

Observatorio de los derechos de la infancia y la adolescencia en Uruguay 2006

Para toda la infancia
Salud, Educación, Igualdad, Protección
ASÍ LA HUMANIDAD AVANZA



Observatorio de los derechos
de la infancia y la adolescencia
en Uruguay

2006

© **Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia,
UNICEF Uruguay 2007**
Derechos reservados

Observatorio de los derechos de la infancia y la adolescencia en Uruguay. 2006

Autores:

Álvaro Arroyo
Gustavo De Armas
Alejandro Retamoso
Lucía Vernazza

Colaboradores:

Aridane Hernández
Itziar Morante

Corrección de estilo: María Cristina Dutto

Coordinación editorial: Área de Comunicación UNICEF Uruguay

Diseño y diagramación: Rodolfo Fuentes Diseño

Impresión: Tradinco

ISBN: 978-92-806-4168-4

Primera edición mayo 2007

UNICEF Uruguay
Bulevar Artigas 1659, piso 12
Montevideo, Uruguay
Tel (598 2) 403 0308
Fax (598 2) 400 6919
e-mail: montevideo@unicef.org
www.unicef.org/uruguay/spanish

UNICEF. Oficina de Uruguay
Observatorio de los derechos de la infancia y la
Adolescencia en Uruguay. 2006 / Álvaro Arroyo
[et. Al.]. — Montevideo : UNICEF, may. 2007. 128 p.
ISBN: 978-92-806-4168-4

URUGUAY / INFANCIA / ADOLESCENCIA /
ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Contenido

Introducción	5
I. Pobreza infantil y políticas sociales: primeras señales de recuperación	7
1. Introducción: la evolución de la pobreza en las últimas dos décadas	7
2. La evolución reciente de la desigualdad en la distribución del ingreso	14
3. Pobreza y territorio: el mapa de la exclusión social	15
4. Indicios sobre el impacto de las políticas sociales en la reducción de la pobreza	18
4.1. La evolución de la pobreza por trimestres desde 2005	18
4.2 El impacto de las políticas de transferencias en la reducción de la pobreza infantil: el papel del «ingreso ciudadano»	19
4.3. La prioridad de la infancia en el gasto público social	23
II. Nutrición	27
1. Introducción	27
2. Estado nutricional de la infancia en Uruguay	28
2.1. Comparación del estado nutricional de los niños estudiados en 1996 y 2002 con los resultados más recientes de 2004	29
2.2. Evolución de la desnutrición en Uruguay	30
2.3. Desnutrición crónica (déficit de talla)	30
2.4. Desnutrición global (déficit de peso para la edad)	33
2.5. Desnutrición aguda (emaciación)	35
2.6. Obesidad y sobrepeso	36
3. Prevalencia de anemia por déficit de hierro en niños de 6 a 24 meses	37
3.1. Evaluación del estado nutricional de los niños estudiados	38
3.2. Resultados del estudio de las reservas de hierro	38
3.3. Resultados de los estudios sobre anemia	38
4. El estado nutricional de los niños y las políticas alimentarias	40

III. Educación	47
1. Introducción	47
2. Características sociales de los niños que asisten a escuelas públicas	47
3. Territorio, segregación residencial y nuevos desafíos para el sistema educativo	54
4. Programas implementados en las escuelas para atender a los niños de contextos sociales desfavorables y resultados educativos	59
IV. Protección	69
1. Introducción	69
2. La aplicación de la ley	69
2.1. Adolescentes que infringen la ley	69
2.2. Procesos de protección en el sistema de justicia	77
3. Situación de los niños, niñas y adolescentes	81
3.1. Niños privados de su medio familiar	81
3.2. Prostitución infantil y adolescente	83
3.3. Trabajo infantil	86
4. La agenda de infancia en los medios de comunicación	90
Conclusiones	95
Bibliografía	101
Anexo	105

Introducción



La presente edición del *Observatorio de los derechos de la infancia y la adolescencia* persigue como objetivos principales reunir, ordenar y analizar la información cuantitativa y cualitativa disponible acerca de la situación de la infancia en Uruguay. Este esfuerzo de sistematización y análisis de la información se concentra en las áreas que consideramos más relevantes en la vida de los niños y adolescentes: las condiciones materiales de vida, el estado nutricional, la calidad de la educación básica y los temas de protección: abuso, explotación y violencia. No obstante, en la presente edición del *Observatorio* hemos buscado también identificar los posibles impactos de las políticas desarrolladas por el nuevo gobierno en el campo de la infancia.

Si bien esta edición del *Observatorio* no pretende ofrecer una evaluación terminante o definitiva de estos posibles impactos, resulta ineludible por el momento en que nos encontramos (a mitad de camino en la actual administración de gobierno) esbozar un balance sobre la gestión gubernativa en el campo de la infancia e identificar, en consecuencia, algunas tareas que aún resta enfrentar, así como las perspectivas a mediano y largo plazo.

Intentando cumplir con estos propósitos, presentamos en las páginas que siguen un panorama de la situación de la infancia y la adolescencia en Uruguay, con énfasis en cuatro áreas temáticas: pobreza y desigualdad, nutrición, educación y protección. Esta mirada sectorial o temática no implica, en modo alguno, abandonar la doble perspectiva que ha caracterizado al *Observatorio de los derechos de la infancia y la adolescencia*: la articulación entre el *enfoque de derechos* y el análisis de los *ciclos de vida*. Como en las dos publicaciones anteriores, en esta edición pretendemos examinar la situación de los niños y adolescentes uruguayos empleando como prismas analíticos el *enfoque de derechos* (la evaluación sobre el grado de promoción y protección de los derechos de la infancia) y la mirada sobre los *ciclos de vida*. El lector podrá advertir fácilmente que los capítulos dedicados al estado nutricional de los niños, la calidad de la educación básica y los temas de protección hacen énfasis, respectivamente, en la primera infancia, la niñez en edad escolar y la adolescencia.

Esperamos que la presente edición del *Observatorio*, como las anteriores, brinde a la sociedad uruguaya y a los tomadores de decisión algunos insumos de información y análisis, con el objetivo de promover y proteger los derechos de los niños y adolescentes uruguayos.

I. Pobreza infantil y políticas sociales: primeras señales de recuperación

1. Introducción: la evolución de la pobreza en las últimas dos décadas

Como ha sido reseñado en distintos estudios publicados en los últimos años,¹ la sociedad uruguaya presenta desde hace dos décadas preocupantes signos de exclusión social. El fenómeno de la *infantilización de la pobreza*, detectado hace ya veinte años por Juan Pablo Terra,² los procesos de segregación residencial y exclusión social que se fueron instalando en la pasada década³ y la consecuente segmentación de la matrícula educativa, han ido configurando un nuevo paisaje social en el que la mayor parte de los niños y adolescentes —en particular, aquellos que viven en situación de *pobreza extrema*—⁴ padecen la vulneración de sus derechos,

especialmente sus derechos económicos y sociales.

Al mismo tiempo que estos procesos de carácter estructural iban generando sus consecuencias, el desempeño de la economía nacional (la alternancia entre fases de crisis y de crecimiento) se vio reflejado en la evolución de los índices de pobreza, indigencia y concentración del ingreso. En este sentido, podemos advertir fácilmente a lo largo de los últimos veinte años cuatro periodos con distintos rasgos. El primero, que va de 1986⁵ a 1994, se destaca por la abrupta reducción de los niveles de pobreza. En 1986 la pobreza alcanzaba prácticamente a la mitad de la población del país. Como señala el INE (2002: 18 y 24), en 1986 el 46,2% de las personas que vivían en localidades de 5000 habitantes o más tenían ingresos inferiores a la *línea de*

1 Entre otras: Kaztman y Filgueira (2001); PNUD (1999, 2001 y 2005); UNICEF (2005 y 2004).

2 Con relación a la *infantilización de la pobreza* y la inequidad en el acceso al bienestar social entre generaciones en Uruguay, se pueden consultar, entre otros, los siguientes trabajos: Terra (1988); Zaffaroni et al. (1998); Kaztman y Filgueira (2001); PNUD (1999, 2001 y 2005); UNICEF (2005 y 2004).

3 Sobre los procesos de *segregación residencial* que han venido operando en Montevideo y las ciudades de mayor porte del interior del país, se pueden consultar, entre otros, los siguientes trabajos: Kaztman (1997); Kaztman (2002); Kaztman y Retamoso (2005).

4 Definimos *pobreza extrema* como la situación en que se encuentran las personas u hogares cuyo ingreso per cápita es inferior al valor de 1,5 líneas de indigencia (LI). La población en situación de *pobreza extrema* incluye, por lo tanto, a la población indigente y a la que puede caer en situación de indigencia. Si bien la decisión de fijar la *línea de pobreza extrema* en 1,5 LI puede resultar arbitraria (se podría establecer, por ejemplo, en 1,25 o 1,75 LI), se justifica fácilmente considerando, por ejemplo, que la CEPAL ha fijado tradicionalmente este umbral como *línea de pobreza* para las zonas rurales de América Latina, donde el acceso a los bienes y servicios es muy básico o limitado.

5 La serie de tiempo elaborada por el Instituto Nacional de Estadística para describir la evolución de la pobreza se inicia en 1986 (INE, 2002). Eso no significa, por cierto, que no exista información anterior a ese año sobre la incidencia de la pobreza, pero para contar con datos estrictamente comparables se debe tomar la información que surge de la ECH de 1986 en adelante.

pobreza y el 7,7% inferiores a la *línea de indigencia* (una de cada diez personas en las localidades del interior del país). De acuerdo con el INE (2002: 18 y 24), entre 1986 y 1988 se registró una muy marcada reducción de la pobreza (de 46,2% a 26,6%) y la indigencia (de 7,7% a 2,6%). Si bien en el transcurso de este período la incidencia de la pobreza disminuyó en todas las franjas de edad, el mayor descenso se registró entre las personas de 65 años o más (de 32,6% a 4,2%). En los siguientes siete años los índices de pobreza y de indigencia siguieron disminuyendo, aunque a un ritmo menor, hasta alcanzar en 1994 los valores más bajos de los últimos 21 años: 15,3% y 1,2% respectivamente (INE 2002: 18 y 24).

