la madre sobre el peso al nacer y un efecto menos pronunciado de los cuidados prenatales.

Gráfico 4. Distribución del peso al nacer según situación nutricional actual del niño/a



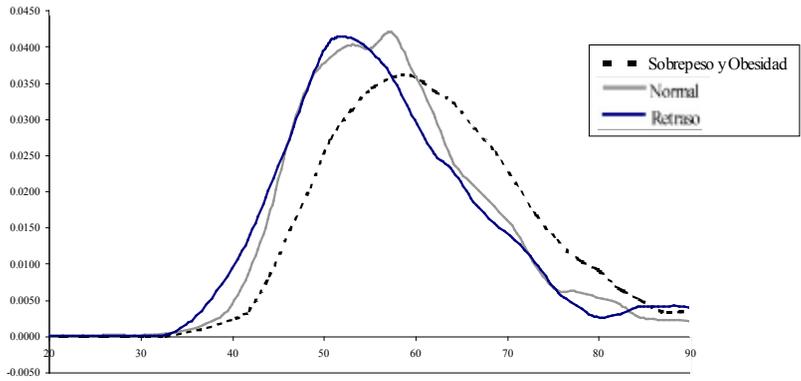
III.2.2. Medidas antropométricas de la madre

Según Glewwe (1999), las medidas antropométricas de la madre capturan características no observables del entorno, ambientales y genéticas. La bibliografía internacional también señala que el peso de la madre se relaciona con el peso al nacer de sus hijos, y que se trata de un factor protector o de riesgo para el estado nutricional del niño en los primeros años de vida. En Uruguay también se constata esta asociación: las distribuciones presentadas en los gráficos 5 y 6 muestran que los niños con problemas de retraso presentan una mayor propensión a tener madres con menor peso e índice de masa corporal.

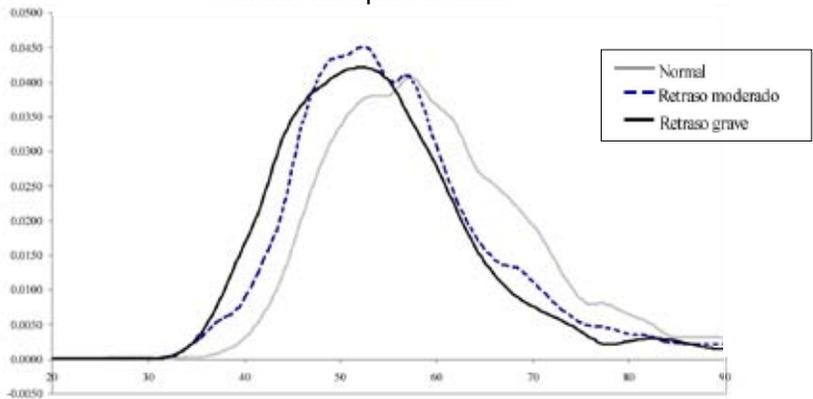
El sobrepeso y la obesidad de los niños se asocia con una tendencia similar de las madres, tanto si se observa su actual índice de masa corporal como si se considera su peso antes del embarazo. Este resultado podría constituir una evidencia indirecta de la relación de los hábitos de alimentación y salud de la familia sobre la situación nutricional de los niños o de factores de corte genético que determinan una mayor propensión al sobrepeso. Otros estudios indican que los factores culturales, como son el estilo de alimentación y la actividad física de las familias, se asocian a grados de exceso de peso de los hijos, es decir que los problemas de sobrepeso y obesidad se dan en todo el núcleo familiar.

Gráfico 5. Distribución del peso de la madre antes del embarazo según situación nutricional actual del niño/a

Panel A. Índice de masa corporal



Panel B. Talla para la edad



Panel C. Peso para la talla

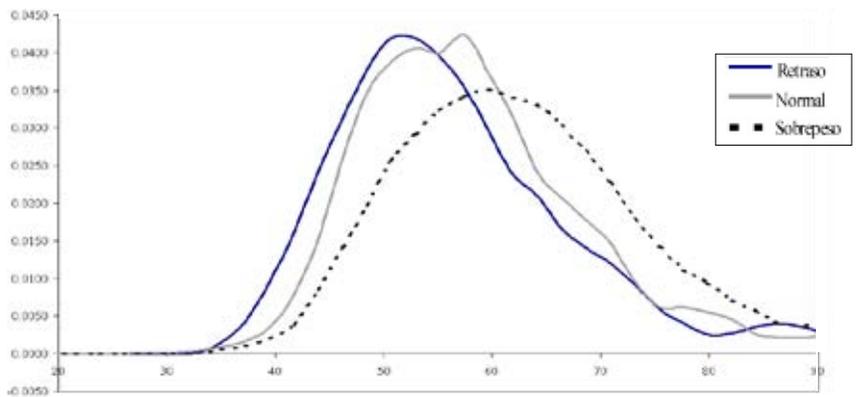
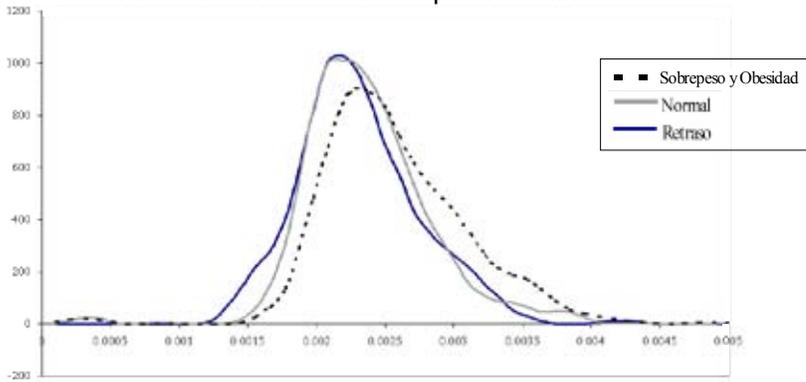
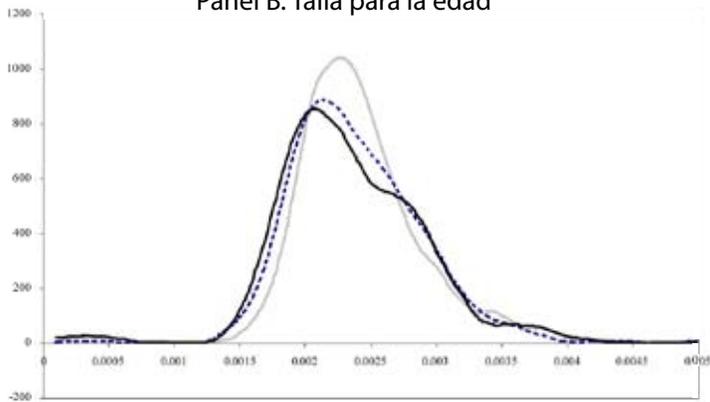


Gráfico 6. Distribución del índice de masa corporal actual de la madre según situación actual nutricional del niño/a

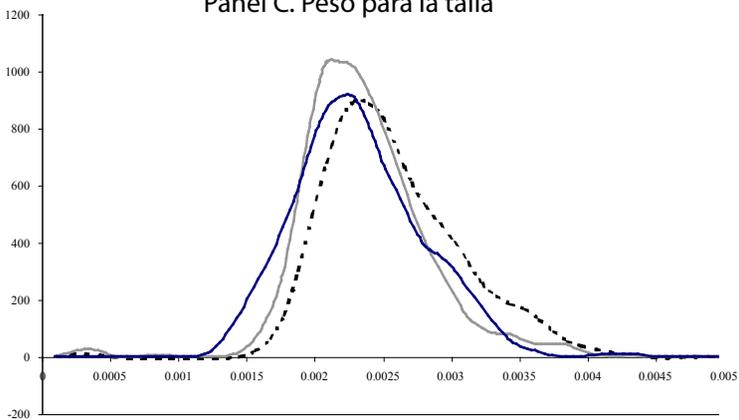
Panel A. Índice de masa corporal del niño



Panel B. Talla para la edad



Panel C. Peso para la talla



III.2.3. Controles durante el embarazo

Otro factor que suele asociarse a los resultados nutricionales de los niños son los cuidados tomados por la madre durante el período de gestación. Una variable que puede aproximarse a esta dimensión es el número de controles ginecológicos realizados durante el embarazo. Aun cuando la intensidad de los controles puede depender de otros factores —como ser la propia salud de la madre o las características del embarazo en sí—, constituye un indicativo de algunas pautas de comportamiento que inciden en el desempeño futuro del niño. Más de 90% de las madres realizaron cinco o más controles durante el embarazo, es decir que los cuidados médicos en este período son una pauta comportamental muy extendida en Uruguay. Se observa que los niños nacidos en hogares donde los controles fueron más esporádicos muestran una mayor propensión a presentar problemas de retraso (cuadro 21).

Cuadro 21. Incidencia de problemas nutricionales según número de controles durante el embarazo. 2004

Situación nutricional	Número de controles durante el embarazo		
	Menos de un control	Entre 2 y 5 controles	Más de 5 controles
Talla para la edad			
Normal	61,1	67,4	80,5
Retraso moderado	28,7	25,2	15,3
Retraso grave	10,2	7,4	4,2
Total	3,5	4,5	92,0

Fuente: Elaborado con datos de ESN 2004.

Es importante aclarar que este resultado no implica que los controles reducen el retraso sino que posiblemente las personas que realizan controles tienen una mayor capacidad de acceso a la información y a las redes asistenciales.²²

²² Los resultados para los indicadores contruidos según el índice de masa corporal y la relación peso para la talla muestran que los problemas de retraso de peso tienen una incidencia mayor al disminuir la frecuencia de los controles. Véase el anexo estadístico.

III.3. Acceso a servicios públicos

En esta sección se analiza la vinculación entre situación nutricional y acceso a los servicios públicos, en particular, la atención de la salud, agua potable y saneamiento.

III.3.1. Acceso a servicios de atención de salud

Los servicios de atención de salud fueron clasificados en dos categorías: atención privada completa, que incluye afiliación individual o colectiva a mutualistas con derechos totales o parciales y otras instituciones privadas, y una segunda categoría donde se agrupa la cobertura parcial (emergencia médica), la cobertura pública o los que declaran no tener cobertura. La asistencia de salud privada completa está relativamente poco extendida entre los niños encuestados, ya que representa solamente 16,3%.²³

La incidencia del retraso de talla es considerablemente menor entre los niños con atención privada de salud. También el déficit medido con los indicadores de peso para la talla e IMC es menor entre esta población. Consistentemente con las asociaciones entre exceso de peso y nivel socioeconómico señaladas antes, se detecta en este caso también una mayor prevalencia de exceso de peso en la población con cobertura de salud privada completa (cuadro 22).

²³ En la ECH esta cobertura corresponde al 16,8% de los niños que asisten a educación pública y están cursando primer año.

Cuadro 22. Incidencia de los problemas nutricionales según acceso a los servicios de salud. 2004

Situación nutricional	Privada completa	Cobertura parcial, pública o sin cobertura	Total
Talla para la edad			
Normal	87,0	77,4	79,0
Retraso moderado	9,6	17,6	16,3
Retraso grave	3,4	5,0	4,8
Peso para la talla			
Déficit grave	0,5	0,8	0,7
Déficit moderado	7,0	8,7	8,4
Normal	57,7	69,9	67,8
Exceso moderado	21,3	13,1	14,5
Exceso grave	13,5	7,5	8,5
IMC			
Déficit	8,1	9,3	9,1
Normal	57,0	71,2	68,8
Sobrepeso y obesidad	34,9	19,5	22,1
Total	16,3	83,7	100

Fuente: Elaborado con datos de ESNN 2004.

III.3.2. Acceso a saneamiento y agua potable

Los indicadores de acceso a servicios públicos, en particular disponibilidad de agua potable y tipo de saneamiento, también muestran una clara asociación con la situación nutricional; 11% de los niños incluidos en el presente estudio habitan en viviendas que carecen de agua potable, lo cual indica la presencia de importantes situaciones de privación. Casi 34% de estos niños muestra algún grado de retraso de talla. En forma similar se observa que la incidencia de los problemas de retraso de talla aumenta en la medida que empeoran las condiciones de saneamiento de los hogares (cuadro 23).

Cuadro 23. Incidencia de los problemas nutricionales según servicios públicos y saneamiento. 2004

	Talla para la edad			
	Normal	Retraso moderado	Retraso grave	Participación en la población
Disponibilidad de agua potable dentro del hogar				
Sí	80,7	15,3	4,0	89,1
No	66,2	23,8	10,0	10,9
Saneamiento				
Red pública	82,1	14,1	3,7	53,7
Fosa séptica y pozo negro	76,0	19,1	4,9	19,9
Solo pozo negro	77,6	16,2	6,2	25,2
Otros	71,1	17,8	11,1	0,9

Fuente: Elaborado con datos de ESNM 2004.

En forma coherente con lo registrado en las otras dimensiones analizadas, los problemas de obesidad y sobrepeso muestran una relación inversa con las condiciones de acceso a los servicios. La incidencia del sobrepeso es mayor entre aquellos niños que viven en hogares con acceso al agua potable dentro del hogar y con un sistema de saneamiento conectado a la red pública. Por lo tanto, nuevamente se constata que los problemas de obesidad se asocian a mejores condiciones de vida, por lo que sus determinantes parecen no guardar una vinculación directa con las carencias de recursos de los hogares (cuadro 24).

Cuadro 24. Incidencia de los problemas nutricionales según servicios públicos y saneamiento. 2004

	Índice de masa corporal			Participación en la población
	Déficit	Normal	Sobrepeso y obesidad	
Disponibilidad de agua potable dentro del hogar				
Sí	10,1	76,4	13,4	89,2
No	9,5	67,7	22,8	10,9
Saneamiento				
Red pública	9,2	65,6	25,2	53,8
Fosa séptica y pozo negro	9,0	68,2	22,9	19,9
Solo pozo negro	11,2	73,3	15,5	25,1
Otros	8,5	79,4	12,2	0,9

Fuente: Elaborado con datos de ESNM 2004.