La segunda fase, que podemos ubicar entre 1994 o 1995 y 1999, muestra el estancamiento —incluso el leve deterioro— de los indicadores de pobreza e indigencia. Entre 1994 y 2001, más allá de algunos leves movimientos, no se registran cambios en la incidencia de la pobreza y la indigencia; en ese último año la pobreza afectó al 18,8% de la población y la indigencia al 1,3%.

La tercera etapa, entre los años 1999 y 2004, estuvo pautada por la segunda mayor crisis económica de la historia moderna de Uruguay.⁶ Esta etapa sobresale por la duplicación del porcentaje de población en situación de pobreza —de 15,3% a 31,9%,⁷ un valor similar al observado en 1987, aunque de todos modos 14,3 puntos inferior al de 1986 (INE 2004 y 2006)— y el incremento de la indigencia hasta alcanzar al 3,9% de la población (INE 2006: 3), apenas cinco décimas menos que en 1987 (INE 2002: 18).

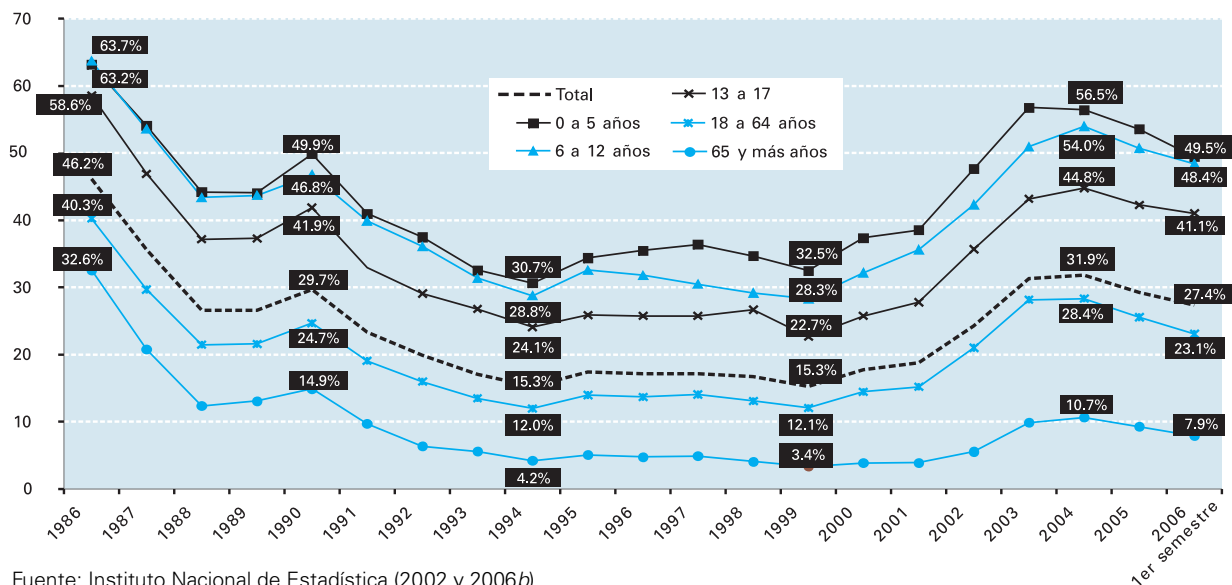
Tras la recesión económica que el país experimentó a comienzos de este decenio, el año 2005 marca un punto de inflexión: por primera vez en seis años Uruguay registra una reducción de los niveles de pobreza e indigencia en el conjunto de la población, y en todos los grupos de edad, así como una leve mejora de la distribución del ingreso (INE 2006: 3, 5 y 11).

Si bien la reducción del porcentaje de población en situación de pobreza observada entre 2004 y 2006 ha sido leve (de 31,9% a 27,4%), merece ser destacada porque mar-

6 La reducción acumulada real del PBI per cápita que se produjo entre 1999 y 2003 solo es superada por la caída registrada a comienzos de los años treinta del siglo pasado, en un contexto de crisis mundial de la economía. Sobre este punto se puede consultar Bértola (1998).

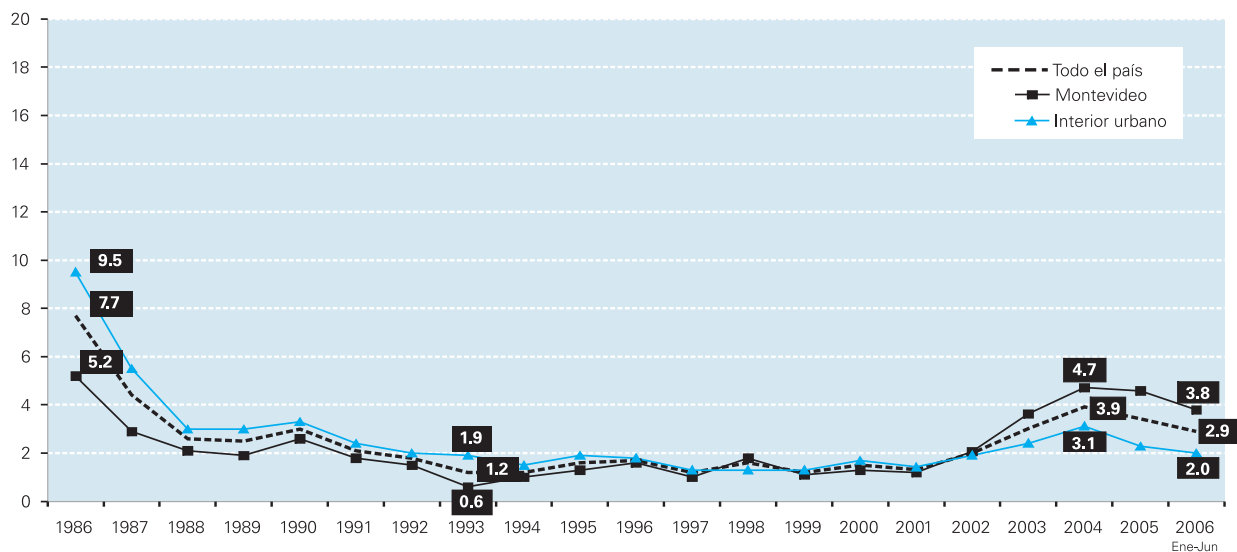
7 Cabe señalar que el guarismo más alto que se ha registrado en los últimos años corresponde al cuarto trimestre de 2003, cuando la pobreza afectó al 33,6% de las personas residentes en localidades de 5000 habitantes o más (INE 2004: 8).

Gráfico 1. Incidencia de la pobreza (línea de pobreza 2002) por tramos de edad.
Serie 1986-2006. En porcentajes



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2002 y 2006b).

Gráfico 2. Población bajo la línea de indigencia en Uruguay por áreas geográficas.
Serie 1986-2006. En porcentajes



Fuente: Para el período 1986-2000, Instituto Nacional de Estadística (2002: 18); para el período 2001-2006, Instituto Nacional de Estadística (2006: 3).

ca un punto de quiebre o inflexión con respecto a la tendencia al alza registrada entre 1999 y 2004; por primera vez en seis años Uruguay logra reducir sus niveles de pobreza e indigencia, abriendo un margen de expectativas positivas con relación al mediano plazo.

Sin desconocer el impacto positivo que las políticas sociales del nuevo gobierno pudieron haber tenido en la reducción de los niveles de pobreza e indigencia (tema que analizaremos más adelante), parece claro que uno de los factores principales ha sido la muy positiva evolución de la economía en los últimos dos años; en particular, el comportamiento de los salarios y, consecuentemente, de las jubilaciones. En esta línea, señala el informe sobre pobreza y desigualdad presentado recientemente por el INE (2006: 1-2):

Debido a la fuerte recesión que experimentó la economía uruguaya, el ingreso promedio de los hogares presentó un marcado descenso entre 2001 y 2003 (Cuadro 1). En 2004 comenzó a aumentar y esa tendencia se ha mantenido en 2005 y 2006 [...] Cabe destacar que la recuperación ha sido más marcada en el interior del país. Si se compara el primer semestre de 2006 con el primer

semestre de 2005, la mejora ha sido 13% para Montevideo y 19% para el interior del país [...] Los salarios fueron la fuente de ingresos que experimentó mayores aumentos, especialmente en el interior urbano. [...] Asimismo, las pasividades también se recuperaron, dado que su ajuste se basa en el aumento de salarios ocurrido en el período anterior.

El crecimiento de los ingresos no solo se ha visto reflejado en la reducción de los niveles de pobreza e indigencia (es decir, en su incidencia), sino también en la brecha o distancia que separa el ingreso promedio de los hogares pobres de los ingresos necesarios para superar la condición de pobreza o de indigencia. Este punto resulta clave, ya que si reducimos el análisis al porcentaje de hogares o personas en situación de pobreza o indigencia (la *incidencia*), podríamos arribar a conclusiones, como mínimo, parciales. La reducción del porcentaje de población bajo la línea de pobreza de un año a otro en una sociedad determinada puede no ser muy significativa, al mismo tiempo que la disminución de la *brecha de pobreza* puede ser relevante, lo que estaría reflejando un alivio en la *profundidad* de la pobreza que padecen los hogares.