IV. Las transferencias alimentarias

En esta sección se presenta una breve descripción de los distintos programas de transferencias alimentarias en Uruguay (IV.1), se detallan las características del Programa de Alimentación Escolar y se analiza el alcance de las transferencias alimentarias a los niños encuestados en función de las características socioeconómicas de sus hogares (IV.2).

IV.1. Los programas de transferencias alimentarias en Uruguay

Hasta la fecha en que se redacta este documento, las transferencias de alimentos en Uruguay se canalizan a través del Instituto Nacional de Alimentación (INDA), perteneciente al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, y del Programa de Alimentación Escolar (PAE), de la Administración Nacional de Enseñanza Pública. Ambos sistemas se implementaron en las primeras décadas del siglo XX. En el período reciente, experimentaron una fuerte expansión en el número de beneficiarios como producto de la crisis económica de 2002. Por la relevancia de sus prestaciones para resolver situaciones de carencia extrema en el corto plazo, fueron clasificados dentro de los programas sociales prioritarios y, como tales, se los protegió de recortes presupuestales en el período de crisis económica.

A continuación se presenta una breve reseña de los servicios provistos por cada sistema. Una primera advertencia debe realizarse: la información acerca de los usuarios de programas alimentarios en Uruguay es muy escasa. Actualmente, solo existe una Fuente: de datos representativa de la población en su conjunto que permite analizar la llegada de este tipo de transferencias a los hogares. Durante el trimestre setiembre-noviembre de 2003 se aplicó un módulo especial en la Encuesta Continua de Hogares sobre acceso a programas alimentarios.²⁴ Allí se recogió información sobre la focalización de estos programas, así como sobre la opinión de los usuarios acerca de la calidad de los servicios brindados. Los principales resultados obtenidos fueron sistematizados en la publicación INE (2003).

²⁴ La Encuesta de Hogares Ampliada de 2006 brindará información sobre el acceso a transferencias alimentarias.

Allí se encontró que 14,7% de los hogares urbanos (8,5% de los hogares ubicados en Montevideo y 21,4% de los del interior) recibe transferencias de programas alimentarios. A su vez, el grupo de hogares con niños de 0 a 19 años recibe más transferencias alimentarias que el resto de los hogares (26,9% y 4%, respectivamente) y esta proporción es aún mayor en el caso de los hogares con niños de 0 a 5 (44%). Esta orientación de las transferencias alimentarias hacia los hogares con niños puede vincularse a la presencia del PAE y el Plan CAIF, así como a la fuerte asociación entre privación y estructura de edades característica de Uruguay desde comienzos de la década de 1990. Las transferencias alimentarias se concentran por lo tanto en los quintiles más bajos de la población: alcanza a 47,7% de los hogares en el primer quintil, a 17% en el segundo quintil, y a 0,2% en el quinto quintil de ingreso per cápita.

Al analizar el tipo de transferencia recibida por los hogares, se observa que 9,1% recibe canastas, básicamente del INDA, y 10,1% alimentos preparados o comidas fuera del hogar. Nuevamente, ambos tipos de prestaciones se concentran en los quintiles bajos.

Cuadro 25. Porcentaje de hogares que reciben algún tipo de alimentación gratuita según quintil de ingreso per cápita del hogar

Tipo de alimentación gratuita	Quintil de ingreso per cápita del hogar					
	Total	Primer	Segundo	Tercer	Cuarto	Quinto
Canasta de alimentos	9,1	31,1	10,4	2,4	1,4	0,1
INDA	8,2	28,6	9	2,3	1,2	0
Otros	1,3	4,4	1,7	0,1	0,2	0,1
Alimentación o comidas preparadas	10,1	33,5	11,7	4,1	1,2	0,1
La lleva a su hogar	0,8	3,1	0,7	0,4	0,1	0
La consume en comedores	9,6	32	11,2	23,7	1,1	0,1

Fuente: INE (2003).

Con respecto al Programa de Alimentación Escolar, este relevamiento del INE muestra que del total de hogares que recibe apoyo alimentario, 29% recibe prestaciones del comedor escolar y de otras fuentes, y 27% solamente de las escuelas.

Cuadro 26. Porcentaje de hogares que reciben algún tipo de alimentación gratuita (canasta de alimentos o comidas preparadas) por región, según programa de alimentación

Programa de alimentación	Regiones		
	Total	Montevideo	Interior urbano
Total	100	100	100
Sólo de escuela pública	26,9	37,8	22,2
De escuela pública y de otros programas	29,2	25,4	30,8
Solo de otros programas	43,9	36,8	47

Fuente: INE (2003).

IV.1.1 Servicios provistos por el INDA

El INDA fue creado en el marco de la expansión de la red de protección social en Uruguay y dependía del Ministerio de Instrucción Pública y Previsión Social. Se originó en 1932, mediante la ley 8841 y fue posteriormente modificado en 1942, mediante la ley 10270. En esta última se establece que el INDA será «la entidad dirigente de todo lo relativo a proporcionar y regular la alimentación popular en el territorio de la República». En este período, los servicios del INDA estuvieron principalmente provistos a través de los comedores populares que brindaban almuerzos a los obreros a un costo bajo durante la jornada laboral y fueron incorporando otras formas de servicios orientados a la población carenciada (ATPS-INDA, 2003). Más adelante, la ley 14724, aprobada por el Consejo de Estado, en 1977, crea el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y coloca al INDA en la órbita de ese organismo, donde permanece hasta el presente. Allí se le ratifican al INDA las potestades para crear comedores y realizar contrataciones con instituciones privadas para proveer sus servicios. Se crea el servicio de Apoyo a Instituciones Públicas y Privadas (AIPP), con el fin de proporcionar transferencias alimentarias a organizaciones privadas sin fines de lucro focalizadas en niños, jóvenes y ancianos (ATPS-INDA, 2003).

Hacia fines de la década de 1980 se crearon diversos programas con el objetivo de transferir alimentos a sectores vulnerables de la población: en 1987 se implementó el Programa Nacional de Complementación Alimentaria (PNCA), que distribuye canastas a madres con niños a su cargo y adultos mayores, y en 1989 se creó el apoyo complementario específico a enfermos crónicos (PAEC).²⁵ Asimismo, se transfiere alimentos al Plan CAIF iniciado en 1988.

²⁵ Este programa cubre enfermos por tratamiento de tuberculosis, enfermedad celíaca, pacientes oncológicos, renales en diálisis y portadores de HIV-SIDA.

En el año 2000 se crearon planes de emergencia con el objetivo de atender poblaciones afectadas por inundaciones, plumbemia y otros.

Actualmente, el cometido del INDA consiste en mejorar las condiciones nutricionales de la población y proveer asistencia alimentaria a los sectores más vulnerables. Con ese objetivo debe desarrollar políticas alimentarias. Las prestaciones otorgadas se dividen en tres ramas centrales: Red Alimentaria Nacional, Sistema Nacional de Comedores y Canasta Complemento. Dentro de la red alimentaria se incluyen las transferencias a los Centros de Atención a la Infancia y la Familia (CAIF), dirigidas a niños de 0 a 3 años. Cabe destacar que 75% de los beneficiarios del INDA se localiza fuera de Montevideo. En el cuadro 27 se presenta la distribución de beneficiarios por subprograma.

Cuadro 27. Beneficiarios de los programas del INDA. 2005

Programa	Beneficiarios
SNC (Sistema Nacional de Comedores)	22.796
AUPI (Asociación Uruguaya de Protección a la Infancia)	2.235
AIPP (Asistencias a Instituciones Públicas y Privadas)	84.381
PNCA (Plan Nacional de Complementación Alimentaria)	99.036
PAEC (Programa de Apoyo a Enfermos Crónicos)	6.675
CAIF	32.440
Canasta familiar (riesgo nutricional y social)	202.383

Fuente: INDA.

El INDA experimentó importantes cambios dado que ha tenido severas fallas institucionales. Por ejemplo, en 2001 el SAAC se transformó en el Servicio Nacional de Comedores, su cobertura se expandió a seis días por semana y se mejoró el contenido nutricional de los alimentos provistos.

Hasta el presente no existen estudios que analicen el impacto nutricional de las transferencias alimentarias del INDA. De acuerdo con los resultados obtenidos por Casacuberta (2004), la asistencia alimentaria del INDA representa una contribución muy escasa en el alivio de la pobreza y la indigencia cuantificadas a través del método del ingreso, aunque se observan variaciones muy importantes por subprogramas. Algunos, como las canastas y el Sistema Nacional de Comedores, están fuertemente orientados a la población pobre mientras otros, en apariencia, no lo están. Es necesario un estudio de necesidades y riesgos para evaluar estos aspectos con mayor profundidad.

En 2003, la Asesoría Técnica en Políticas Sociales de la OPP realizó una evaluación de eficiencia y precios pagados del INDA y también de las características de su población objetivo (ATPS-INDA, 2003).²⁶ Allí se destacó la

²⁶ Esta evaluación respondió a la necesidad de dotar al INDA de un presupuesto por resultados, ya que el Banco Mundial exigió evaluaciones de los programas protegidos en 2002.

dificultad del INDA para alcanzar a sus poblaciones objetivo, tanto debido a procedimientos manuales para la recolección de datos como a dificultades de control en algunos programas. Ello también ha redundado en duplicaciones de servicios. Este estudio destaca una relación costo-beneficio global alta, siendo algunos de sus programas extremadamente caros, como el caso del PAEC, que atiende a 7% de los beneficiarios y gasta el 36% del presupuesto de la institución.

“La niña de dos años y medio jugaba con su hermana, la mayor. Esta era celíaca. Por eso contaba con una canasta especial del INDA, que trae harinas especiales para la alimentación de los niños con esta enfermedad.

—Lo que pasa es que algunas veces no llega la canasta, y ahí no sé que hacer.” (Encuestador Pablo de Ávila)

IV.1.2 Servicios provistos por el PAE

El Programa de Alimentación Escolar (PAE) fue creado a comienzos del siglo XX. En sus comienzos era un servicio de comedor en las escuelas públicas rurales y escuelas al aire libre. En 1930, las autoridades extendieron el servicio a las escuelas públicas urbanas, pero el servicio consistía en una merienda denominada *copa de leche*. En 1950 se centralizó la dirección del PAE en la División de Salud y Bienestar de ANEP. En 1951 se reglamentaron las funciones del personal de los comedores escolares y en 1983 se establecieron normas relativas al uso por las escuelas de la partida de alimentos, limpieza y combustible (ANEP, 2006).

En 1991, el PAE se transformó en una inspección de alimentación escolar de ANEP, y este cambio institucional le dio mayor autonomía. Al mismo tiempo, se creó un impuesto (Impuesto a Primaria) cuya recaudación se destinaba parcialmente a financiar los gastos del PAE. En 2002, casi 74% de la recaudación de este impuesto tuvo como destino solventar los servicios de alimentación escolar del PAE.

El objetivo que se propone el PAE consiste en proveer asistencia alimentaria a los niños que asisten a centros de educación preescolar y primaria en el sistema público. Se busca mejorar el estado nutricional de los niños a través de la asistencia escolar, la educación del personal y de niños, maestros y padres, y asegurar la cobertura total de niños con déficits nutricionales. El PAE brinda diferentes tipos de ayuda dependiendo de las necesidades de los centros escolares. Estas ayudas pueden tomar cinco modalidades (ANEP, 2006), cuyos aportes calóricos difieren considerablemente (cuadro 28).

Cuadro 28. Tipo de ayuda alimentaria provista por el PAE y aporte calórico diario

Modalidad	Aporte calórico diario
a) Copa de leche. Incluye merienda o desayuno.	350
b) Almuerzo en escuelas rurales o urbanas	600
c) Desayuno o merienda y almuerzo, en escuelas especiales y jardines de infantes	950
d) Desayuno, almuerzo y merienda en escuelas de tiempo completo	1.300
e) Desayuno, almuerzo, merienda y cena, en internados, colonias de vacaciones y centros de pasantía rural	1.900

Fuente: ANEP (2006).

De acuerdo con ANEP (2006), los centros escolares donde funcionan comedores se determinan a partir de indicadores tales como hacinamiento, nivel educativo de la madre, desocupación y los resultados del Censo Nacional de Talla Escolar, de 2002. Además, el PAE atiende a todas las escuelas de contexto crítico y de tiempo completo. Como se mencionó, desde 1991 el PAE es administrado y supervisado por la Unidad de Alimentación que depende directamente del Consejo de Enseñanza Primaria, de ANEP. Esta unidad está encargada de controlar la inscripción de niños en el programa y realizar los ajustes correspondientes, asesorar sobre aspectos nutricionales y sanitarios, relevar necesidades de materiales e infraestructura y coordinar con otras dependencias de ANEP (ANEP, 2006). El equipo encargado de estas tareas para todo el país está integrado actualmente por ocho personas. Cinco se encargan de Montevideo y cada uno de ellos tiene a su cargo treinta y cinco servicios. En el interior, la supervisión está a cargo de los inspectores departamentales y de zona y del inspector director de la Unidad de Alimentación. En función de los cupos de cada escuela y de su conocimiento de la situación socioeconómica de cada niño, los maestros deciden qué niños van al comedor escolar.

Hasta 1998, el PAE tenía dos nutricionistas y algunos inspectores que realizaban la supervisión en el país. Los nutricionistas se encargaban de la planificación de la dieta y los directores de escuela eran los responsables directos de la ejecución del programa, incluyendo la preparación y entrega de la comida. Sin embargo, las visitas de supervisión eran muy escasas y se realizaban muy pocos estudios para evaluar el estado nutricional de los niños. En este sistema, ANEP otorgaba un monto de dinero a cada escuela dependiendo del número de niños registrados como asistentes a los comedores.

Según CEPAL (1997), este sistema tradicional de preparación de alimentos se caracterizaba por una escasa planificación y muy poca evaluación de la situación social y nutricional de los beneficiarios. Los niños con peor estado nutricional recibían las peores dietas, con alto contenido calórico pero escaso aporte nutricional (CEPAL, 1997). A raíz de esta evaluación, en 1998 se implantó parcialmente un nuevo sistema con tres objetivos: mejorar la calidad de la alimentación brindada a los niños, focalizar mejor a la población objetivo del programa y mejorar los hábitos nutricionales de los niños a través de la educación. En este nuevo sistema se tercerizó la preparación de comidas en algunos centros escolares, lo cual implicó el diseño de un nuevo proceso de control de calidad y monitoreo del sistema. También se incorporó nuevo equipamiento como termómetros, cajas y congeladores, que no existían hasta el momento. Se creó una nueva división dependiente directamente del Consejo de ANEP.

En el presente, el PAE contribuye a la complementación alimentaria de 53% de los niños que asisten a escuelas públicas y 92% de las escuelas tiene algún servicio de comedor escolar. El número de beneficiarios del programa aumentó significativamente durante la crisis (cuadro 29).

Cuadro 29. Evolución de la cobertura del PAE

Año	Niños asistiendo a escuelas públicas	Niños atendidos por el PAE	% cobertura
1995	343.826	171.616	49,9
1996	356.030	179.792	50,5
1997	369.500	176.790	47,8
1998	376.870	172.880	45,9
1999	383.799	170.261	44,4
2000	394.400	173.758	44,1
2001	400.289	204.453	51,1
2002	403.738	212.297	52,6
2003	405.653	213.668	52,7
2004	404.515	225.000	55,6

Fuente: PAE.

Un estudio de impacto del programa encuentra efectos nulos en los indicadores de déficit nutricional y un impacto moderado en los indicadores de sobrepeso y obesidad (Amarante, Severi y Vigorito, 2003). Sin embargo, las evaluaciones del funcionamiento actual del sistema son escasas y deben ser mejoradas, para lo cual resulta fundamental la disponibilidad de datos longitudinales.

IV.2. Acceso a las transferencias

IV.2.1 Acceso al conjunto de transferencias alimentarias

A efectos de analizar a qué sectores de la población de primer año escolar que asisten a escuelas públicas llegan las transferencias alimentarias, se procesó la información sobre acceso a programas de asistencia alimentaria por deciles de ingreso per cápita y nivel educativo de la madre del niño. Se observa que, si bien la asistencia alimentaria está concentrada en los sectores de menores recursos, no alcanza a todos los niños ubicados en hogares con carencias de ingreso (cuadro 30). Los resultados están en línea con lo encontrado por INE (2003) para la totalidad de los hogares con niños. También se constata que las transferencias vía comedores tienen un mayor alcance que las canastas y viandas.

Cuadro 30. Asistencia alimentaria según tipo de asistencia y nivel socioeconómico del hogar. Total país urbano. 2004

Decil de ingreso	% asistencia alimentaria	Canastas del INDA y otras instituciones	Comedores del INDA, PAE y otros
1	59,6	31,6	42,4
2	66,9	37,6	51,0
3	61,7	30,1	41,9
4	56,4	30,5	40,8
5	51,2	28,9	31,4
6	36,2	18,5	23,7
7	29,9	14,0	19,6
8	18,1	5,6	13,5
9	14,1	3,2	11,1
10	8,9	1,0	8,0
Total	40,7	20,4	28,6
Educación de la madre			
Hasta primaria	55,7	29,3	39,9
Primer ciclo secundaria	40,0	18,5	27,4
Segundo ciclo secundaria	30,3	14,0	21,3
Terciaria	16,5	5,9	10,2
Total	40,6	20,0	28,4

Fuente: Elaborado con datos de la ESNN 2004.

Se observa un mayor acceso a programas alimentarios de la población perteneciente al segundo decil con respecto al primer decil, hecho que debería explorarse en más detalle, dado que puede deberse tanto a que algunos hogares tienen el derecho y no lo ejercen por problemas de agencia, como a problemas de focalización y acceso a los programas de transferencias de alimentos. Esta problemática se analizará con mayor detalle en el caso del PAE.

En relación con el estado nutricional de los niños, se observa que aquellos que integran hogares que reciben transferencias alimentarias presentan un peor estado nutricional en términos de la talla estandarizada (gráfico 7). Esto implicaría que los programas están llegando a la población más vulnerable. Sin embargo, casi la mitad de los hogares con niños con problemas nutricionales no recibe asistencia alimentaria (cuadro 31).

“Fue esa la primera vez, en la que me encontré a una persona que no tenía nada. Repito: nada. Perdón, tenía cuatro paredes y un techo de lata donde vivía con sus siete hijos. No había baño, agua, luz, electrodomésticos, ingresos (queda raro lo de ingresos, junto a baño, luz, etc.).

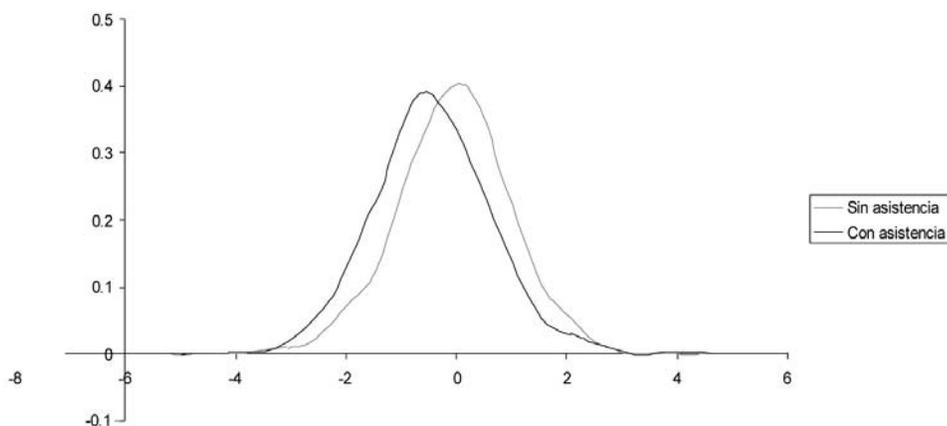
En ese momento me sentía profundamente vacío, indignado por una situación que parece ser parte de una realidad incuestionable e imposible de cambiar. Entonces le pregunto:

—¿Por qué no hablás con la maestra, por lo menos para ver cómo tramitar la canasta del INDA?.

Ella me mira con un gesto de no entender qué es aquello de la canasta y me responde:

—¿Canasta de qué?” (Encuestador Marcelo Bérgholo)

Gráfico 7. Funciones de densidad de la talla para la edad estandarizada según asistencia alimentaria al hogar. Total del país. 2004



Cuadro 31. Categorías de talla para la edad de los niños según si sus hogares reciben asistencia alimentaria de algún tipo

	% hogares que recibe asistencia alimentaria	Distribución de la asistencia alimentaria (% columna)
Estatura normal	36,5	71,4
Retraso moderado	52,3	21,7
Retraso grave	53,6	6,9
Total	40,0	100

Fuente: Elaborado con datos de la ESNN 2004.

IV.2.2 Focalización del Programa de Alimentación Escolar

El análisis de la focalización del PAE muestra resultados similares a los correspondientes al total de las transferencias alimentarias. Los procesamientos se realizaron considerando deciles de ingreso per cápita, quintiles de ingreso permanente y nivel educativo de la madre. Sus servicios se centran en mayor medida en los hogares de menor nivel socioeconómico. La mayor proporción de niños de los estratos bajos cubiertos que se detecta cuando se analizan los quintiles de ingreso permanente con relación al ingreso corriente puede deberse a que la focalización del PAE se realiza sobre la base de indicadores censales más vinculados a las necesidades básicas insatisfechas y, por lo tanto, más estructurales, que el tipo de privación que reflejarían los deciles de ingreso corriente de los hogares. Al mismo tiempo, se destaca que la asistencia alimentaria del PAE no está llegando a todos los niños de menor nivel socioeconómico (cuadro 32).

Cuadro 32. Proporción de niños que concurren a los comedores escolares, por categoría de prestación, según nivel socioeconómico del hogar. Total país urbano. 2004

Nivel socioeconómico del hogar	Almuerzo*	Copa de leche	Almuerzo y copa de leche*	Tiempo completo
Decil de ingreso per cápita				
1	63,4	60,4	45,6	13,4
2	62,9	61,4	46,8	15,7
3	58,0	58,0	44,1	14,4
4	55,3	52,3	38,2	14,1
5	43,6	45,2	30,1	13,3
6	32,2	39,5	23,1	12,1
7	34,1	34,8	21,7	10,2
8	25,0	25,9	12,3	8,3
9	18,6	25,8	11,8	6,4
10	15,8	18,2	9,8	5,1
Total	41,6	42,8	0,0	11,4
Quintil de ingreso permanente				
1	67,8	68,8	58,4	16,0
2	54,1	55,0	43,7	14,5
3	38,0	40,3	28,6	11,8
4	29,1	29,8	21,1	9,0
5	15,5	15,4	8,8	3,5
Total	41,5	42,6	32,7	11,1
Educación de la madre				
Hasta primaria	57,2	56,7	47,6	13,7
Primer ciclo secundaria	38,5	41,0	28,8	10,1
Segundo ciclo secundaria	30,2	31,8	23,0	10,5
Terciaria	18,3	18,3	10,9	6,3
Total	41,4	42,6	32,7	11,0

* Incluye comedores en escuelas de tiempo completo.

Fuente: elaborado con datos de la ESNN 2004.

Al analizar la focalización del PAE considerando la situación nutricional se observa que quienes presentan déficit de talla están cubiertos en mayor medida que el resto, por los servicios del PAE. No debe olvidarse que la focalización se realiza sobre la base de indicadores de talla provistos por el III Censo

de Talla Escolar, de 2002 (ANEP, 2003). Sin embargo, en forma consistente con el análisis por deciles presentado antes, se detecta que la cobertura entre los niños con déficit de talla no es total. Por otro lado, los índices de peso para la talla e IMC no presentan resultados tan nítidos en este sentido, lo cual puede obedecer al bajo número de niños comprendidos en esta situación. Por otro lado, entre los niños que asisten al PAE la incidencia del sobrepeso, si bien es alta, resulta menor que la de los niños que no concurren, lo que refuerza nuevamente los resultados obtenidos por decil de ingreso (cuadro 33).

Cuadro 33. Asistencia a los servicios de comedor escolar según situación nutricional de los niños

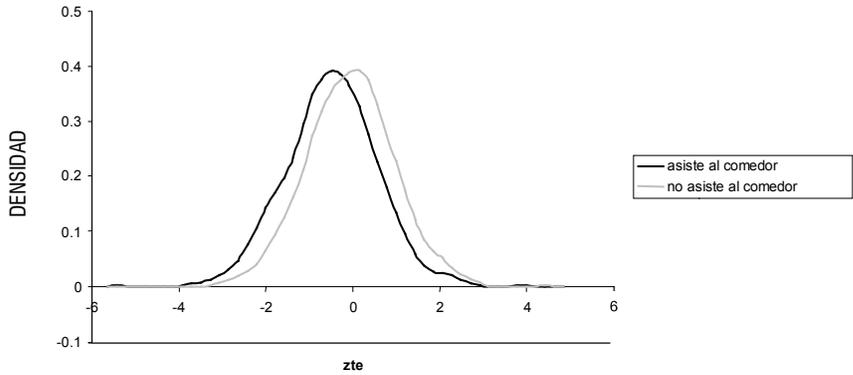
	Almuerzo *	Copa de leche	Almuerzo y copa de leche *	Tiempo completo
Talla para la edad				
Estatura normal	38.2	40.1	29.7	15.9
Retraso moderado	51.1	51.0	40.3	18.8
Retraso grave	68.3	63.2	57.2	15.5
Total	41.9	43.2	32.9	16.4
Peso para la talla				
Retraso moderado	29.4	26.0	18.1	7.0
Retraso grave	36.3	38.4	28.8	12.6
Normal	46.1	47.2	37.2	11.9
Sobrepeso moderado	33.0	40.0	23.5	7.7
Obesidad	28.5	17.5	17.8	14.7
Índice de masa corporal				
Retraso	34.5	39.6	26.2	9.7
Normal	45.5	46.5	37.0	11.8
Sobrepeso	31.9	31.2	22.2	9.1

* Incluye comedores en escuelas de tiempo completo.

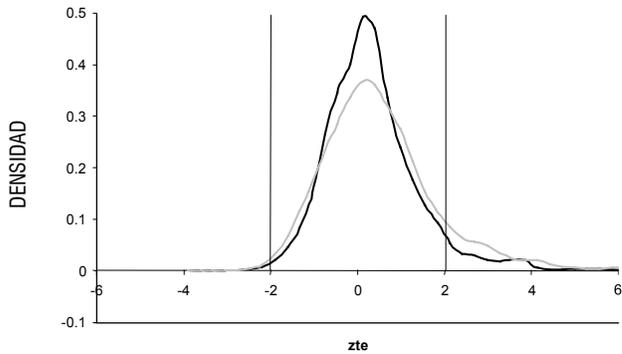
Fuente: elaborado con datos de la ESN 2004.

Los gráficos 8 a 10 ilustran sobre los aspectos detallados antes: el retraso de talla de los niños que concurren al PAE es mayor que el de los restantes niños, y los niños que no concurren al PAE tienen una curva de peso corrida a la derecha, en comparación con la de quienes sí lo hacen. Esta heterogeneidad puede haber inducido a que estudios previos hayan encontrado efectos positivos del PAE sobre el sobrepeso y la obesidad de los niños (Amarante, Severi y Vigorito, 2003).