Cuadro 1
Profundidad de la pobreza y de la indigencia
en Uruguay, medidas a través del cociente de brecha
de ingresos —calculado para las personas en
situación de pobreza y de indigencia—, de la brecha
de pobreza y de la brecha de indigencia.
Serie 1986-2006. En porcentajes

En esta dirección, los datos presentados en el cuadro 1 para los últimos veinte años —y en particular para los últimos dos— resultan de particular interés. Entre 1986 y 1993 —el período en que se constata la abrupta caída de los niveles de pobreza consignada páginas atrás— se observa una reducción significativa de la distancia entre el ingreso per cápita promedio de los hogares pobres y el valor de la línea de pobreza: de 34,4% a 27,2% (el valor más bajo de toda la serie). Desde 1994, el *cociente de la brecha de ingresos* comienza a crecer, con algunas oscilaciones, hasta alcanzar su valor más alto en 2004 (36,7%), marcando el momento en que la pobreza tuvo su mayor profundidad. En los últimos dos años este indicador se ha reducido en forma marcada, llegando en 2006 al 33,6%. En esta línea, sostiene el último informe de pobreza y desigualdad del INE (2006: 10):

[...] la brecha de pobreza también cae en el primer semestre de 2006 con respecto al mismo período del año anterior, lo cual significa que el ingreso de los hogares pobres se acerca, en promedio, al valor de la línea de pobreza. La caída es más pronunciada en el interior urbano de más de 5000 habitantes que en Montevideo.

	Cociente de brecha de ingresos para personas bajo la línea de pobreza (1)	Cociente de brecha de ingresos para personas bajo la línea de indigencia (2)	Brecha de pobreza (3)	Brecha de indigencia (4)
1986	34,4	29,80	15,90	2,3
1987	31,8	28,84	11,34	1,3
1988	29,5	24,31	7,86	0,6
1989	29,7	24,33	7,90	0,6
1990	30,2	24,05	8,96	0,7
1991	29,8	25,76	6,97	0,5
1992	29,1	26,62	5,79	0,5
1993	27,2	27,11	4,66	0,3
1994	28,7	27,48	4,40	0,3
1995	29,5	26,76	5,13	0,4
1996	30,2	25,23	5,20	0,4
1997	28,7	26,32	4,93	0,3
1998	30,2	29,05	5,04	0,5
1999	29,2	22,83	4,47	0,3
2000	30,0	25,47	5,35	0,4
2001	30,0	20,22	5,64	0,3
2002	32,1	20,10	7,80	0,4
2003	33,2	23,26	10,40	0,7
2004	36,7	22,96	11,70	0,9
2005	36,3	26,24	10,60	0,9
2006 (primer semestre)	33,6	17,24	9,20	0,5

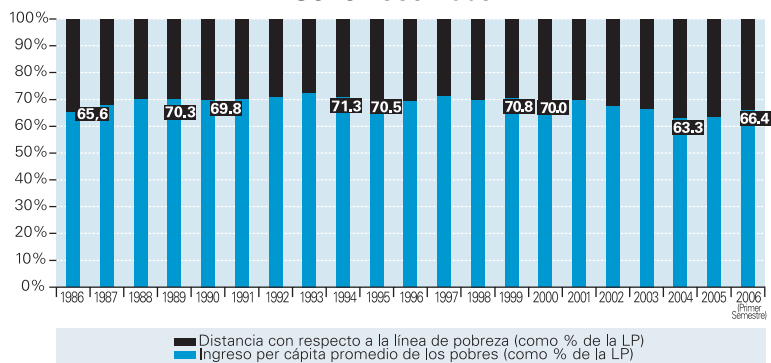
Fuente: Elaboración propia basada en Instituto Nacional de Estadística (2002) y en datos del Instituto de Economía (Facultad de Ciencias Económicas, UdelaR) calculados a partir de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadística.

Notas:

1. El *cociente de brecha de ingresos (income gap ratio)* para población pobre es igual a la diferencia entre el ingreso promedio de las personas pobres y la línea de pobreza, dividida por dicha línea.
2. El *cociente de brecha de ingresos* para población indigente es igual a la diferencia entre el ingreso promedio de las personas indigentes y la línea de indigencia, dividida por dicha línea.
3. La *brecha de pobreza* es el producto del *cociente de brecha de ingresos* de la población pobre por la incidencia o *índice de recuento* de la pobreza.
4. La *brecha de indigencia* es el producto del *cociente de brecha de ingresos* de la población indigente por la incidencia o *índice de recuento* de la indigencia.

Si bien la reducción del *cociente de brecha de ingresos* (gráfico 3) y de la *brecha* para los hogares en situación de pobreza constituye por sí sola una señal alentadora, en tanto expresa el alivio de la pobreza, el

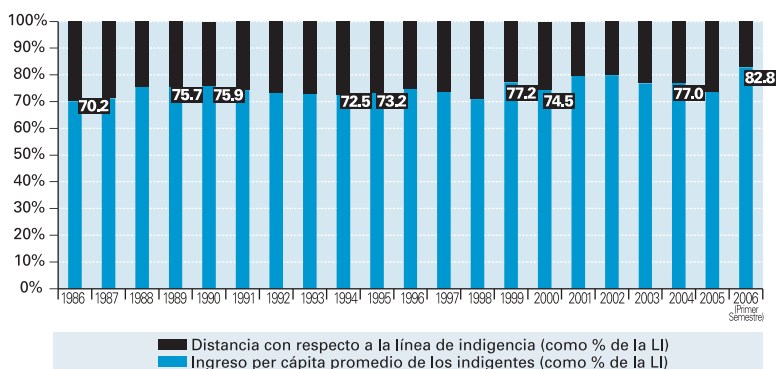
Gráfico 3. Ingreso promedio (con valor locativo) de las personas pertenecientes a hogares pobres, expresado como porcentaje del valor de la línea de pobreza. Serie 1986-2006



Fuente: Elaboración propia basada en Instituto Nacional de Estadística (2002) y en datos del Instituto de Economía (Facultad de Ciencias Económicas, UdelaR), calculados a partir de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadística.

dato que merece mayor atención es la caída significativa entre 2005 y el primer semestre de 2006 de ambos indicadores pero para la población en situación de indigencia. Como podemos apreciar en el cuadro 1 y en el gráfico 4, la distancia entre el ingreso per cápita promedio de los hogares indigentes y el valor de la línea de indigencia (el *coeficiente de brecha de ingresos*) se redujo nueve puntos (de 26,24 a 17,24), al mismo tiempo que la *brecha de indigencia* pasó de 0,9 a 0,5.⁸

Gráfico 4. Ingreso promedio (con valor locativo) de las personas pertenecientes a hogares indigentes, expresado como porcentaje del valor de la línea de indigencia. Serie 1986-2006



Fuente: Elaboración propia basada en Instituto Nacional de Estadística (2002) y en datos del Instituto de Economía (Facultad de Ciencias Económicas, UdelaR), calculados a partir de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadística.

Cabe destacar que la reducción de la brecha o distancia entre el ingreso per cápita de la población indigente y el ingreso que *debería tener* para superar la indigencia (reducción mayor de un tercio, como se puede apreciar en el gráfico 4) es la de mayor magnitud en los últimos veinte años, lo que significa que ha habido una mejora clara en los ingresos (desde luego, muy pauperizados) de los hogares más pobres del país.

La información que hemos presentado sobre la evolución de la pobreza y la indigencia en los últimos dos años (incidencia y profundidad)

8 Con relación al poder de las transferencias monetarias del Estado para reducir los niveles de pobreza e indigencia y mitigar su severidad, señalan Arim y Vigorito (2006: 63): “Al igual que en el caso de la distribución del ingreso, la contribución de las transferencias al alivio de la pobreza es muy dispar. *Todas contribuyen en mayor medida al alivio de la severidad e intensidad de la pobreza, que al de su incidencia, debido a que muchas de ellas están orientadas a hogares de bajos recursos y aun cuando el monto transferido no alcance para cruzar el umbral, acorta la distancia al mismo*” (cursivas agregadas).

permite ser optimistas con respecto al futuro, en el corto y mediano plazo, de la infancia y la adolescencia en Uruguay. No obstante, los problemas estructurales que afectan a la infancia desde hace al menos dos decenios están aún lejos de su solución. Asimismo, los posibles efectos positivos de las políticas desarrolladas en estos últimos dos años deben ser ponderados a la luz de las tareas, de más hondo alcance, que las instituciones públicas y la sociedad uruguaya deben encarar para garantizar los derechos de los niños y adolescentes, sobre todo de sus derechos económicos y sociales (aquellos sobre los que las políticas sociales pueden generar algún tipo de impacto).

Sin desconocer ni soslayar la auspiciosa reducción de la pobreza observada en todas las franjas de edad, la información disponible confirma que algunos de los problemas estructurales que afectan a la sociedad uruguaya —en particular, el *desbalance intergeneracional* en el acceso al bienestar— no han desaparecido. En esta línea, debemos llamar la atención con respecto a un hecho: la reducción del porcentaje de población en situación de pobreza en es-

tos dos últimos años fue mayor entre la población adulta que entre los niños y adolescentes. Mientras la reducción del porcentaje de pobreza entre 2004 y 2006 (tomando el primer año como base 100) fue de 12,4 puntos para los niños menores de 6 años, de 10,3 para los de 6 a 12 años y de 8,3 para los de 13 a 17 años, entre las personas de 18 a 64 y las de 65 o más fue de 18,6 y 25,7 puntos respectivamente.⁹ En otras palabras, si bien en todas las franjas de edad analizadas se advierte una reducción de la incidencia de la pobreza, este descenso es claramente mayor entre los adultos y, particularmente, entre las personas de 65 años o más.

Al analizar la incidencia de la indigencia y la pobreza extrema en las distintas franjas de edad durante 2005 constatamos, nuevamente, la gravedad del *desbalance intergeneracional* en el acceso al bienestar. Como podemos apreciar en el cuadro 2, uno de cada diez niños menores de 6 años, residentes en localidades de 5000 habitantes o más, vive en situación de indigencia, y uno de cada cuatro (aproximadamente 61 mil)¹⁰ en situación de pobreza extrema. Un solo dato nos

9 Elaboración propia basada en las tabulaciones del INE (2006).

10 Elaboración propia basada en proyecciones del INE de la población residente en localidades de 5000 habitantes o más, <<http://www.ine.gub.uy/>>.

permite ilustrar la disímil incidencia que tiene la indigencia en las distintas franjas de edad: durante 2005 el porcentaje de niños menores de 6 años en situación de indigencia fue 32 veces mayor que el registrado entre las personas de 65 o más años de edad.

Los datos confirman una vez más la concentración de las formas más

graves o crónicas de la pobreza en las generaciones más jóvenes: 62 mil niños y adolescentes en situación de indigencia y 157 mil en situación de pobreza extrema.¹¹

2. La evolución reciente de la desigualdad en la distribución del ingreso

La recesión que experimentó la economía uruguaya entre 1999 y 2004 no solo determinó un crecimiento significativo de la pobreza y la indigencia; también generó un aumento de la desigualdad en la distribución del ingreso. Al margen del debate académico sobre la evolución de la desigualdad en Uruguay durante los últimos veinte años, nadie discute que a fines de la pasada década —incluso un poco antes— se inició un paulatino aumento de la desigualdad. Como podemos apreciar en el cuadro 3, entre 2001 y 2004 el porcentaje del ingreso total captado por el quintil más rico pasó de 49 a 50,5, en tanto el correspondiente al quintil más pobre se redujo de 4,7 a 4,3.

Si bien entre 2004 y 2005 se aprecia una leve reducción del valor del coeficiente de Gini (de 0,460 a 0,441),¹² así como un leve incremen-

Cuadro 2
Población bajo la línea de indigencia y en situación de pobreza extrema (bajo 1,5 líneas de indigencia) por tramos de edad. Año 2005. En porcentajes

	0 a 5	6 a 12	13 a 17	18 a 64	65 o más	Total
Indigencia	9,6	7,0	6,2	2,6	0,3	3,4
Pobreza extrema	23,5	20,2	16,6	7,7	1,2	9,9

Fuente: Elaboración propia basada en los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadística, 2005.

Cuadro 3
Distribución del ingreso entre deciles de población ordenados por el ingreso per cápita de los hogares. Serie 2001-2006 (primeros semestres). En porcentajes

Deciles	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1	1,7	1,8	1,8	1,5	1,6	1,5
2	3,0	3,1	2,9	2,8	2,9	2,8
3	4,1	4,2	4,0	3,9	4,1	3,9
4	5,3	5,4	5,2	5,1	5,3	5,2
5	6,6	6,6	6,4	6,3	6,6	6,4
6	8,1	8,0	7,9	7,8	8,0	7,9
7	9,8	9,7	9,6	9,8	9,9	9,9
8	12,4	12,2	12,2	12,4	12,4	12,5
9	16,8	16,5	16,5	16,9	16,9	16,8
10	32,2	32,6	33,6	33,6	32,4	33,0

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2006b).

11 Elaboración propia basada en proyecciones del INE de la población residente en localidades de 5000 o más habitantes, <<http://www.ine.gub.uy/>>.

12 INE (2006: 11).

to del porcentaje del ingreso total captado por el quintil inferior (de 4,3% a 4,5%) y un también leve descenso del correspondiente al quintil superior (de 50,5% a 49,3%), los datos de 2006 muestran nuevamente un aumento de la desigualdad con respecto a 2005 (0,452 y 0,441 respectivamente).¹³

En suma, los datos de las últimas encuestas de hogares permiten concluir que, a pesar de la mejora en los ingresos de los sectores más pobres y la correspondiente reducción de los índices de pobreza e indigencia, los altos niveles de desigualdad que la sociedad uruguaya alcanzó en los últimos años (no obstante, los más bajos históricamente dentro de la región)¹⁴ no parecen ceder.

3. Pobreza y territorio: el mapa de la exclusión social

Más allá de la discusión sobre la magnitud actual y la evolución reciente de la pobreza, así como sobre la desigual incidencia que ésta tiene entre los niños y adultos, una de las conclusiones más preocupantes que surgen de la información disponible

es la creciente concentración territorial de la pobreza, especialmente en las periferias de las principales ciudades. En estas áreas se ha ido consolidando un núcleo duro de pobreza, compuesto por personas que viven en situación de indigencia o de *vulnerabilidad a la indigencia*: un grupo poblacional compuesto en un 68% por personas menores de 30 años.¹⁵

La conformación de este núcleo es producto, fundamentalmente, de los procesos de segregación residencial que Montevideo ha experimentado en los últimos años.¹⁶ Estos procesos de segregación residencial y exclusión social pueden ser ilustrados señalado que en algunos barrios de Montevideo más del 80% de los niños y adolescentes pertenecen a hogares ubicados bajo la línea de pobreza (cuadro 4). Durante el trienio 2003-2005 en los seis barrios con mayores índices de pobreza de la capital, **ocho de cada diez** personas menores de 18 años vivían **en situación de pobreza, cuatro de cada diez en situación de pobreza extrema y dos de cada diez en situación de indigencia** (cuadro 4). Corresponde señalar, además, que estos barrios

13 *Ibidem*.

14 La región con mayores índices de desigualdad del mundo.

15 De Armas (2004: 34).

16 Con relación a este tema se pueden consultar, entre otros: Kaztman (1997), y Kaztman y Wormald (2002).

Cuadro 4
Incidencia de la pobreza (línea de pobreza 2002), la pobreza extrema y la indigencia entre niños y adolescentes en los distintos barrios* de Montevideo (ordenados de mayor a menor según incidencia de la pobreza). Años 2003-2005. En porcentajes

	Pobreza	Pobreza extrema	Indigencia		Pobreza	Pobreza extrema	Indigencia
Casavalle	91,4	56,8	30,4	Villa Muñoz, Retiro	40,7	6,4	3,1
La Paloma, Tomkinson	84,0	43,4	22,9	Unión	40,5	14,0	7,6
Casabó, Pajas Blancas	82,1	34,3	17,7	Aires Puros	39,7	18,4	4,7
Jardines del Hipódromo	81,1	40,4	23,5	Paso de las Duranas	36,8	6,5	3,3
Punta de Rieles, Bella Italia	80,8	40,4	16,9	Brazo Oriental	36,5	13,5	6,0
Villa García, Manga Rural	80,4	41,9	15,1	Sayago	35,9	12,0	4,5
Tres Ombúes, Pueblo Victoria	77,0	41,9	13,5	Jacinto Vera	35,4	9,9	4,4
Manga	76,8	34,6	12,1	La Comercial	34,7	11,9	7,3
Manga, Toledo Chico	74,9	34,5	14,1	Capurro, Bella Italia	33,7	5,3	1,5
Piedras Blancas	72,4	28,5	11,6	Mercado Modelo y Bolívar	33,1	9,4	1,6
Nuevo París	72,3	30,7	13,8	Atahualpa	31,3	5,2	5,2
Paso de la Arena	69,7	30,8	13,6	Carrasco Norte	29,6	12,4	8,3
Cerro	68,0	28,4	17,2	Aguada	29,4	7,5	0
Peñarol, Lavalleja	68,0	27,4	9,3	Reducto	28,3	5,6	0
Las Acacias	66,9	36,2	17,6	Prado, Nueva Savona	24,6	8,8	4,0
Colón centro y noreste	66,7	30,4	14,1	Figurita	23,9	4,1	2,5
Conciliación	65,3	29,7	12,8	Larrañaga	21,0	6,4	0,2
Maroñas, Guaraní	65,1	24,4	11,9	Palermo	20,7	5,2	1,7
Flor de Maroñas	63,6	25,5	7,3	Barrio Sur	20,3	0,7	0,7
Ituzaingó	62,7	28,1	18,3	Cordón	19,5	5,1	1,2
Bañados de Carrasco	61,2	20,2	3,6	Buceo	19,1	2,8	0
Colón sureste, Abayubá	60,0	16,3	5,0	Parque Batlle, Villa Dolores	16,4	3,0	1,4
Villa Española	57,3	26,5	12,6	Malvín	13,3	3,5	1,2
Belvedere	56,3	19,7	7,2	Centro	10,3	2,1	0
Lezica, Melilla	55,5	19,3	5,5	La Blanqueada	9,1	0	0
Cerrito	54,6	13,5	4,7	Tres Cruces	7,8	0,5	0
Malvín Norte	53,7	21,4	10,4	Pocitos	6,0	0,4	0,1
Castro y Castellanos	53,5	18,8	9,6	Carrasco	3,9	2,4	2,4
La Teja	51,1	18,4	7,7	Punta Carretas	3,8	0	0
Ciudad Vieja	49,6	9,5	2,0	Parque Rodó	3,3	0	0
Las Canteras	45,6	23,0	8,7	Punta Gorda	2,8	0	0

Fuente: Procesamiento de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadística.

Cuadro 5
Incidencia de la pobreza (línea de pobreza 2002), la pobreza extrema y la indigencia entre niños y adolescentes por departamentos (ordenados de mayor a menor según incidencia de la pobreza). Años 2003-2005. En porcentajes

	Pobreza	Pobreza extrema	Indigencia		Pobreza	Pobreza extrema	Indigencia
Artigas	66,4	31,7	12,5	Rocha	48,6	21,5	3,8
Río Negro	58,6	21,4	5,5	Durazno	45,9	15,8	5,4
Salto	58,5	20,4	7,5	Colonia	44,9	12,1	4,6
Paysandú	57,8	20,7	8,8	Canelones	44,7	14,3	3,7
Treinta y Tres	56,3	23,9	8,1	Maldonado	44,4	14,1	2,1
Cerro Largo	56,1	20,0	3,7	San José	40,5	15,3	4,9
Rivera	54,2	16,6	3,3	Lavalleja	38,3	10,4	1,4
Soriano	53,6	26,2	7,1	Flores	37,0	6,5	1,9
Montevideo	51,4	21,8	9,8	Florida	34,9	11,0	1,8
Tacuarembó	51,0	19,6	4,1				

Fuente: Procesamiento de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadística.

montevideanos, así como los departamentos más pobres del país (cuadro 5), no sólo exhiben los niveles más altos de pobreza, sino también las mayores tasas de desnutrición, retraso de crecimiento, fracaso escolar y deserción educativa.