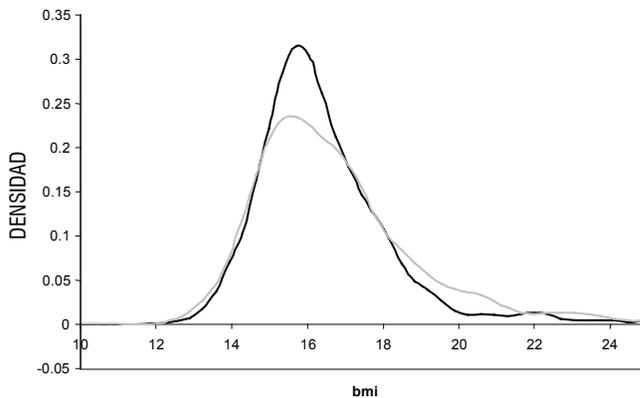
**Gráfico 8. Funciones de densidad de la talla para la edad de los niños.
Asistencia al comedor**



**Gráfico 9. Funciones de densidad de peso para la talla de los niños.
Asistencia al comedor**



**Gráfico 10. Funciones de densidad de IMC para la edad de los niños.
Asistencia al comedor.**



El hecho de que la cobertura en los niveles socioeconómicos más bajos o entre los niños con retraso de talla no sea total, puede deberse a diversas razones. Por un lado, podría ser que algunos centros educativos con alumnado de bajo nivel socioeconómico no contaran con servicios del PAE. Una hipótesis alternativa es que algunos niños de menores recursos no están concurriendo al comedor escolar, aun cuando su escuela tiene el servicio. Esto último puede obedecer a la presencia de cupos por escuela o a los criterios de selección utilizados por los maestros. La información recabada indica que casi 90% de los niños con retraso grave de talla está concurriendo a escuelas que proveen aportes calóricos diarios relevantes, por lo que la primera explicación tentativa queda descartada (cuadro 34).

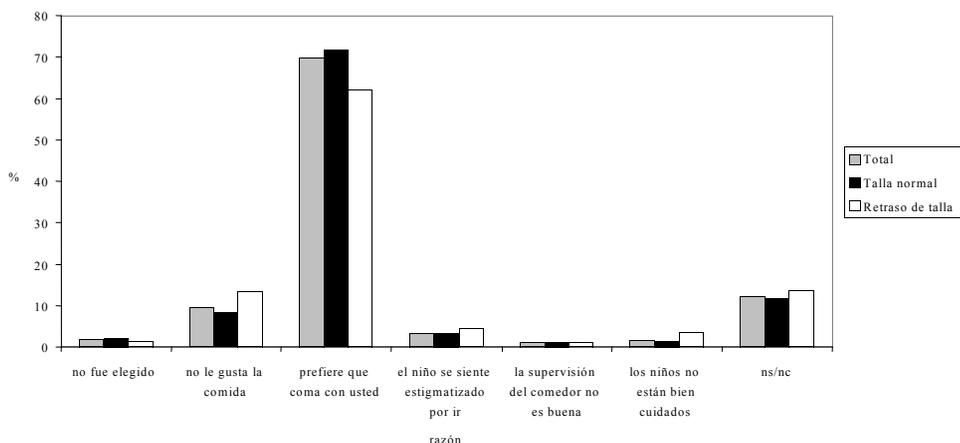
Cuadro 34. Categoría de alimentación brindada por el PAE en la escuela por categoría del índice de talla para la edad

Categoría	Sin servicio de comedor	Almuerzo	Copa de leche	Tiempo completo	Desayuno, merienda, almuerzo	Total
Normal	16,9	61,0	8,5	10,7	2,9	100
Retraso moderado	9,8	66,8	7,6	13,1	2,7	100
Retraso grave	5,7	71,6	6,1	9,8	6,7	100
Total	15,1	62,5	8,3	11,1	3,0	100

Fuente: elaborado con datos de la ESN 2004.

Cabe preguntarse entonces por qué estos niños no asisten al comedor escolar. Al consultarse a los encargados del niño sobre las razones por las que este no concurre al comedor escolar en las escuelas en que este servicio existe, la respuesta mayoritaria fue que se prefería que el niño comiera en su casa (gráfico 11). Entre los niños con retraso de talla hay una mayor proporción de hogares que declaran que la comida servida en el comedor no es del agrado del niño.

Gráfico 11. Razones por las que los niños no van al comedor escolar en escuelas que lo tienen, según categoría de talla para la edad.



IV.2.3. Otros indicadores del Programa de Alimentación Escolar

La encuesta recabó información retrospectiva sobre la asistencia al programa de verano para el año 2004. Se encontró que aproximadamente uno de cada cuatro niños que asistía al comedor en 2004, concurrió al comedor en el período de vacaciones y que la asistencia al comedor fue ligeramente superior entre los niños con retraso de talla (cuadro 35). Sin embargo, la proporción de niños con déficits nutricionales que acudió al servicio en el período de vacaciones fue baja.

Cuadro 35. Asistencia al comedor escolar en verano 2004 según talla para la edad

Asistencia al comedor escolar	Normal	Retraso moderado	Retraso grave	Total
Niños que asistieron en el verano 2004 al comedor escolar como proporción de los niños que iban al comedor en 2004	24,7	32,4	30,8	26,7
Niños que asistieron en el verano 2004 al comedor escolar como proporción del total de niños del mismo estado nutricional	8,8	15,3	17,0	10,3

Fuente: Elaborado con datos de la ESNN 2004.

Se debería profundizar en el estudio de las razones del bajo nivel de concurrencia durante el verano de los niños con problemas nutricionales. Podría obedecer a problemas de oferta en el sistema de prestaciones o a falta de incentivos de los hogares. Esto último podría vincularse con la estigmatización, aspecto que ha sido señalado por algunos informantes calificados como potencialmente importante, especialmente en los niños más grandes.

La encuesta también incluyó un grupo de preguntas sobre las razones declaradas por el hogar para enviar al niño al comedor escolar, en el caso en que el niño efectivamente concurriera; si estarían dispuestos a enviar al niño al comedor, si la escuela a la que asiste dispusiera de uno; así como opiniones sobre los servicios del comedor escolar para el conjunto de los hogares encuestados y no solo para los que utilizan el servicio.²⁷

Con respecto a las razones esgrimidas por los responsables de los niños para que estos concurren al comedor, predominaron las de índole económica, especialmente en la declaración de aquellos que residen en hogares de menores niveles de ingreso. En los estratos medios y altos comienzan a predominar otras razones como la comodidad, probablemente asociada a escuelas de horario más extenso y el trabajo de la madre (cuadro 36).²⁸ Este último aspecto es consistente con diversos estudios que ponen de manifiesto que la oferta laboral femenina es creciente con el nivel educativo y socioeconómico de las mujeres, y de sus hogares.

27 Para estas preguntas se consideró la concurrencia al servicio de comedor o escuela de tiempo completo, y se agrupó *copa de leche* con las escuelas que carecen de comedor debido al bajo aporte nutricional de esta transferencia.

28 Consideraciones similares surgen de analizar las respuestas a esta pregunta por situación nutricional del niño.

Cuadro 36. Razones por las que los niños concurren al comedor escolar

Nivel socio-económico	Resulta una ventaja econ. para la flia	Resulta cómodo para la flia y el niño	El niño come mejor en la escuela que en su casa	La madre trabaja y necesita que el niño sea atendido en la esc.	Otro motivo	Ns/ Nc	Total
Decil de ingreso corriente (per cápita)							
1	79,5	6,6	3,2	2,5	7,6	0,5	100
2	78,8	7,0	4,7	1,1	8,0	0,4	100
3	71,2	14,5	0,9	3,4	10,0	0,0	100
4	62,8	17,8	3,1	3,7	12,1	0,5	100
5	56,7	20,7	2,5	6,6	13,5	0,0	100
6	42,3	26,7	4,4	4,8	21,7	0,0	100
7	46,2	21,7	4,3	5,3	22,4	0,0	100
8	25,6	24,9	5,5	18,0	21,5	4,4	100
9	36,2	13,3	0,0	23,7	26,9	0,0	100
10	7,1	32,7	2,9	19,5	35,4	2,3	100
Total	62,4	15,3	3,2	5,2	13,4	0,5	100
Quintil de ingreso permanente							
1	77,5	8,4	2,7	1,6	8,9	1,0	100
2	63,5	15,8	4,4	3,1	13,3	0,0	100
3	57,0	16,0	2,9	10,5	13,1	0,4	100
4	42,6	26,6	3,4	10,8	16,6	0,0	100
5	19,2	33,9	2,6	8,4	34,7	1,2	100
Nivel educativo de la madre							
Hasta primaria	68,6	12,7	3,6	2,5	11,8	0,8	100
Primer ciclo secundaria	59,7	19,3	2,6	5,1	13,4	0,0	100
Segundo ciclo secundaria	53,4	19,6	2,5	10,4	13,8	0,3	100
Terciario	28,8	15,9	0,0	18,3	36,9	0,0	100

(*) Incluye comedores en escuelas de tiempo completo.

Fuente: elaborado con datos de la ESNN 2004.

V. Comentarios finales

Los resultados de la encuesta realizada muestran que 17,9% de los niños incluidos en el estudio experimenta retraso moderado de talla y 4,6% retraso grave, mientras que lo que cabría esperar, de acuerdo con los estándares internacionales, es 2,3%. La comparación de estos resultados con los reportados en el Censo de Talla 2002 indica que no se han producido cambios estadísticamente significativos en esta variable en el período, es decir que la crisis económica de 2002 no parece haber tenido impactos en los indicadores nutricionales de esta cohorte de niños, que tenía cuatro años de edad en el pico de la crisis.

Los indicadores de peso para la talla e IMC muestran un importante corrimiento de la distribución hacia la derecha con respecto a lo que cabría esperar, de acuerdo con los estándares de NCHS. Los altos porcentajes de sobrepeso y obesidad hallados en los niños que asisten a primer grado escolar señalan la necesidad de intervenciones dirigidas a la promoción de estilos de vida saludables, que incluyen alimentación sana y ejercicio físico. Diversos estudios internacionales han demostrado que las acciones educativas en la etapa escolar, como política institucional, tienen resultados en la disminución de los problemas asociados al exceso de peso en la etapa adulta, como son la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares. Es importante que estas acciones sean institucionales y que incorporen a los niños, los padres y las comunidades.

La información recogida muestra claramente que existe una fuerte asociación entre los indicadores antropométricos de los niños y los recursos de sus hogares. Los déficits de talla, así como los déficits en el IMC y en el peso para la talla se asocian a niveles de ingreso per cápita deprimidos. Por otro lado, la obesidad y el sobrepeso en los niños se asocian a hogares con mayores niveles de ingreso, lo cual indicaría que este tipo de patologías se encuentra vinculada principalmente a hábitos nutricionales y vitales, como la falta de ejercicio e ingestas altamente calóricas, pero no se detecta una vinculación con restricciones en el acceso a niveles de alimentación adecuados. El análisis de los otros indicadores relacionados con la situación socioeconómica

del hogar (cantidad de niños en el hogar, clima educativo, acceso a servicios, cobertura de salud) refuerza estas conclusiones. Estas asociaciones indican la necesidad de las intervenciones dirigidas a mejorar el acceso a los alimentos en el caso de los hogares de menores ingresos.

Tanto el peso de los niños al nacer, como el peso de sus madres, presentan una fuerte asociación con el estado nutricional de los niños de primer año escolar. Los niños con retraso de talla, de peso para la talla y de IMC presentaron un menor peso al nacer, mientras que los niños con sobrepeso y obesidad presentaron un mayor peso al nacer. Por otro lado, los niños con déficit antropométrico presentan una mayor propensión a tener madres con menor peso e índice de masa corporal, y el sobrepeso y la obesidad de los niños se asocia con una tendencia similar de las madres. Estos resultados señalan la necesidad de realizar intervenciones complementarias para lograr efectivamente un adecuado estado nutricional de los niños: la promoción del control del embarazo, la vigilancia del incremento del peso de la mujer en la gestación, la mejora del acceso a la información y las prácticas de crianza son algunos ejemplos de estas intervenciones.

El retraso de talla en los niños de primer grado escolar es un problema que ya está instalado y tiene mínimas posibilidades de reversión a esa edad, dado que es el resultado de una historia de privación durante las etapas primeras en la vida del niño. Cuando un niño pasa las primeras etapas de su vida en condiciones adversas, su organismo, en reacción, disminuye la tasa de crecimiento lineal, respuesta biológica que puede manifestarse como talla o estatura reducida. La estatura baja es entonces una expresión biológica de las condiciones desfavorables que han afectado el crecimiento y desarrollo normales. Las condiciones para el crecimiento intrauterino, las oportunidades al nacer, la evolución del crecimiento y desarrollo del recién nacido y de las primeras etapas son decisivas para que el niño alcance el pleno desarrollo de su potencial genético. El embarazo y los primeros años de vida son las etapas donde prioritariamente deben diseñarse intervenciones con relación a la promoción del crecimiento y el desarrollo.

Las transferencias alimentarias existentes en Uruguay están concentradas en los sectores de menores recursos; sin embargo, no alcanzan a todos los niños ubicados en hogares con carencias de ingreso. El análisis de la focalización específica del PAE muestra resultados similares: sus servicios se centran en mayor medida en los hogares de menor nivel socioeconómico, pero la cobertura entre los niños con déficit de talla no es total. Sin embargo, la información recabada indica que casi 90% de los niños con retraso de talla está concurriendo a escuelas que proveen aportes calóricos diarios relevantes.

Además de la mejora de las intervenciones existentes, existe espacio para el diseño de intervenciones innovadoras. A modo de ejemplo, la evidencia científica señala que el déficit de talla se asocia con un déficit en nutrientes como el hierro y el zinc. Existen estrategias implementadas por otros países que han dado excelentes resultados en la promoción del crecimiento de los niños, como es la fortificación de alimentos con hierro y con zinc. En el Uruguay, la ley de fortificación de la harina con hierro y ácido fólico ha sido aprobada. Debería estudiarse también la posibilidad de selección de otro alimento consumido por los niños para implementar la fortificación en hierro y en zinc, tal como, por ejemplo, la leche en polvo.