Al analizar la distribución territorial de la pobreza, resulta ineludible la referencia al crecimiento en las últimas dos décadas del número de *asentamientos irregulares* y de la población que en ellos reside. De acuerdo con los datos relevados por el INE, en el trienio 1998-2000 había 464 asentamientos en Uruguay, de los cuales 364 correspondían a Montevideo y el resto al interior del país. Entre ese trienio y el pasado año la cifra se incrementó sensiblemente y en 2006 se llegó a 676 asentamientos: 412 en Montevideo y 264 en el resto del país, incluyendo 20 en las áreas rurales (INE-PIAI 2006: 14). Este crecimiento determina que en el año 2006 seis de cada cien uruguayos —aproximadamente 209 000

personas— estaban viviendo en asentamientos irregulares. Si bien entre fines de los años noventa y el presente se produjo un significativo crecimiento del número de asentamientos en el interior del país, este fenómeno sigue teniendo una incidencia visiblemente mayor en Montevideo, donde uno de cada diez habitantes se halla en esta situación.

Cuadro 6
Hogares y personas en viviendas en asentamientos irregulares por zona geográfica. Primer semestre de 2006. En porcentajes

	Montevideo	Interior urbano	Interior rural	Todo el país
Hogares	7,2%	3,1%	1,4%	4,7%
Personas	10,0%	4,1%	1,6%	6,3%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2006c).

Como era previsible, los datos de 2006 confirman la elevada incidencia de la pobreza entre los hogares que residen en asentamientos irregulares. Como podemos apreciar en el cuadro 7, prácticamente tres de cada cuatro personas que viven en asentamientos irregulares tienen

ingresos inferiores a la línea de pobreza. No obstante, cabe destacar que en algunos barrios de Montevideo el porcentaje de población pobre es similar al observado en los asentamientos irregulares de todo el país.¹⁷

La información de la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada (ENHA) realizada durante el pasado año también confirma la sobrerrepresentación de la infancia en la población residente en asentamientos irregulares. Mientras un tercio de los hogares que no residen en asentamientos irregulares tienen niños

menores de 14 años, entre los hogares que sí residen en asentamientos este porcentaje llega a 60,9. Estos datos corroboran, una vez más, la estrecha relación entre pobreza, condiciones precarias de hábitat e infancia.

4. Indicios sobre el impacto de las políticas sociales en la reducción de la pobreza

4.1. La evolución de la pobreza por trimestres desde 2005

Un camino para establecer el papel que la recuperación económica, en general, y las políticas económicas y sociales del nuevo gobierno, en particular, pudieron haber tenido en la reducción de la pobreza es analizar la evolución de sus indicadores durante el último año y medio por trimestres. Este examen nos permite identificar no solo las tendencias de mediano plazo, sino también —y fundamentalmente a fin de evaluar los efectos de las políticas— los momentos en que la reducción de los índices de pobreza se *aceleró*. Como podemos apreciar en el cuadro 9, la disminución del porcentaje de población en situación de pobreza recién se inició a mediados de 2005, y des-

Cuadro 7
Incidencia de la pobreza (LP 2002) en hogares y personas según ubicación en asentamientos irregulares. Primer semestre de 2006. En porcentajes

	Hogares	Personas
Población que reside en asentamientos	63,0	72,1
Población que no reside en asentamientos	19,1	26,3

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2006c).

Cuadro 8
Hogares según ubicación en asentamientos irregulares por número de integrantes y número de menores de 14 años. Primer semestre de 2006. En porcentajes

	Ninguno	1 ó 2	3 o más
Hogares que residen en asentamientos	39,1	38,9	22
Hogares que no residen en asentamientos	65,8	28,5	5,7
Total	64,5	29,0	6,5

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2006c).

17 El 77,7% de población que reside en el barrio Casavalle de la ciudad de Montevideo tenía ingresos inferiores a la línea de pobreza durante el trienio 2003-2005. Elaboración propia basada en procesamientos de los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares para dichos años.

de ese momento hasta mediados de 2006 registró una caída de 4,6% en todas las localidades de 5000 habitantes o más: 3,6% en Montevideo y 5,6% en el resto del país.¹⁸

Los datos presentados en el cuadro anterior resultan de sumo interés, ya que brindan indicios acerca del posible efecto de algunas de las políticas del actual gobierno. En la misma dirección, si analizamos la evolución semestral de la indigencia desde 2005 a la primera mitad de 2006 constatamos, nuevamente, una clara disminución en todo el país, particularmente en el segundo semestre de 2005 y en el interior urbano (cuadro 10).

Los efectos positivos de la recuperación económica y de algunas políticas pueden ser subestimados si no realizamos esta apertura trimestral o semestral de la información. En tal sentido, debemos subrayar que la reducción de la pobreza y la indigencia no se inicia con la recuperación económica (en 2004 o a comienzos de 2005), sino recién en el tercer trimestre de 2005, a pocos meses de instalado el nuevo gobierno y en coincidencia con la puesta en marcha de algunas de sus principales

Cuadro 9
Población bajo la línea de pobreza (metodología 2002) por trimestres según áreas geográficas de residencia. Año 2005-2006. En porcentajes

	Ene.-mar. 2005	Abr.-jun. 2005	Jul.-set. 2005	Oct.-dic. 2005	Ene.-jun. 2006
Todo el país	29,7	32,0	28,2	28,0	27,4
Montevideo	30,8	31,3	29,4	28,4	27,7
Interior urbano	28,5	32,7	27,0	27,5	27,1

Fuente: Para el año 2005, elaboración propia basada en los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadística, 2005; para el año 2006, Instituto Nacional de Estadística (2006b: 4).

Cuadro 10
Población bajo la línea de indigencia según áreas geográficas de residencia. Del primer semestre de 2005 al primero del 2006. En porcentajes

	Primer semestre 2005	Segundo semestre 2005	Primer semestre 2006
Montevideo	5,0	4,4	3,8
Interior urbano	2,8	1,8	2,0
Todo el país	3,9	3,1	2,9

Fuente: Elaboración propia basada en los microdatos de la Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadística, 2005.

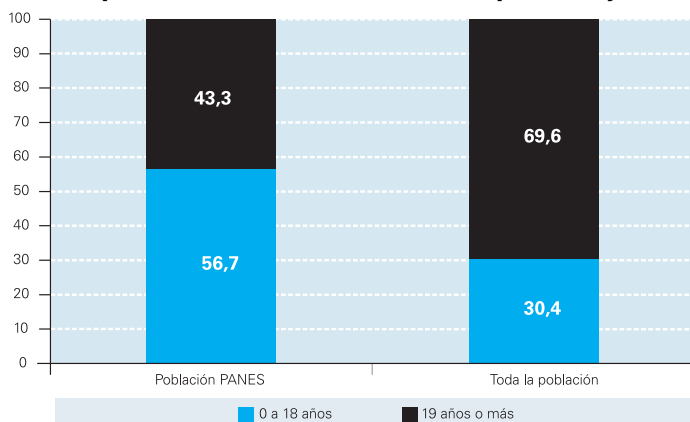
políticas y medidas: la reimplantación de los Consejos de Salarios y el Programa Ingreso Ciudadano del Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social (PANES).

4.2. El impacto de las políticas de transferencias en la reducción de la pobreza infantil: el papel del "ingreso ciudadano"

El primer aspecto a considerar con relación a las políticas que el gobierno ha venido impulsando

¹⁸ Aunque se aprecia un leve crecimiento del porcentaje de pobreza entre el primer y el segundo trimestres del 2005 (cuadro 9) no deberíamos extraer una conclusión errónea, ya que durante el segundo trimestre del año suele aumentar la proporción de población pobre, cuando deja de actuar el *efecto de estacionalidad*.

Gráfico 5. Distribución por edades de la población atendida por el PANES y de la población total del país. Datos a abril del 2006. En porcentajes



Fuente: INFAMILIA (2006: 14), con datos del Ministerio de Desarrollo Social y del Instituto Nacional de Estadística.

Cuadro 11
Proporción de hogares que reciben ingreso ciudadano, con menores de 18 años y con adultos mayores, según área de residencia geográfica. Año 2006.

	Presencia de menores de 18 años	Presencia de adultos mayores
Más de 5000 habitantes	90,5	9,7
Menos de 5000 habitantes	86,9	13,6
Total	90,0	10,3

Fuente: Arim y Vigorito (1996: 39), con datos de la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada del Instituto Nacional de Estadística.

desde marzo de 2005, con el objetivo de reducir la incidencia de la pobreza y la indigencia, es el grado de *focalización* hacia los sectores más vulnerables y excluidos de la población. Como señalamos en las primeras páginas de este capítulo, desde hace varios años prác-

ticamente todos los diagnósticos coinciden en identificar a los niños, adolescentes y jóvenes como los grupos más vulnerables.¹⁹ En esta línea, es clave estudiar la distribución por edades de la población cubierta por los programas sociales del gobierno, en particular el PANES, en tanto ha sido su principal política en este campo.

Como podemos apreciar en el gráfico 5, mientras los niños y adolescentes representan el 30,4% de la población del país, entre los beneficiarios del PANES constituyen el 56,7%; cabe resaltar que en el año 2005 el 56,1% de la población en situación de indigencia o *vulnerabilidad a la indigencia* (la población que pretendió alcanzar el PANES) correspondía, precisamente, a este grupo de edad,²⁰ lo que revela el éxito y la precisión del programa en términos de focalización.

Los datos de la ENHA muestran que nueve de cada diez hogares beneficiarios del PANES tienen niños o adolescentes, tanto los que residen en áreas urbanas como aquellos que viven en las localidades de menos de 5000 habitantes (cuadro 11).

19 Debemos recordar en esta dirección que 68 de cada 100 personas que viven en situación de indigencia o *vulnerabilidad a la indigencia* tienen menos de 30 años (De Armas 2004: 34).

20 Elaboración propia basada en la Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadística.

Cuadro 12
Proporción de hogares con menores de 18 años
cubiertos por Asignaciones Familiares, según tipo
de asignación (contributivas y no contributivas),
en localidades de 5000 o más habitantes.
Serie 2001-2006

Año	Total	Contributivas	No contributivas
2001	29,8	24,0	5,8
2002	29,3	22,7	6,6
2003	28,2	21,2	7,0
2004	33,9	24,5	9,4
2005	50,8	32,8	18,0
2006	57,3	38,3	19,1

Fuente: Arim y Vigorito (1996: 33), con datos de la Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadística.

Además de la puesta en marcha del Programa Ingreso Ciudadano,²¹ el actual gobierno ha procurado ampliar la cobertura de las políticas permanentes de transferencia de ingresos (entre ellas la de Asignaciones Familiares), profundizando así una línea que se venía planteando desde las anteriores administraciones. Como podemos observar en el cuadro 12, en los últimos cuatro años se duplicó la proporción de hogares con niños que reciben Asignaciones Familiares, alcanzando en el primer semestre de 2006 (de acuerdo con los datos de la ENHA, no de la información administrativa del Banco de Previsión Social —BPS—) a seis de cada diez hogares. Este incremento, como señalan Arim y Vigorito (2006: 32), se explica fundamentalmente por la evolución ascendente de las asignaciones no contributivas (de 9,4% a 19,1% entre 2004 y 2006), merced a los cambios legales introducidos en los últimos años, así como también por la mejora en la captación de beneficiarios. Corresponde resaltar, además, el crecimiento del número de asignaciones contributivas (de 24,5% a 38,3%), producto de la polí-

Cuadro 13
Proporción de hogares cubiertos por Asignaciones
Familiares, según condición de pobreza,
en localidades de 5000 habitantes o más.
Serie 2001-2006

Año	Pobreza/LP02	Indigencia/LI02
2001	32,8	30,6
2002	33,4	22,9
2003	32,5	20,1
2004	41,2	32,0
2005	62,7	59,1
2006	72,0	59,1

Fuente: Arim y Vigorito (1996: 37), con datos de la Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadística.

tica de formalización del empleo desarrollada en los últimos dos años desde el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y el BPS.

Otra señal alentadora es el aumento de la cobertura de Asignaciones Familiares entre los hogares pobres e indigentes, especialmente entre 2004 y 2006. El porcentaje de hogares pobres que reciben Asignaciones Familiares pasó en

21 Con respecto a la cobertura y a los recursos presupuestales movilizados por el PANES —en particular, el Programa Ingreso Ciudadano—, señalan Arim y Vigorito: “En la actualidad, el PANES cuenta con 83 000 beneficiarios de los cuales 74 500 cobran el ingreso ciudadano. El gasto público asociado al ingreso ciudadano es aproximadamente unos 100 millones de dólares anuales, lo que representa 0,6% del PIB” (2006: 9-10).

ese período de 41,2 a 72, al tiempo que el porcentaje de hogares en situación de indigencia que reciben estas prestaciones pasó de 32 a 59,1. Estos datos revelan, claramente, que la población en situación de indigencia (integrada en un 57% por niños y adolescentes) cuenta en el presente con una mayor protección del Estado que en el pasado reciente.

No obstante, a pesar de estos altos niveles de cobertura, el valor escaso de las transferencias monetarias limita su capacidad para reducir o mitigar la pobreza infantil. En esta línea, los datos que se presentan en el cuadro 14 resultan de sumo interés. Al comparar la incidencia que las distintas transferencias monetarias del Estado tienen

en la reducción de la indigencia entre los hogares con menores de 18 años, se advierte que es el Ingreso Ciudadano el instrumento que logra mayor impacto. Como se puede apreciar en el cuadro, durante el primer semestre de 2006 el 4,1% de los hogares con menores de 18 años se hallaba en situación de indigencia. Ahora bien, si elimináramos las Asignaciones Familiares, el porcentaje de hogares en situación de indigencia aumentaría apenas tres décimas;²² si no existieran las pensiones y las jubilaciones, los incrementos serían un poco mayores: 5,2% y 5,4% respectivamente. Finalmente, si no hubiera Ingreso Ciudadano, el incremento sería significativo: 5,8%.

La evidencia disponible hasta el momento, a cuenta de mayores indagaciones, nos permite concluir que Ingreso Ciudadano es el programa de transferencias que mayor impacto parece tener en la reducción de la indigencia entre los hogares con niños y adolescentes.

Cuadro 14
Incidencia de las transferencias públicas de ingresos en la indigencia (LI 2002) entre los hogares con menores de 18 años de edad. Localidades de 5000 habitantes o más. Año 2006. En porcentajes

Con todas las transferencias	Sin jubilaciones	Sin pensiones	Sin Asignaciones Familiares	Sin Ingreso Ciudadano
4,1	5,4	5,2	4,4	5,8

Fuente: Arim y Vigorito (1996: 68), con datos de la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada del Instituto Nacional de Estadística.

22 Sobre este punto, comentan Arim y Vigorito (2006: 63-64 y 66): “Pese a estar diseñadas como un instrumento para aliviar situaciones de pobreza, la contribución de las asignaciones familiares es muy escasa. Los cambios introducidos en 2004 parecen haber redundado en una mayor efectividad para reducir severidad e intensidad, pero su bajo monto se refleja en el escaso cambio en su capacidad para que los hogares que la perciben superen la condición de pobreza [...] las transferencias pensadas para etapas tempranas del ciclo de vida como es el caso de asignaciones familiares y seguro de desempleo presentan una muy baja contribución a que los hogares superen la condición de pobreza aun cuando se considera exclusivamente a los hogares con niños”.

4.3. *La prioridad de la infancia en el gasto público social*

Una dimensión de análisis ineludible si pretendemos evaluar la prioridad que se asigna a los niños —en particular, a los que viven en situación de pobreza— en el diseño de las políticas públicas es la evolución y, fundamentalmente, la distribución del gasto público social (GPS). Constituye casi una obviedad afirmar que no es posible desarrollar políticas públicas de alto impacto si el Estado no dedica recursos presupuestales suficientes a tal fin. Si bien una asignación suficiente de recursos no garantiza por sí sola que las políticas sociales logren impacto, parece ser una condición *sine qua non* para alcanzar dicho objetivo: no es condición suficiente, pero sí necesaria.

Por cierto, la necesidad de asegurar una dotación suficiente de recursos públicos para el desarrollo de políticas de infancia no surge solamente del mandato jurídico;²³ se desprende también de la evidencia

empírica y del análisis de las experiencias exitosas que otros países han realizado en este terreno.²⁴

En esta línea, cabe destacar que algunas de las políticas iniciadas por el actual gobierno, así como algunas decisiones que adoptó en materia presupuestal, plantean un escenario relativamente alentador con relación a la prioridad que la infancia tendrá en los próximos años en la agenda de políticas.

Como ha sido señalado en diversos trabajos,²⁵ aunque Uruguay es uno de los países de la región que más recursos públicos dedica a las políticas sociales —expresados como porcentaje del PBI (la llamada *prioridad macroeconómica* del GPS) o del gasto público total (la *prioridad fiscal*)—, su distribución entre áreas (educación, salud, seguridad social y vivienda) refleja una clara inequidad entre generaciones en perjuicio de los niños y adolescentes. En esta línea, Grau (2005) ha señalado que la distribución del GPS

23 En este punto, conviene recordar el artículo 4.º de la Convención sobre los Derechos del Niño: “Los Estados Partes adoptarán todas las medidas administrativas, legislativas y de otra índole para dar efectividad a los derechos reconocidos en la presente Convención. *En lo que respecta a los derechos económicos, sociales y culturales*, los Estados Partes adoptarán esas medidas *hasta el máximo de los recursos de que dispongan* y, cuando sea necesario, dentro del marco de la cooperación internacional” (cursivas agregadas).

24 Acerca del impacto que las políticas de transferencias pueden tener en la reducción de la pobreza infantil, recomendamos el estudio sobre pobreza infantil en los países industrializados publicado recientemente por el Centro de UNICEF en Florencia: Innocenti (2005).

25 Entre otros, se puede consultar: Grau (2005); Furtado y Llambí (2005); Flood, Grau y Melgar (2004); De Armas (2006); De Armas y Filgueira (2007).

revela un sesgo *pro adulto*, ya que los niños y adolescentes, que representan el 30% de la población, solamente reciben el 20% del gasto público social.

En este contexto, dos decisiones del actual gobierno podrían llegar a atenuar a mediano plazo el sesgo *pro adulto* del GPS: en primer término, el proyectado aumento del presupuesto público dedicado a la educación (que en un 80% corresponde a la enseñanza inicial, básica y media) hasta alcanzar el 4,5% del PBI en 2009; en segundo lugar, la imple-

mentación del PANES entre 2005 y 2007, y, a partir de su culminación, del Plan de Equidad. Considerando que más de la mitad de la población cubierta por el PANES es menor de 18 años de edad (gráfico 4), es factible que la implementación de este plan haya implicado no solo un incremento en términos absolutos de los recursos públicos destinados a la infancia, sino también un aumento de la participación relativa de la inversión en la infancia dentro del GPS. Asimismo, algunas de las reformas o políticas que el Plan de Equidad podría contemplar en los próximos años (en especial, el capítulo referido a las Asignaciones Familiares) también implicarían un incremento de la participación del gasto en infancia dentro del GPS.