Referencias bibliográficas

- ADMINISTRATIVE COMMITTEE ON COORDINATION SUB-COMMITTEE ON NUTRITION ACC/SCN. (2000). *Fourth Report on the World Nutritional Situation*. Naciones Unidas, Ginebra.
- AMARANTE, V., R. ARIM y A. VIGORITO (2004). *Pobreza, red de protección social y situación de la infancia en Uruguay*. División de Programas Sociales, Región 1, Banco Interamericano de Desarrollo, pp. 11-28.
- AMARANTE, V., C. SEVERI y A. VIGORITO (2003). *The impact of PAE on the nutritional status Uruguayan children attending primary school*. Poverty Reduction Unit, Banco Mundial. Mimeo
- ANEP (2003). *Tercer censo nacional de talla*. <www.mecaep.edu.uy/docs/TCNTNPGE.pdf>.
- ANEP (2006). <www.anep.gub.uy>.
- ATPS-INDA (2003). *Informe de evaluación del INDA*. ATPS-INDA. Mimeo.
- AULD, M. y L. POWELL (2005). *The Economics of Obesity: Research and Policy Implications from a Canada-US comparison*. John Deutsche Institute, Queen's University.
- BANCO MUNDIAL (2006). *Repositioning Nutrition as a Central to Development. A Guide to Large Scale Action*. Banco Mundial, Washington.
- BEHRMAN, J., y B. WOLFE (1987). «Investments in Schooling in Two Generations in Pre-Revolutionary Nicaragua: The Roles of Family Background and School Supply», en *Journal of Development Economics*, 27:1-2 (octubre), pp. 395-420.
- BEHRMAN, J. (1990). The actions of human resources and poverty on one another. What we have yet to learn. *LSMS Working Paper 74*, World Bank.
- BÉRGOLO, M., M. LEITES y G. SALAS (2006). Privaciones nutricionales: su vínculo con la pobreza y el ingreso monetario. Trabajo monográfico. Facultad de Ciencias Económicas, UDELAR.
- CASACUBERTA, C. (2004). «An Analysis of Selected In-kind Social Assistance Programs in Uruguay». Documento de base del informe *Uruguay. Public Expenditure Review*. World Bank.
- CEPAL-OEA-ANEP-FAS/OPP/BID (1997). *Programa de Alimentación Escolar en Uruguay: su impacto nutricional y educacional*. CEPAL, Montevideo.

- GLEWWE, P. (1999). «Why does Mother's Schooling Raises Child Health in Developing Countries? Evidence from Morocco», *The Journal of Economic Resources*, vol. 34(1), pp. 124-159.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2002). *Evolución de la pobreza por el método del ingreso. Uruguay 1986-2001*. <www.ine.gub.uy>.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2003). *Encuesta de usuarios de programas de alimentación y comedores escolares*. Convenio ATPS/OPP-INE. <www.ine.gub.uy>.
- JEWELL T., P. TRIUNFO y R. AGUIRRE (2004a). *Impacto de los cuidados prenatales en el peso a nacer: el caso de Uruguay*. Documento n° 07/04. Departamento de Economía, Facultad de Ciencias Sociales, UDELAR, Montevideo.
- JEWELL T., P. TRIUNFO y R. AGUIRRE (2004b). *Los factores de riesgo y el peso al nacer en Uruguay*. Documento de trabajo 13/04. Departamento de Economía, Facultad de Ciencias Sociales, UDELAR.
- PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (2005). *Informe nacional de desarrollo humano*. PNUD, Montevideo.
- RUGGERI-LADERCHI, C. (1999). *The many dimensions of deprivation in Peru: theoretical debates and empirical evidence*, Working Paper n° 29. Queen Elizabeth House, University of Oxford.
- THOMAS, D., J. STRAUSS y M. HENRIQUES (1991). How does mother's education affect child height? *The Journal of Economic Resources*, vol. 26 (2), pp. 183-211.
- YAQUB, S. (2002). *Child Nutrition, Child Health and School Enrolment. A Longitudinal Analysis*. Working Paper 189. Banco Mundial.

Anexo estadístico

Cuadro AE.1. Distribución de varones y niñas en la muestra por área geográfica

	Varones	Niñas	Total
Gran Montevideo	51,36	48,64	100
Interior urbano	53,21	46,79	100
Total	52,25	47,75	100

Fuente: Elaborado con datos de ESNN 2004.

Cuadro AE.2 Talla para la edad e IMC según presencia de hacinamiento en el hogar

	Hacinamiento	No hacinamiento
Talla para la edad	100	100
Normal	71,67	82,85
Retraso moderado	21,72	13,50
Retraso grave	6,61	3,65
IMC	100	100
Retraso de peso	10,02	9,29
Normal	74,34	65,77
Sobrepeso y obesidad	15,64	24,95
Participación en la población	33,59	66,41

Fuente: Elaborado con datos de ESNN 2004.

**Cuadro AE.3. Estructura del hogar y situación nutricional.
Peso para la talla**

	Obesidad	Sobrepeso	Normal	Retraso moderado	Retraso grave	Total
Incidencia de los problemas nutricionales						
Nucleares	9,41	16,28	67,09	6,63	0,6	100
Monoparentales	7,72	14,13	68,84	8,91	0,41	100
Extendidos	9,81	16,92	65,35	7,92	0	100
Compuestos	16,81	12,52	64,23	6,44	0	100
Sin clasificar	17,62	6,64	64,62	10,03	1,09	100
Distribución según tipo de hogar						
Nucleares	60,41	62,73	61,7	56,08	84,2	61,43
Monoparentales	9,4	10,34	12,02	14,31	11,02	11,66
Extendidos	24,14	25	23,04	25,69	0	23,55
Compuestos	2,53	1,13	1,38	1,28	0	1,44
Sin clasificar	3,53	0,8	1,86	2,65	4,78	1,92

Fuente: Elaborado con datos de ESNN 2004.

Cuadro AE.4. Estructura del hogar y situación nutricional. IMC

Total país urbano	Déficit	Normal	Exceso	Total
Incidencia de los problemas nutricionales				
Nucleares	8,42	68,63	22,96	100
Monoparentales	10,3	71,29	18,41	100
Extendidos	10,87	66,24	22,88	100
Compuestos	6,44	72,89	20,67	100
Sin clasificar	14,03	66	19,97	100
Distribución según tipo de hogar				
Nucleares	56,02	62,04	63,58	61,82
Monoparentales	12,8	12,03	9,51	11,54
Extendidos	27,24	22,54	23,85	23,27
Compuestos	0,98	1,5	1,31	1,41
Sin clasificar	2,96	1,89	1,75	1,96

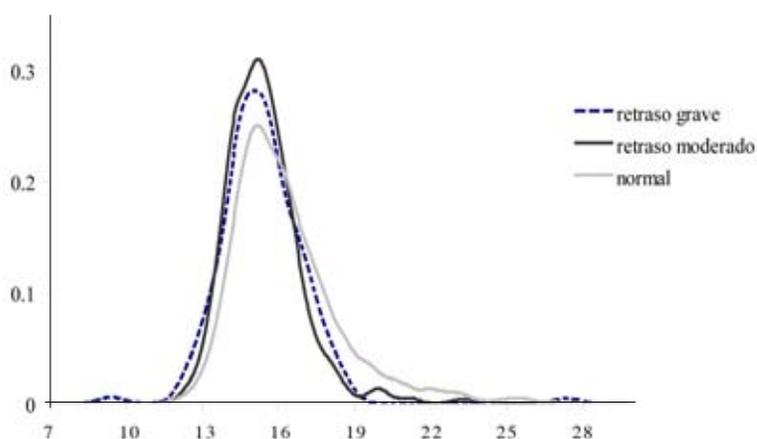
Fuente: Elaborado con datos de ESNN 2004.

Cuadro AE.5. Tamaño promedio del hogar según situación nutricional (talla para la edad)

	Gran Montevideo	Resto del país urbano	Total
Índice de masa corporal			
Obesidad	5,2	5,5	5,3
Sobrepeso	5,2	5,4	5,3
Normal	4,7	4,7	4,7
Total	5,0	5,3	5,1
Peso para la talla			
Obesidad	4,4	4,7	4,5
Sobrepeso	4,9	5,0	4,9
Normal	5,2	5,5	5,3
Retraso moderado	5,1	5,4	5,3
Retraso grave	4,4	4,5	4,5
Total	5,1	5,3	5,2

Fuente: Elaborado con datos de ESNN 2004

Gráfico AE.1. Distribución del índice de masa corporal según categorías del índice de talla para la edad. Encuesta 2004



Fuente: Elaborado con datos de ESNN 2004.

Anexo metodológico 1

Diseño muestral y trabajo de campo

1. Diseño muestral

El diseño muestral se basó en un conjunto de sesenta escuelas en Montevideo y el área metropolitana, y de cincuenta escuelas en cinco ciudades del interior. Además, se relevó información antropométrica en la totalidad de las escuelas de tiempo completo del área metropolitana. En cada escuela se tomaron los datos de todos los niños si había hasta dos grupos de primer año o se sortearon dos grupos para relevar la información, cuando existían más de dos.

El marco muestral correspondió al tercer censo de talla escolar realizado por ANEP en 2002. A partir de las variables disponibles en ese relevamiento se construyeron estratos para la selección de la muestra. Estos estratos consideraron: escolaridad materna, turno, contexto de la escuela según la definición de ANEP, presencia de comedor escolar y tipo de servicio brindado.

El cuadro AM.1 muestra las escuelas de Montevideo y área metropolitana finalmente incluidas en la muestra. Además del número de escuela se incluye el turno en el que funciona.

**Cuadro AM.1. Escuelas incluidas en la muestra, por turno.
Montevideo y área metropolitana**

	Escuela nº		
	Matutino	Vespertino	Tiempo completo
Montevideo	4, 8, 9, 15, 33, 47, 51, 91, 116, 122, 124, 126, 136, 160, 177, 178, 193, 269, 271, 273, 308	3, 17, 27, 54, 61, 66, 75, 94, 98, 116, 117, 132, 140, 152, 170, 179, 260, 266, 302, 350, 356	41, 70, 139, 153, 163, 199, 326, 359
Canelones	167, 179, 183, 254, 267, 271	157, 185, 196, 226	274

A su vez, en el interior del país se realizó un análisis de *clusters* con la Encuesta Continua de Hogares sobre la base de la presencia de niños que

cursaban primer año, nivel educativo de los jefes de hogar de estos hogares y nivel de ingreso per cápita. Se definieron seis *clusters* y dentro de cada uno se sorteó una capital departamental. De esta forma, la muestra se conformó con escuelas de Artigas, Colonia, Florida, Rivera y Paysandú. El cuadro AM.2 muestra el total de escuelas incluidas en la muestra para estas ciudades.

**Cuadro AM.2. Escuelas incluidas en la muestra.
Montevideo y área metropolitana**

	Escuela n°		
	Matutino	Vespertino	Tiempo completo
Artigas	68, 83	8, 37, 43, 54, 70	56
Colonia	49	37, 49, 82, 90, 130	98
Florida	2, 76	1, 4, 37	3
Soriano	4, 41	4, 39, 98, 99	65
Paysandú	1, 2, 4, 57, 87, 93, 111	3, 13, 94	15, 63
Rivera	110, 113, 147,	1, 5, 7, 96, 112, 120, 129	64, 88

La cobertura de ambas muestras permite contar con información representativa de los niños que concurrían a primer año de escuela en el sistema educativo público en 2004, para el Uruguay urbano de cinco mil y más habitantes.

2. Trabajo de campo

El trabajo de campo se organizó en dos etapas. En la primera de ellas, un equipo de nutricionistas tomó medidas antropométricas a los niños que concurrían a primer año escolar de las escuelas de la muestra. A su vez, estas medidas se recogieron en la totalidad de las escuelas de tiempo completo de Montevideo.

Adicionalmente, se recogió información socioeconómica de los hogares de los niños proveniente de los registros administrativos de las escuelas, con el objetivo de contar con información auxiliar en caso de que existieran dudas sobre la información recabada a través de las encuestas.

En la segunda etapa se realizó la encuesta socioeconómica en los hogares de pertenencia de estos niños. Si bien se contó con el aval y el apoyo de ANEP para esta investigación, la institución denegó explícitamente la solicitud de datos concretos para localizar a los padres de los niños de la muestra

(direcciones y teléfonos). Esta limitación obligó a implementar un procedimiento alternativo, que implicaba la entrega de una carta a los padres o encargados del niño, a través de la cual se informaba el objetivo y la importancia de la investigación, y se los exhortaba a colaborar con el estudio brindando datos del hogar. A tal efecto, se les solicitaba los datos necesarios para concertar una cita con el encuestador, la que podía tener lugar en el hogar del entrevistado o en el local escolar. Las cartas eran distribuidas por las maestras de los niños de la muestra, quienes eran a su vez las encargadas de recogerlas y hacerlas llegar al encuestador.

En esta primera fase se repartieron tres mil cartas, de las que se recogieron aproximadamente mil seiscientos. Es decir, 53% de los padres respondieron a la convocatoria de manera voluntaria; hubo 8% de situaciones problemáticas (direcciones inexistentes, omisión de datos identificatorios imprescindibles, etc.) y 3% rechazó la encuesta de manera manifiesta.