Por otra parte, la proyección del gasto público total y del GPS en los próximos años confirma la prioridad asignada a la infancia —en particular, en las áreas de educación y asistencia social— en el diseño del presupuesto quinquenal del Estado. El cuadro 15 —extraído de un informe reciente del Programa Infamilia— permite apreciar en qué medida el nuevo gobierno efectivamente está priorizando la educación frente a otros sectores o áreas de política social. Como podemos observar, el gasto público en educación probablemente supere en 2009

Cuadro 15
Estructura del gasto público social en Uruguay
según componentes. Serie 1990-2009.
En porcentajes del GPS y PBI

	1990-1994 (prom.)	1995-1999 (prom.)	2000-2004 (prom.)	2005	2006	2007	2008	2009	2005-2009 (prom.)
Educación ¹	2,4	2,7	3,2	2,8	3,1	3,4	3,7	4,1	3,4
Salud ²	1,6	1,9	1,9	1,5	1,7	1,7	1,8	1,8	1,7
Asistencia social ³	0,3	0,4	0,5	1,0	1,2	0,7	0,6	0,6	0,8
Seguridad social ⁴	13,4	15,1	14,1	11,8	11,4	11,1	10,9	10,8	11,2
Vivienda ⁵	0,0	0,4	0,4	0,3	0,4	0,5	0,5	0,4	0,4
Total GPS/PBI	17,8	20,6	20,2	17,4	17,8	17,5	17,5	17,7	17,6

Fuente: Azar et al. (2006: 22), con datos de la CGN, CEPRE-OPP, Ley de Presupuesto y BCU.

Notas:

1. Ministerio de Educación (MEC), Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), Universidad de la República (UdelaR). No incluye asistencia a la salud del Hospital de Clínicas.
2. Ministerio de Salud Pública (MSP), Sanidad Militar (SM), Sanidad Policial (SP), asistencia en el Hospital de Clínicas.
3. Ministerio de Desarrollo Social, INAU e INDA.
4. Datos del Banco de Previsión Social y de las cajas Militar y Policial.
5. Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente (MVOTMA)

Cuadro 16
Evolución y proyección del gasto público social dirigido a la infancia y la adolescencia según áreas de gasto. Serie 1990-2009. En porcentajes del PBI

el 4% del PBI,²⁶ lo que supone un crecimiento significativo de su participación en el GPS total.

Por otra parte, cuando analizamos la evolución del gasto público social total dirigido a la infancia (GPSI) constatamos que durante la presente administración se habrá de registrar un leve incremento con relación al pasado gobierno: respectivamente, 4,5% y 4,4%. No obstante, debemos tener presente que entre 2005 y 2009 —un período de marcado crecimiento económico— el GPSI crecerá casi un punto del PBI, mientras que el 4,4% del quinquenio anterior corresponde a una de las etapas de recesión económica más agudas de la historia reciente.

Este paulatino pero constante crecimiento del GPSI durante la actual administración de gobierno también se habrá de reflejar en un balance más equitativo en la distribución del GPS entre generaciones. En este sentido, se señala en el estudio realizado por Infamilia:

Este gradual aumento de la importancia de los gastos vinculados a la niñez tiende a reflejarse, también, en el llamado “índice de focalización”.

	1990 - 1994	1995 - 1999	2000 - 2004	2005	2006	2007	2008	2009	2005 - 2009
Educación ¹	1,8	2,2	2,6	2,3	2,5	2,8	3,0	3,1	2,8
Salud ²	0,5	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,5
Atención a la infancia ³	0,3	0,4	0,5	0,8	0,9	0,6	0,5	0,5	0,7
Seguridad social ⁴	0,4	0,5	0,6	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4
Vivienda ⁵	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Total	3,1	3,8	4,4	4,1	4,5	4,5	4,6	4,9	4,5

Fuente: Azar et al. (2006: 29).

Notas:

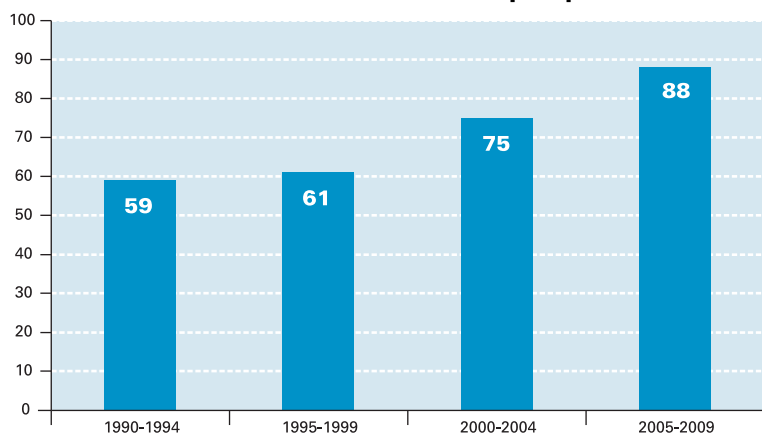
1. Ministerio de Educación y Cultura (MEC) y Administración Nacional de Educación Pública (ANEP).
2. Ministerio de Salud Pública (MSP), Sanidad Policial, Sanidad Militar y Asistencia en el Hospital de Clínicas.
3. Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Instituto del Niño y el Adolescente (INAU) e Instituto Nacional de la Alimentación (INDA).
4. Asignaciones Familiares y Atención Materno-Infantil del Banco de Previsión Social.
5. Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente (MVOTMA).

Éste se calcula como el cociente entre la participación relativa del GPI en el GPS total y el peso relativo de los menores de 18 años en el total de la población. Si el índice arroja un valor de 100, los gastos se distribuyen uniformemente en la población; un valor mayor a 100 indica que el gasto tiene un sesgo pro infancia y uno menor que 100 indica un sesgo pro adulto. (Infamilia 2006: 27)

El gráfico 6 expresa claramente la mejora del balance entre generaciones en la distribución del GPS.

²⁶ Como se señala en las notas del cuadro 16, el gasto en educación cuantificado no incluye todo el presupuesto de la Universidad de la República; si así fuera, en el 2009 el gasto público en educación rondaría el 4,5% del PBI, planteado por el gobierno como meta para el término de su administración.

**Gráfico 6. Evolución del índice de focalización.
Período 1990-2009. Promedios quinquenales**



Fuente: Infamilia (2006: 27).

Si bien la evolución reciente y la proyección a mediano plazo de la inversión social destinada a los niños, así como el comportamiento de los indicadores de pobreza e indigencia en los últimos dos años, permiten ser moderadamente optimistas, no deberíamos olvidar que la “deuda con la infancia” (Kaztman y Filgueira 2001) está aún muy lejos de saldarse.

Los logros alcanzados en estos últimos dos años deben ser aprovechados como base para avanzar en la reducción de la pobreza y la indigencia en toda la población y en los niños en particular. Por otra parte, determinar el impacto preciso que las políticas sociales del actual gobierno han tenido en la reducción de la pobreza y la indigencia demanda aún más investigación. De todos modos, la reducción observada de los niveles de pobreza hace pensar que algunas de las políticas que se están desarrollando estarían contribuyendo a mejorar los ingresos de buena parte de la población.

Más allá de estos primeros apuntes, varios problemas de fondo subsisten: lejos de haberse acortado la *ratio* entre los porcentajes de pobreza infantil y pobreza entre adultos, esta brecha ha aumentado en los últimos dos años.

II. Nutrición

1. Introducción

Conocer con precisión el estado nutricional de la población infantil es de suma importancia para establecer el estado de salud y el nivel de bienestar de ese grupo de edad. La nutrición y el cuidado de los niños más pequeños tienen un enorme impacto en el crecimiento y el desarrollo, no solo en esta etapa sino también en el resto de la vida del individuo. Una adecuada nutrición, el correcto cuidado de la salud y un ambiente seguro y protector durante la primera infancia son las condiciones que aseguran un correcto desarrollo y aumentan las posibilidades de una vida saludable y productiva para todas las personas.

Sin embargo, conocer el estado nutricional de la infancia no es sencillo. Dado el carácter rápidamente evolutivo de las primeras etapas de la vida, contar con un estudio completo y actualizado es complejo y, por cierto, costoso. Como forma de paliar la ausencia de ese monitoreo podemos recurrir a diferentes estudios que muestren al menos fragmentos de la *fotografía* completa, cuya composición requerirá un análisis cuidadoso.

En el mes de mayo de 2006 UNICEF, en conjunto con el MSP y el PNUD, llevó a cabo una jornada de

discusión técnica para actualizar la información disponible sobre el estado nutricional de los niños en el Uruguay. En ella se presentaron cuatro trabajos que en conjunto ofrecen una buena aproximación a la situación nutricional de los más pequeños. A continuación ofrecemos una síntesis de los cuatro trabajos.

En primer término, la presentación realizada por el MSP da cuenta del estado nutricional de los niños de 6 a 24 meses que se atienden en Salud Pública, quienes fueron relevados por el Sisven en el período 1996-2004.

En segundo lugar, la licenciada Isabel Bove presentó su trabajo *Evolución de la desnutrición en Uruguay*, que abarca los últimos diez años.

En reconocimiento a la importancia que tiene el hierro en el crecimiento y el desarrollo de los niños más pequeños, la Sociedad Uruguaya de Pediatría (Comité de Nutrición) y el MSP, con apoyo de UNICEF, llevaron a cabo una investigación sobre la prevalencia de anemia por déficit de hierro en niños de 6 a 24 meses atendidos en servicios del MSP. Ese trabajo se presenta en tercer lugar.