Se realizaron así 1.420 encuestas a través de esta metodología ("carta con respuesta voluntaria"), lo que implicaba 57% de los 2.500 casos previstos. Una vez culminada esta fase se realizó una evaluación sobre la base de la cantidad de encuestas realizadas en cada estrato de la muestra y se rediseñó la estrategia metodológica. Se identificaron grupos de escuelas en las que se debía acceder a un mayor número de encuestas. Las dificultades encontradas en el campo no eran aleatorias sino que se concentraban en escuelas de zonas geográficas con necesidades básicas insatisfechas, caracterizadas además por una educación materna muy baja. Se decidió entonces reforzar la relación con las autoridades escolares para intentar acceder a un mayor número de padres mediante la ayuda del personal docente. Ello fue posible; el personal docente ofreció su colaboración y brindó mayor información para localizar a las familias de los niños que no habían respondido a la convocatoria inicial. Mediante este procedimiento se amplió la muestra en aproximadamente 350 casos más y se completaron unas 1.770 encuestas en Montevideo, 71% de la muestra total. Esta tarea insumió un gran esfuerzo, que implicó acceder a la población que no había adherido voluntariamente a la convocatoria y que, por ende, mostraba ciertas resistencias a participar en el estudio.

**Cuadro AM.3. Datos del trabajo de campo en
Montevideo y el área metropolitana**

Número de encuestadores	34	
Duración (en meses)	4 meses (1/06/2004 - 1/10/2004)	
Total de niños pesados y medidos	3.000	100%
Cartas recibidas	1.600	53%
Cartas rechazos	46	3% (de 1.600)
Cartas no efectivas (problemas)	128	8% (de 1.600)
Muestra planificada	2.500	
Cartas efectivas	1.420	57%
Encuestas sin cartas	350	14%
Total de encuestas realizadas	1.770	71%

En Montevideo y el área metropolitana, las encuestas se distribuyeron de la siguiente manera:

**Cuadro AM.4. Encuestas realizadas en Montevideo y
el área metropolitana por escuela**

Escuela nº	Encuestas efectivas s/total alumnos muestra	Escuela nº	Encuestas efectivas s/ total alumnos muestra
3	63%	157	71%
4	81%	160	66%
8	74%	163	61%
9	63%	167	55%
15	62%	170	70%
17	57%	177	48%
27	60%	178	39%
33	71%	179	63%
41	56%	183 Montevideo	66%
47	76%	183 Canelones	24%
51	64%	185	67%
54	72%	193	65%
61	64%	196	42%
66	57%	199	64%
70	80%	213	66%

75	65%	226	70%
91	65%	254	2%
94	19%	266	57%
98	65%	267	64%
116	52%	269	64%
117	64%	271	63%
122	75%	273	59%
124	63%	274	94%
126	72%	302	50%
132	48%	308	62%
136	57%	326	69%
139	65%	350	62%
140	63%	356	69%
152	41%	359	38%
153	70%		

* Nota: Se consigna que los porcentajes calculados se obtuvieron sobre el total de los niños efectivamente pesados y medidos (n = 3.000); por ende, son inferiores a los calculados sobre la muestra estimada (n = 2.500).

En el Interior, la metodología consistió en el envío de la misma carta a los padres, pero con una consigna rígida y preestablecida: se los invitaba a concurrir a la escuela en un día y hora prefijados para la entrevista. Esto resultó adecuado y la respuesta de los padres a la convocatoria superó la alcanzada en Montevideo. Además, se contó con una amplia colaboración de los maestros y directores, lo que constituyó un factor netamente facilitador de la tarea. La mejor respuesta del interior también se explica por el trabajo en equipo de los encuestadores, por las características particulares de la población y el rol de la institución escolar en la colectividad. Los datos de campo del Interior se resumen en la siguiente tabla.

Cuadro AM.5. Datos del trabajo de campo en ciudades del interior

Número de encuestadores	Máximo 12 / mínimo 7
Duración (en meses)	un mes y medio (16/08/04 - 1/10/04)
Total de niños pesados y medidos	2.000
Muestra planificada	1.500
Total de encuestas realizadas	1.467 (97%)

Las encuestas del Interior se distribuyeron de la siguiente manera:

Cuadro AM.6. Datos del trabajo de campo en el interior por ciudad

Localidad	Encuestas realizadas
Paysandú	431
Mercedes	158
Rivera	373
Colonia	121
Artigas	236
Florida	148
Total Interior	1.467

Anexo metodológico 2

Cuestionario de la encuesta



Encuesta sobre el estado nutricional de los niños y las políticas alimentarias. 2004

NÚMERO DE FORMULARIO _____ DEPARTAMENTO: _____ ENCUESTADOR _____ NOMBRE Y APELLIDO DEL ESCOLAR _____ C. I.: _____ Fecha de nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____ ESCUELA _____ Grupo _____ Turno _____ Lugar de realización de la entrevista: Casa...1 Escuela...2 Mes _____ Día _____ Hora de inicio _____ Duración _____			
NOMBRE DEL ENCUESTADO: _____ N° DE MIEMBRO ENCUESTADO (completar al final de la entrevista). _____ SEXO DEL ENCUESTADO: Hombre __1 Mujer __2 ¿ES EL ENTREVISTADO JEFE DE HOGAR? Sí __1 No __2 Ns/Nc..3 RELACIÓN DE PARENTESCO CON EL ESCOLAR: Madre __1 Padre __2 Hermano __3 Abuela(o) __4 Tutor __5 Responsable __6 (aclarar) _____ Otro __7 (aclarar) _____			
Aceptación		Fecha	

Características de los miembros del hogar

La siguientes preguntas debe ser formuladas haciendo referencia a todos los miembros del hogar

Mem bro	1) Relación de parentesco con el jefe de hogar	2) Edad (años cumplido s)	3) Sexo	4) Estado civil	5) Asiste o asistió a algún establecimiento educativo?	6) ¿Qué nivel cursa(o)? (Indique solo el nivel más alto alcanzado)	7) El establecimiento (es/era)	8) ¿Finalizó ese nivel?	9) ¿Cuál fue el último año aprobado en ese nivel? (Indique el número de años aprobados)	Número de miembro (comience por el escolar y continúe por el jefe de hogar)	Nombre
	Jefe 1		Hombre	1 Soltero(a)	1 Asiste actualmente	1 Preescolar	1 Plan CAIF	1			
	Cónyuge 2		Mujer	2 Unido(a)	2 No asiste pero asistió	2 Primario común	2 Esc. miembro	2 Si	1 años		
	Hijo(a) de ambos 3		Ns/Nc	9 Casado(a)	3 Nunca asistió	3 Otro especial	3 Otro público.....	3 No	2 años		
	Hijo(a) solo del jefe 4			Sep./Divor.	4 Ns/Nc	4 Secundaria	4 Privado	4 Ns/Nc	9		
	Hijo(a) solo del cónyuge 5			Viudo(a)	5 (Si contestó 3, pase a 10)	5 Ens. técnica	5 Ns/Nc	5 No			
	Yerno/nuera 6			Ns/Nc	6 Policial	6 Magisterio/IPA	6	6			
	Nieto(a) 7				7	7 Militar	7	7			
	Madre/padre 8				8	8 Superior(terciaria)	8	8			
	Suegro(a) 9				9	9 Ns/Nc	9	9			
	Hermano(a) 10				10	10	10	10			
	Cuñado(a) 11				11	11	11	11			
	Otros familiares 12				12	12	12	12			
	No familiares 13										
	S. doméstico (c/cama) 14										
1										1	
2										2	
3										3	
4										4	
5										5	
6										6	
7										7	
8										8	
9										9	
10										10	
11										11	
12										12	

III. Inserción laboral de los miembros del hogar. (Pregunte sólo para los miembros del hogar de 14 años o más).

Número de miembro	16) Durante la semana pasada: ¿Trabajó al menos una hora sin considerar los quehaceres del hogar? (Preguntar y anotar por la semana anterior) Si (Ir a P. 24) 1 No 2 Ns/Nc 9	17) ¿Hizo algo en su casa para afuera o ayudó a alguien en un negocio, chacra o trabajo aunque no recibiera un pago regular? Si 1 (Ir a P. 24) No 2 Ns/Nc 9	18) Aunque no trabajó la semana pasada: ¿Tiene algún trabajo o negocio al que seguro va a volver? Sí 1 (Ir a P. 24) No 2 Ns/Nc 9	Solo para los que no trabajaron			
				19) ¿Ha tenido usted anteriormente alguna ocupación? Sí 1 No 2 (Ir a P. 22) Ns/Nc 9	20) ¿Cuál fue la causa fundamental por la que dejó usted su último trabajo? Porque era zafral o se terminó el trabajo 1 Cerró el establecimiento 2 Despido 3 Por razones personales (renuncia, etc) 4 Retiro incentivado 5 Porque se jubiló 6 Otro (especifique) 7 Ns/Nc 99	21) ¿Cuándo fue la última vez que trabajó? (Indique mes y año) / /	22) ¿Ha buscado trabajo la semana anterior o ha tratado de establecer su propio negocio? (Preguntar y anotar por la semana anterior) Sí 1 (Ir a P. 24) No 2 Ns/Nc 9
						Mes	Año
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							

Miembro	23) Es usted: Jubilado o pensionista 1 Rentista 2 Estudia 3 Ama de casa 4 Incapacitado 5 Otros (especificar 9 Ns/Nc 99 (Ir a sección 4)	Sólo para ocupados (trabajaron durante la semana de referencia)			
	24) ¿Cuántas ocupaciones tiene? (Anote el número de ocupaciones)	25) Podría decirnos el total de horas trabajadas por usted habitualmente en la semana?	Preguntar siempre por ocupación que le reporta mayores ingresos		
	a. Ocupación mayores ingresos	b. Otras ocupaciones	26) ¿Es usted: Asalariado público 1 Asalariado privado 2 Miembro coop.de prod. 3 Patrón 4 Trab. por cuenta propia c/local 5 Trab. por cuenta propia c/local 6 Trab. no remun. 7 Ns/Nc 9 Si contestó 1 a 3 o 9, ir a P. 28	27) ¿Comenzó a desarrollar esta actividad luego de perder su último empleo asalariado? (Refiera a 1999 como punto de comparación) Sí 1 No 2 Ns/Nc 9	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

Nº de miembro	28) ¿En qué sector o rama de actividad trabaja? (Ver manual) Agr., gan., silv., pesca y explot. minas y canteras....1 Industrias manufact 2 Electr., gas y agua 3 Construcción 4 Comercio 5 Hoteles y restoranes 6 Transporte, almacen. y comunic 7 Intermed. financiera 8 Serv. empresas, activ. Inmobil., empr. y de alq. 9 Adm. púb y Defensa 10 Enseñanza 11 Servicios sociales y de salud 12 Elim. de desp., residuos, etc 13 Org. extraterr 14 Servicio doméstico 15 Ns/Nc 99	29) El establecimiento es... Público Municipal 1 Nacional 2 Empresa pública 3 Otro público 4 Privado 5 ONG 6 Otro 7 Ns/Nc 9 No corresponde 99	30) ¿En esa ocupación goza de los siguientes beneficios? Preguntar por cada uno a) Indemn. por despido 1 b) Licencia reglam 2 c) Sal. Vacacional 3 d) Aguinaldo 4 e) Jubilación 5 f) Seg. accidente 6 g) Otro (especificar)...7 h) Ninguno 98 Ns/Nc 99 (No incluya cuotas mutuales)	31. a) Su ocupación es: Permanente 1 Un trabajo temporario 2 (Por un plazo fijo o por tarea u obra) Una changa 3 De duración desconocida 4	31. b) ¿Desearía trabajar más horas? ¿Cuántas horas adicionales podría trabajar? (Anote el número de horas adicionales. Marque 0, si no desea trabajar más horas)
1-					
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11					
12					
13					
14					

IV. Características del escolar

Ahora nos vamos a referir a..... Le vamos a preguntar por el nacimiento del niño, su estado de salud y sus actividades actuales.

IV.1 Nacimiento y salud del escolar

En primer lugar, le vamos a hacer algunas preguntas sobre el primer año de vida del escolar comenzando por su nacimiento.

Encuestador: registre si el niño fue adoptado : Si 1 No 2 Ns/Nc 9

(Espere a que se lo cuente la persona entrevistada y, en adelante, refiérase a la familia de adopción del niño)

33- ¿Cuándo nació...? Día.....Mes.....Año.....	45. ¿Se manifestó alguna enfermedad congénita en el niño?
34. ¿Dónde estaba ubicado este hogar cuando nació el niño? En la misma casa que ahora.....1 En otra casa en el mismo barrio.....2 En otra casa en otro barrio.....3 En la misma ciudad donde vive actualmente....4 En otra ciudad del mismo depto.....5 En otro depto.....6 En otro país.....7 Ns/Nc.....9	Sí.....1 No.....2 Ns/Nc...9 (Si contestó 2 y 9 pase a P. 47) 46. Si es posible, indique la enfermedad cardíaca.....1 Respiratoria.....2 Otros (especifique).....3 Ns/Nc.....9 47. ¿Este niño fue amamantado? Sí.....1 No.....2 Ns/Nc...9 (Si contestó 2 y 9 pase a P. 49)
36. ¿Cuántos hermanos tiene este niño?..... <i>(Incluya hermanos y medio hermanos)</i>	48. ¿Cuánto tiempo hizo lactancia exclusiva? Indique en meses.....
37. ¿Tiene hermanos de otras uniones del padre y de la madre? Madre..... Padre.....	49. Luego de cumplir un año: Comía lo mismo que el resto de los miembros del hogar...1 Se preparaban alimentos especiales debido a su edad.....2 Ns/Nc.....9
38 Es el hijo número: Madre..... Padre.....	50. ¿A qué edad comenzó el niño a caminar? Indique en meses.....
39. ¿En qué institución nació el niño? Mutualista.....1 H. Pereyra Rossell.....2 Hospital de Clínicas.....3 Hospital departamental....4 Otra institución pública...5 Otra institución privada...6 En la casa.....7 Ns/Nc.....9	51. ¿Recuerda si el niño tuvo alguna de las siguientes enfermedades durante su primer año de vida? Diarrea infecciosa Anemia Enfermedades respiratorias Enfermedad celíaca Diabetes Otros (especificar).....
40. a. ¿Realizó la madre controles de embarazo? Sí...1 No...2 Ns/Nc...9 (Si contesta 2 o 3 pasar a P. 41)	
40.b. ¿Recuerda en qué mes de embarazo comenzó a controlarse?..... <i>(Indique mes de embarazo)</i>	52. A lo largo de su vida: ¿el niño ha sido diagnosticado por alguna enfermedad crónica como, por ejemplo:
40.c. ¿Cuántos controles realizó? Uno.....1 Dos a cinco.....2 Más de cinco...3 Ns/Nc.....9	Asma.....1 Alergia.....2 Pie plano.....3 Diabetes.....4 Epilepsia.....5 Otra (especificar).....9
41. ¿Recuerda el peso de la madre a comienzos del embarazo?.....kg Ns/Nc...9	53. A lo largo de su vida, ¿este niño ha recibido algún tipo de asistencia odontológica? Sí.....1 No.....2 Ns/Nc...9
42. ¿Cómo se produjo el nacimiento? Parto natural.....1 Cesárea.....2 Ns/Nc.....9	
43. ¿El nacimiento se produjo a término? Sí.....1 No, nació antes de los seis meses.....2 No, nació a los seis meses.....3 No, nació a los siete meses.....4 No, nació a los ocho meses.....5 Ns/Nc.....9	54. ¿A lo largo de su vida, este niño ha recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico? Sí.....1 No.....2 Ns/Nc...9

44. ¿Recuerda el peso y longitud del niño al nacer? Peso (en g)..... Ns/Nc 9 Longitud (en cm).....Ns/Nc 9 	55. ¿Le parece que el niño tiene dificultades para concentrarse o mantener la atención por un período prolongado? Sí.....1 No.....2 Ns/Nc...9
--	---

(Continúe por la pregunta 45)

Ahora le vamos a hacer unas preguntas sobre el período más reciente

56. ¿En las últimas cuatro semanas, el niño fue visitado por algún doctor, curandero o personal de salud? Sí.....1 No.....2 Ns/Nc...9 (Si contestó 2 o 9, pase a P. 58)	59. ¿Cuál fue la razón por la que el niño acudió a servicios médicos en último mes? Indique número de visitas Inmunización/vacunación Sí..1 No..2 Ns/Nc..9 Visitas..... Consulta/visión médica Sí..1 No..2 Ns/Nc..9 Visitas..... Examen médico preventivo Sí..1 No..2 Ns/Nc..9 Visitas..... Recibir medicamentos/recetas Sí..1 No..2 Ns/Nc..9 Visitas..... Análisis de lab./radiografías Sí..1 No..2 Ns/Nc..9 Visitas..... Trat./terapia psicológico o psiquiátrico Sí..1 No..2 Ns/Nc..9 Visitas..... Foniatra/fonoaudiólogo/sicomotricista Sí..1 No..2 Ns/Nc..9 Visitas..... Accidente Sí..1 No..2 Ns/Nc..9 Visitas..... Consulta dental Sí..1 No..2 Ns/Nc..9 Visitas..... Recoger/pedir incapacidad o just. médico Sí..1 No..2 Ns/Nc..9 Visitas..... Otro..... Sí..1 No..2 Ns/Nc..9 Visitas..... <i>Encuestador: numere las visitas relevadas en esta pregunta, de forma de poder relacionarlas con las respuestas a la P. 60.</i>
57. Si contestó SÍ en la pregunta anterior, indique qué tipo de atención recibió: Médico general.....1 Pediatra.....2 Sicólogo.....3 Siquiatra.....4 Enfermeros/practicantes o personal de salud.....5 Homeópata.....6 Curandero.....7 Otro (esp.).....8	
58. ¿En las últimas cuatro semanas el niño visitó algún hospital, clínica, sanatorio o personal de salud, sin haber sido hospitalizado? Sí.....1 No.....2 Ns/Nc...9 (Si contestó 2 o 9, pase a P. 65)	

Si hizo consulta médica	Consulta 1	Consulta 2	Consulta 3	Consulta 4	Consulta 5
60. ¿Qué distancia hay entre su hogar y el lugar donde el niño concurrió al médico? (en Km)					
61. Cuándo llegó, ¿cuánto tiempo esperó para ser atendido? (relevar para cada consulta)					
62. Tiempo en horas y minutos (lo atendieron)					
63. Tiempo en horas y minutos (no lo atendieron)					
64. Costo total de la visita médica					

65. Si contestó que no a la pregunta 56: ¿Por qué motivo no llevó al niño al médico? (Respuesta múltiple)	
a. El niño no se sintió enfermo	1
b. No tiene más mutualista	2
c. Tiene sus cuotas atrasadas y no le permite usar la cobertura	3
d. La mutualista dejó de cubrir la prestación	4
e. La mutualista suspendió los servicios	5
f. Es muy difícil conseguir turno	6
g. Hay que esperar demasiado para ser atendido	7
h. No le alcanza la plata para pagar la orden de la consulta médica	8
i. No le alcanza la plata para comprar los remedios	9
j. No tenía plata para trasladarse	10
k. Es muy lejos	11
l. Otro (especifique).....	12
Ns/Nc	99

66. ¿El niño estuvo hospitalizado en el último año? Sí.....1 No.....2 Ns/Nc...9 (Si contestó 2 o 9, pase a P. 73)	69. La razón de la hospitalización fue: Enfermedad.....1 Quemaduras.....2 Agresión física.....3 Otros accidentes.....4 Operación.....5 Análisis o estudios médicos.....6
67. Indique el número de noches que pasó el niño hospitalizado.....	

	Otros (especifique).....7 Ns/Nc.....9
68. ¿Dónde fue hospitalizado? Mutualista.....1 H. Pereyra Rossell.....2 Hospital de Clínicas.....3 Hospital departamental.....4 Otra institución pública.....5 Otra institución privada.....6 En la casa.....7 Ns/Nc.....9	70. Cuando llegó, ¿cuánto tiempo esperó para ser atendido?.....minutos 71. ¿Qué distancia hay entre su hogar y el lugar donde el niño fue hospitalizado?Km 72. ¿Cuánto le cobraron por...? (preguntar según lo que indicó arriba) Costo total de la hospitalización.....

73. ¿En las últimas cuatro semanas: cuántos días pasó el niño acostado por causa de enfermedad?

Indique en el cuadro

Enfermedad	Días	Enfermedad	Días
Inmunización/vacunación		Catarro	
Consulta/revisión médica		Anginas	
Examen médico preventivo		Tos: (1) tos seca; (2) tos con flemas; (3) tos con sangre	
Recibir medicamentos/receta médica		Dificultad para respirar sofocamiento respiración corta, rápida	
Análisis de laboratorio/radiografías		Fiebre	
Tratamiento/terapia		Náusea, vómito	
Accidente		Diarrea (más de tres veces por día)	
Consulta dental		¿Cuántos día duró la última diarrea que tuvo?	
Recoger/pedir incapacidad o justificante médico		Ronchas, irritación o picazón en la piel	
Otro		Infección en los ojos/ojos irritados	
Dolor de cabeza		Infección del oído/dolor de oídos	
Cansancio fuera de lo normal		Lombrices/ambias	
Dolor de estómago		Intoxicación	
Dolor de muelas/dientes		Convulsiones/ataques	
Nariz mucosa		Quemaduras	

IV.3 Historia escolar y vida cotidiana

Ahora nos gustaría preguntarle por la historia escolar del niño.

74. ¿..... asistió a alguna institución educativa los años anteriores? ¿Podría indicarnos a qué tipo de institución concurrió?

Nivel	¿Asistió? Sí.....1 No.....2 Ns/Nc...9	Establecimiento En la escuela actual.....1 En otra escuela o jardín...público..... 2 En CAIF.....3 En jardín privado..... 4 Guardería del trabajo de un familiar..... 5 Ns/Nc.....9
	a. 0 a 2 años: guardería. Indique la edad en meses.....	
b. Jardín 3 años		
c. Jardín 4 años		
d. Jardín 5 años		
e. ¿Repetió primero?	Nº veces.....	

Actualmente:

75. ¿A qué distancia vive el niño de la escuela?cuadras	80. Durante este año escolar: ¿con qué frecuencia le mandan deberes al niño? Nunca.....1 Una vez por semana.....2 Dos o tres veces por semana.....3 Más de tres veces por semana.....4 Ns/Nc.....9
76. ¿Normalmente el niño camina hasta la escuela? Sí...1 No...2 Ns/Nc...9	81. Durante este año escolar: ¿cuántas veces por semana algún miembro del hogar ayuda al niño con sus deberes? Siempre que tiene deberes.....1 La mayoría de las veces.....2 Pocas veces.....3 Nunca.....4
77. ¿Cuánto tiempo le lleva al niño llegar a la escuela?minutos	
78. ¿Con quién va a la escuela la mayor parte de los días? (Indique los tres arreglos más frecuentes) Solo.....1 Abuelos.....6 Padre.....2 Otros adultos.....7	

Madre.....3 Otros niños (vecinos, etc.)..... 8 Hermanos....4 Servicio doméstico.....9 Abuelas.....5 Transporte escolar.....10 Ns/Nc.....11	Ns/Nc.....9
79. Durante este año escolar: ¿tuvo alguno de los adultos encargados del niño alguna conversación informal con la maestra o asistió a una reunión de padres? Ninguna.....1 Una.....2 Más de una.....3 Ns/Nc.....9	82. ¿Pasa a menudo en su hogar que las comunicaciones que le envían de la escuela le resultan difíciles de comprender? Sí.....1 No.....2 Ns/Nc...9

Ahora le vamos a preguntar por las actividades que el niño realiza actualmente, refiriéndonos a la última semana.

83. Actividades (No enumerar, dejar que se mencionen primero y eventualmente ayudar)	Durante la semana pasada (1) Sí; (2) No; (9) Ns/Nc	¿Cuántas horas? Lunes a domingo
a. ¿Realizó actividades deportivas fuera de la vivienda?		
b. ¿Participó en actividades recreativas o culturales fuera de la vivienda? (cine, teatro, títeres, ida a bibliotecas)		
c. Fue a algún centro educativo de idiomas, música, danza, expresión plástica, etc.? (excluye escolaridad formal)		
d. Vio la televisión		
e. Jugó con juegos de computadora, video games, etc.		
f. Jugó a juegos de mesa (damas, rompecabezas, ludo, ajedrez, cartas, etc.)		
g. Dibujó, trabajó con plastilina, cortando papeles, pintando, etc.		
h. Jugó a otros juegos (escondidas, mancha, etc.)		
i. Fue a casa de otros niños o recibió la visita de otros niños		
j. Le leyeron libros o historietas o las leyó por sí mismo		
k. Ayudó en las tareas domésticas (cocinar, barrer, lavar platos, doblar y colgar ropa)		
l. Ayudó a realizar pequeñas reparaciones, cortar el pasto, pintar...		
m. Cuidó ancianos, enfermos o hermanos		
n. Acarreó leña o agua		
o. Realizó alguna actividad agrícola		
p. Acompañó a algún miembro del hogar a realizar algún tipo de trabajo		
q. Acompañó a algún miembro del hogar a pedir algún tipo de ayuda		
r. Hizo mandados o acompañó a otras personas a hacer mandados		
s. Otras actividades.....		

84. ¿Quién cuida al niño cuando no está en la escuela?

Persona a cargo	(1) Sí; (2) No; (9) Ns/Nc	Fuera del horario escolar	Cuando el niño se enferma o no hay clase
		<i>Indique horas por semana</i>	
Madre o encargada del niño			
Padre o encargado del niño			
Se queda solo			
Pareja de la madre			
Pareja del padre			
Hermano(a)			
Abuela materna			
Abuelo materno			
Abuela paterna			
Abuelo paterno			
Otro pariente de la madre			
Otro pariente del padre			
Vecinos			
Otro no pariente			
Persona remunerada			
Otro (especifique)			
85. ¿Alguien en su hogar ha tenido que faltar al trabajo en el último mes porque no tenían con quién dejar al niño? Sí.....1 No.....2 Ns/Nc...9		88. Significó algún cambio en este aspecto su entrada en la escuela? Sí.....1 (especifique)..... No.....2 Ns/Nc...9	

86. Desde que nació el niño: ¿algún miembro del hogar tuvo que renunciar a un trabajo o abandonar sus estudios para cuidarlo? Sí...1 No...2 Ns/Nc...9 <i>Si contestó SÍ, indique el número de miembro....</i>	89. ¿A qué edad del niño estuvo esa persona nuevamente en condiciones de volver a trabajar o estudiar a un ritmo similar al anterior? Al año.....1 A los dos años.....2 A los tres años.....3 A los cuatro años.....4 A los cinco años.....5 A los seis años o más.....6 Nunca.....7 Ns/Nc.....9
87. Desde que nació el niño: ¿algún miembro del hogar tuvo que reducir su horario de trabajo o postergar sus estudios para cuidarlo? Sí...1 No...2 Ns/Nc...9 <i>Si contestó SÍ, indique el número de miembro....</i>	

89.b. En el último año, ¿ha participado usted o algún miembro de su hogar en alguna de las siguientes actividades vecinales o comunales de ayuda mutua?

Actividad	(1) Sí; (2) No; (9) Ns/Nc
1. Organización y participación en el comedor escolar	
2. Organización y participación del comedor vecinal / olla común	
3. Comisión de fomento de la escuela	
4. Cuidado de niños/construcción comunal	
5. Participación en un sindicato	
6. Participación en asociaciones profesionales o empresariales o de productores	
7. Sumándose a alguna forma de compra comunitaria, clubes de trueque o forma de compra conjunta con amigos o parientes para disminuir costos	
8. Participación en asambleas de deudores o depositantes	
9. Actividades políticas	
10. Actividades religiosas	
11. Otros (especificar).....	

A continuación le vamos a preguntar algunas características de los padres del niño ¡Contestar aunque la madre o el padre no corriesen con el niño o hayan muerto. Si el niño es adoptado, las preguntas refieren a su madre y padre en adopción,

A. ¿La madre de este niño vive? (Sólo si la madre no está registrada como miembro del hogar) Sí..1 No..2 Ns/Nc..9 (Si contesta 2 o 9, pase a E)	H. ¿El padre del niño vive? Sí.....1 No.....2 Ns/Nc...9
B. ¿Cuántos días a la semana convive con el niño? Indique..... (si la madre está registrada como miembro pase a F)	I. Los padres del niño, ¿vivieron alguna vez juntos? Sí, convivieron en unión de hecho.....1 Sí, se casaron.....2 No.....3 Ns/Nc.....9 <i>(Si el padre murió, pase a M)</i>
C. ¿Cuál es la situación laboral de la madre del niño? Ocupada.....1 Desocupada.....2 Jubilada.....3 Otro inactivo.....4 Ns/Nc.....9	J. ¿Están separados los padres del niño? Sí.....1 Indique desde que año..... No.....2 Ns/Nc..9
	K. ¿Con qué frecuencia ve el niño al padre (Ns/Nc..9)días a la semanadías al mesdías al año
D. ¿Transfiere dinero o paga algunos gastos del niño? Sí..1 No..2 Ns/Nc..3	L. ¿Transfiere dinero o paga algunos gastos del niño? Sí..1 No..2 Ns/Nc..3
E. ¿Cuál es(era) el nivel educativo más alto alcanzado por la madre del niño? Primaria o menos.....1 Secundaria primer ciclo.....2 Secundaria segundo ciclo.....3 UTU.....4 IPA/Magisterio.....5 Universidad incompleta.....6 Universidad completa.....7 Otros terciarios.....8 Años aprobados en ese nivel.....(Ns/Nc..9)	M. ¿Cuál es(era) el nivel educativo más alto alcanzado por el padre del niño? Primaria o menos.....1 Secundaria primer ciclo.....2 Secundaria segundo ciclo.....3 UTU.....4 IPA/Magisterio.....5 Universidad incompleta.....6 Universidad completa.....7 Otros terciarios.....8 Años aprobados en ese nivel.....(Ns/Nc..9)
F. ¿En qué fecha nació la madre? Día... Mes.... Año..... Si murió, indique el año.....	
G. ¿Cuántos hijos nacidos vivos ha tenido la madre en total? (Ns/Nc..99) Nacidos vivos..... Vivos actualmente.....	N. ¿Cuál es la situación laboral del padre del niño? Ocupado.....1 Desocupado.....2 Jubilado.....3 Otro inactivo.....4
H. ¿A qué edad tuvo su primer hijo nacido vivo?	

.....(Ns/Nc..9) (Si la madre murió salte a J)	Ns/Nc.....9
I. ¿Cuál es el peso y la altura de la madre? Peso.....kg Talla.....cm G.1 ¿Está la madre del niño embarazada ahora? Sí..1 Indique las semanas de gestación.....(Ns/Nc..99) No..2 Ns/Nc..9 <i>Si el padre está registrado como miembro del hogar, pase a P. 90</i>	

VI.4 Asistencia alimentaria y hábitos nutricionales del hogar

Reiterar que las respuestas son absolutamente confidenciales

Sólo para niños que concurren al comedor escolar:

90. ¿Cuál es la principal razón por la que... asiste al servicio de alimentación en la escuela? (Sondee).

¿Hay alguna otra razón?

Resulta una ventaja económica para la familia	1
Resulta cómodo para la familia y el niño	2
El niño come mejor en la escuela que en su casa	3
La madre trabaja y necesita que el niño sea atendido en la escuela	4
Otra (especificar)	5
Ns/Nc	9

91. ¿Cuánto tiempo hace que.....asiste al comedor escolar (no le lea las alternativas)?

Menos de 1 año	1
Entre 1 y menos de 2 años	2
Entre 2 y menos de 3 años	3
Entre 3 y menos de 4 años	4
Ns/Nc	9

92. ¿Porqué no concurría en años anteriores?

Concurría a una escuela sin comedor	1
Preferían que comiera en casa	2
No estaba autorizado por la escuela a concurrir al comedor	3
Ahora concurre a una escuela de tiempo completo	4
Ns/Nc	9

93. Actualmente: ¿cuántos días a la semana asiste (habitualmente) el niño al comedor?.....días

(Ns/Nc...9)

94. ¿En qué casos el niño deja de ir al comedor escolar?

Cuando falta a la escuela	1
Cuando la comida de ese día no es de su agrado	2
Cuando se siente enfermo (aunque asista a la escuela)	3
Otro (especifique)	4
No falta nunca	5
Ns/Nc	9

95. ¿Asistió el niño al comedor escolar durante el verano?

Sí.....1

No.....2

Ns/Nc.....9 (Si contestó 2 o 9, salte a P. 100)

96. ¿Cuántas veces por semana asistió al comedor durante el verano?.....días

Sólo para los niños que no asisten al comedor escolar pero la escuela brinda el servicio

97. ¿Cree necesario enviar al niño a un comedor escolar?

Sí.....1

No.....2

Ns/Nc.....9

98. ¿Porqué no asiste el niño al comedor? (No induzca la respuesta)

No fue elegido.....1

No le gusta la comida.....2

Prefiere que coma con usted.....3

El niño se siente estigmatizado por ir al comedor...4

La supervisión del comedor no es buena.....5

Los niños no están bien cuidados.....6

Ns/Nc.....9

11																			
12																			
13																			
14																			

103.b. Si recibe o recibía en el último año algún tipo de canasta: ¿podría indicarnos cuántas veces al año la recibía(recibe)?

.....

103.c ¿Podría indicarnos los alimentos y cantidades que contenía?

Alimento	(1) Sí; (2) No; (9) Ns/Nc	Cantidad en kg o litros
Sal		
Aceite		
Azúcar		
Harina		
Arroz		
Fideos		
Polenta		
Lentejas		
Leche		
Otros		

VIII. Datos de caracterización de la vivienda

Por último, le preguntaremos por las características de la vivienda, los elementos de confort con que cuentan y su acceso a servicios públicos.

104. ¿Cuánto hace que este hogar está ubicado en esta vivienda? Años.....Meses.....
105. ¿Cuántas veces se han mudado desde que nació.....?
106. La vivienda en que ustedes habitan en este momento es: De uso exclusivo del hogar.....1 De uso compartido.....2
107. Todas las personas que habitan la vivienda donde ustedes residen dependen de un mismo fondo de alimentación “olla común”? Sí.....1 (Ir a P. 109) No.....2
108. ¿Cuántos grupos de personas comparten esta vivienda? Indicar cantidad de grupos que comparten...

109. Es este hogar (Acepta una sola respuesta)		110. Si es arrendatario indique el monto que paga de alquiler
Propietario de la vivienda y terreno y la está pagando	1	
Propietario de la vivienda y terreno y ya la pagó	2	
Propietario de la vivienda solamente y la está pagando	3	
Propietario de la vivienda solamente y ya la pagó	4	
Inquilino o arrendatario de la vivienda	5	Alquiler.....
Ocupante con relación de dependencia	6	
Ocupante gratuito (se la prestaron)	7	
Ocupante sin permiso del propietario	8	
Pensión o casa de huéspedes	9	Alquiler.....(aclarar plazo)
Otros	10	
Ns/Nc	11	

Encuestador: indique si se trata de: asentamiento irregular....1

111. ¿Cómo accedió a su vivienda actual? (Indique todas las que correspondan)

Herencia	1
Crédito del Banco Hipotecario	2
Otro crédito	3
Préstamo familiar	4
Regalo familiar	5
Autoconstrucción	6
Ahorros	7
Cooperativa de ayuda mutua	8
Algún programa público (especifique).....	9
Regularización PIAI	10
Otros	11

112. Si optó por la autoconstrucción o contestó 3 o 4 en la pregunta 109, indique las razones:

No podía pagar un alquiler	1
Carecía de garantías para alquilar	2
No conseguía préstamos	3
Quería independizarse de su familia	4
Vivía en una pensión	5
Otros	6

113. ¿Cuántas habitaciones son utilizadas por este hogar para dormir?..... (ANOTAR TOTAL DE HABITACIONES. No contar baños, ni cocina, ni garage, excepto que el garage se use para dormir)	
114. ¿Qué cantidad de habitaciones son de uso exclusivo del hogar?..... (No contar baños, ni cocina, ni garage, excepto que el garage se use para estar o dormir)	
115. ¿De dónde viene el agua para beber y cocinar?	
De red pública (agua corriente)	1
De perforación con bomba a motor	2
De perforación con bomba manual	3
De pozo	4
De agua de lluvia	5
De transporte por cisterna	6
De río, canal o arroyo	7
Otra (especificar).....	8
Ns/Nc	9

116. Ud. tiene agua en su vivienda:				
Por cañería dentro de la vivienda	Por fuera de la vivienda	Dentro del terreno	Fuera del terreno	Ns/Nc
1	2	3	4	9
117. Y su vivienda dispone de baño:				
Inodoro con botón o cadena y arrastre de agua	Inodoro sin botón o cadena y arrastre de agua	Letrina (sin arrastre de agua)	Este hogar no tiene instalación de baño	Ns/Nc
1	2	3 (Ir a P. 119)	4 (Ir a P. 119)	9 (Ir a P. 119)
118. Podría decirme si el desagüe del inodoro o retrete es:				
A red pública (cloacas)		1		
A cámara séptica y pozo ciego		2		
Solamente a pozo ciego		3		
Otro (especificar).....		4		
Ns/Nc		9		
119. El baño es...				
De uso exclusivo del hogar		Compartido con otro hogar		Ns/Nc
1		2		9
120. El material predominante en las paredes externas es.... (Observación directa del encuestador si concurre a la vivienda)				
Mampostería		1		
Madera		2		
Metal o fibrocemento (chapas lisas o acanaladas)		3		
Adobe		4		
Barro, cartón o desechos		5		
Otros (especificar).....		6		
Ns/Nc		99		

121.a. En la cuadra donde esta la vivienda hay: (1) Sí; (2) No; (9) Ns/Nc		121.b. Usted tiene acceso a (Marque el servicio al cual tiene acceso): (1) Sí; (2) No; (9) Ns/Nc	
1. Red eléctrica			
2. Red de agua corriente			
3. Red de cloacas			
4. Red de gas			
5. Recolección diaria o día por medio de basura			
6. Calle pavimentada/ empedrada			
7. Veredas completas (baldosas, mosaicos, cementos)			

Miembro	129. Sin considerar DISSE: ¿Recibe de parte de su empleador cuotas mutuales? Sí.....1 No.....2 (Ir a P. 131) Ns/Nc... 3	130. ¿Cuántas cuotas mutuales recibe? Número	131. ¿Recibe Asignación Familiar por algún miembro de su familia? Sí.....1 No.....2 (Ir a P. 133) Ns/Nc... 3	132. ¿Cuántas asignaciones familiares recibe? Número	133. ¿Recibe tickets de alimentación, transporte y/u otros beneficios en especie? Sí.....1 No.....2 (Ir a P. 135) Ns/Nc... 9	134. En el último mes: ¿Cuánto calcula que fue el monto de los tickets de alimentación, transporte u otros beneficios en especie?
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						

135. Sumando el total de los ingresos que perciben los miembros de este hogar e incluyendo los ingresos que entran desde otros hogares: ¿Cuánto estima Ud. que son los ingresos mensuales totales de este hogar?

1	Hasta 3.000 pesos
2	3000 a 5999
3	6.000 a 7.499
4	7.500 a 9.499
5	9.500 a 11.499
6	11.500 a 13.499
7	13.500 a 16.499
8	16.500 a 20.499
9	20.500 a 26.499
10	26.500 a 38.999
11	39.000 y más

Por último, estaría dispuesto/a a ser entrevistado/a nuevamente dentro de un año?

Sí.....1

No.....2 (Finalice la entrevista)

Indíquenos su dirección actual.....

Indíquenos el teléfono o dirección de un amigo o pariente que nos permita ubicarlo.....

Hemos terminado la entrevista. Muchísimas gracias por su colaboración.

Hoja para ser completada por el encuestador

Por favor, llene esta sección después de completar la entrevista.

A. Además de la persona que respondió, ¿quién más estuvo presente en la entrevista?

- a. Nadie
- b. Un niño menor de 5 años
- c. Un niño mayor de 5 años
- d. Esposa/esposo
- e. Un adulto miembro del hogar
- f. Un adulto no miembro del hogar
- g. Maestros o directores
- h. Otros (aclarar).....

B. ¿Cuál es su evaluación de la exactitud de las respuestas del encuestado?

- a. Excelente
- b. Muy buena
- c. No muy buena
- d. Muy mala

C. ¿Cuál es su evaluación de la seriedad y la atención del encuestado?

- a. Excelente
- b. Muy buena
- c. No muy buena
- d. Muy mala

D. ¿Qué preguntas le resultaron difíciles o confusas al encuestado?

E. ¿Qué preguntas le resultaron difíciles, penosas o confusas a usted?

F. ¿Qué preguntas notó que le interesaron al encuestado?

Notas

Esta publicación contiene los principales resultados de la encuesta «El estado nutricional de los niños/as y las políticas alimentarias», desarrollada entre 2004 y 2005. El objetivo de este estudio fue analizar la situación nutricional de los niños/as que asisten a primer grado en escuelas públicas del país y su vinculación con diversos factores asociados al hogar, a la salud del niño/a y al acceso a los programas públicos.

La investigación fue llevada adelante por un equipo interdisciplinario, integrado por nutricionistas y economistas. Un convenio celebrado entre ANEP y la Facultad de Ciencias Económicas y de Administración posibilitó el relevamiento realizado en las escuelas.

El Programa de Emergencia Social de la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) financiaron esta iniciativa.