Por último, durante el año 2004 un equipo de la UdelaR, en colaboración con ANEP y con el apoyo de la CSIC, de UNICEF y del PNUD, en-

cuestó a 4254 niños en escuelas de ocho departamentos del país, a efectos de conocer el estado nutricional y la situación de sus familias y comparar los resultados con el trabajo realizado en 2002.

Estos cuatro trabajos aportan información muy valiosa para conocer el estado de la nutrición infantil en Uruguay y poner a consideración las características de las políticas que es necesario desarrollar como respuesta.

2. Estado nutricional de la infancia en Uruguay²⁷

El Sistema de Vigilancia del Estado Nutricional (Sisven) del MSP se ha desarrollado en tres etapas.

En la primera etapa (1980-1998) los objetivos fueron:

- identificar los problemas nutricionales de la población materna e infantil menor de 5 años cubierta por el MSP, especialmente la desnutrición; establecer su magnitud y su tendencia;
- proporcionar las bases técnicas necesarias para la gestión adecuada del programa de nutrición del MSP;
- evaluar el impacto de las actividades desarrolladas.

Metodología utilizada:

- 16 puestos centinelas en los 11 departamentos con mayor problemática de salud;
- censos bienales de historias clínicas.

La segunda etapa (2000-2004) tuvo los siguientes objetivos:

- cuantificar los problemas nutricionales de los niños menores de 5 años asistidos en los servicios del MSP en todo el país, utilizando indicadores antropométricos;
- estudiar la tendencia de los problemas detectados;
- identificar áreas prioritarias con mayor frecuencia de problemas nutricionales deficitarios.

Metodología utilizada:

- encuesta a través de los servicios del MSP en todo el país.

La tercera etapa (2005 en adelante) corresponde al Sistema de Información Nacional Alimentario Nutricional (Sinan), que se propuso:

- definir un sistema de información nacional alimentario nutricional para el establecimiento, el seguimiento y la evaluación de políticas, planes y programas nutricionales.

²⁷ Datos presentados por la Dra. Marta Illa, del Departamento de Nutrición del Ministerio de Salud Pública.

Metodología utilizada:

- desarrollo de diferentes módulos de indicadores nutricionales que abarquen toda la población del país: antropométricos, de consumo de alimentos y de vigilancia de micronutrientes.

Los datos relevados fueron:

- datos filiatorios, edad y sexo;
- peso, talla, circunferencia craneana y peso al nacer;
- amamantamiento y edad del destete.

2.1. Comparación del estado nutricional de los niños estudiados en 1996 y 2002 con los resultados más recientes de 2004²⁸

La información suministrada en esta oportunidad por el MSP agrega datos referidos a los años 2001 y 2004. Si comparamos esta información con la de 1996 y 2002, veremos que las conclusiones señaladas en la publicación del *Observatorio* anterior se mantienen:

1. El fenómeno más frecuente es la desnutrición crónica, que afecta en particular a los niños de un año de edad.

2. La frecuencia de la desnutrición crónica aumentó entre los años estudiados, con un descenso para todas las edades en 2004.
3. Si bien la desnutrición aguda no es un fenómeno relevante en la población estudiada, llamó la atención su incremento en el año 2004 (gráfico 8).
4. La desnutrición global está presente en la población estudiada y registró un incremento importante entre 1996 y 2002.

Indicadores para medir malnutrición:
definiciones y alcances

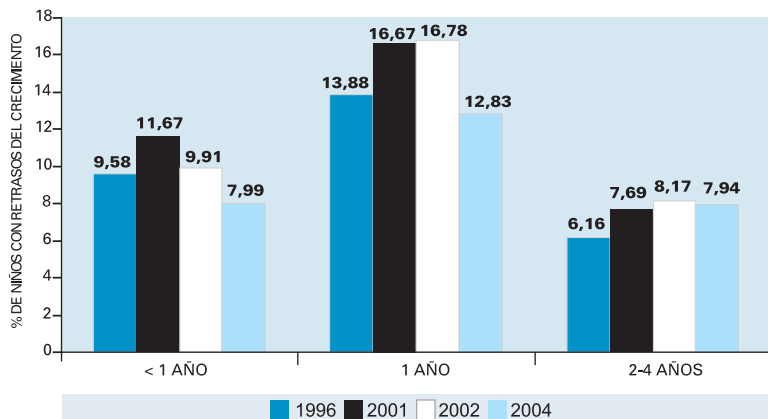
Bajo peso para la talla (desnutrición aguda). Es el peso significativamente por debajo de lo que se espera para un niño de la misma talla de la población de referencia. El indicador se modifica rápidamente en función de cambios en la disponibilidad de alimentos o la prevalencia de algunas enfermedades a las cuales el niño es muy sensible.

Baja talla para la edad (desnutrición crónica). El retardo de talla se debe a un enlentecimiento en el crecimiento lineal del niño, que no le permite alcanzar la talla de un niño bien nutrido y sano de la misma edad y el mismo sexo. Está asociado a la insuficiente ingesta proteico-calórica en forma crónica, las infecciones frecuentes, las prácticas incorrectas de alimentación durante períodos largos y el bajo nivel socioeconómico.

Bajo peso para la edad (desnutrición global). Es una medida compuesta por el retardo de talla y el bajo peso para la talla. Es útil para definir la magnitud y la extensión de la desnutrición en general y sus cambios a lo largo del tiempo.

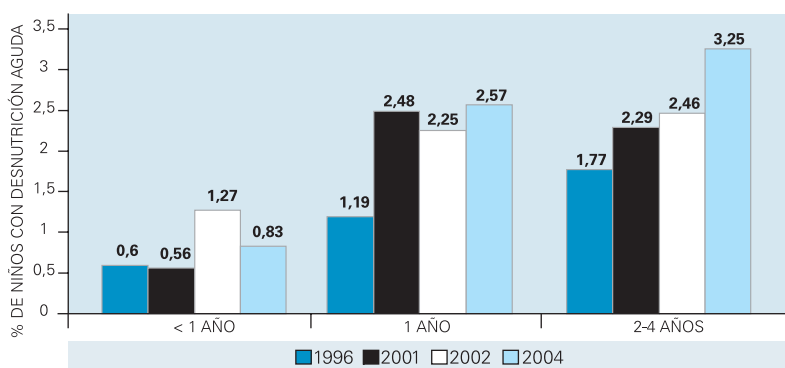
²⁸ Los datos de 1996 y 2002 ya fueron recogidos en el *Observatorio de los derechos de la infancia 2005*.

Gráfico 7. Evolución del porcentaje de niños con retraso de crecimiento (desnutrición crónica) según edades. Serie 1996-2004 (años seleccionados)



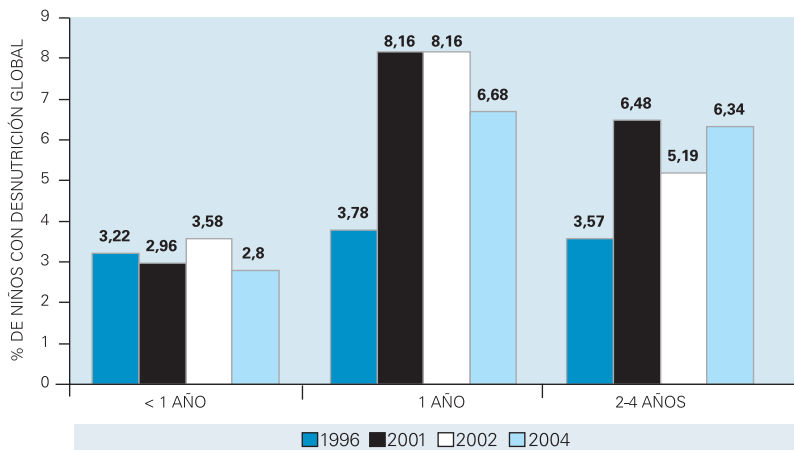
Fuente: SISVEN, MSP.

Gráfico 8. Evolución del porcentaje de niños con desnutrición aguda según edades. Serie 1996-2006 (años seleccionados)



Fuente: SISVEN, MSP.

Gráfico 9. Evolución del porcentaje de niños con desnutrición global según edades. Serie 1996-2004 (años seleccionados)



Fuente: SISVEN, MSP.

2.2. Evolución de la desnutrición en Uruguay²⁹

La información aportada en este caso se basa en datos recogidos en tres estudios realizados cuando se llevó a cabo la encuesta nacional sobre lactancia materna, durante los años 1997, 1999 y 2003. Los tres incluyeron población tanto del sector público como del sector privado y se desarrollaron en todo el país.

El estudio de la información disponible señala que en Uruguay los problemas de nutrición más frecuentes en la primera infancia (0 a 24 meses) son la desnutrición crónica (con mayor afectación de los niños en su primer año de vida), la obesidad y, en menor medida, el déficit de peso.

En el gráfico 10 se observa que la prevalencia de la obesidad y de la desnutrición crónica es similar, con valores de 8,9% y 8,4% respectivamente.

2.3. Desnutrición crónica (déficit de talla)

Como se ha señalado, el déficit de talla es el trastorno nutricional más frecuente en la población estudiada en las tres encuestas. Es más frecuente entre los niños del sector

²⁹ Este apartado está basado en el trabajo *Evolución de la desnutrición en Uruguay*, elaborado por Isabel Bove (inédito).

Cuadro 17
Niños estudiados según tipo de servicio de salud.
Serie 1997-2003 (años seleccionados)

Tipo de servicio de salud	1997	1999	2003	Total
	N.º	N.º	N.º	%
Público	2688	1615	1737	58%
Mutual	1935	1160	1249	42%
Total	4623	2775	2986	100%

Fuente: Encuestas Nacionales de Lactancia Materna. RUANDI-MSP-UNICEF (años 1997, 1999 y 2003).

Cuadro 19
Niños estudiados según edad.
Serie 1997-2003 (años seleccionados)

Edad del niño/a	1997	1999	2003
	N.º	N.º	N.º
Menor de 6 meses	1183	699	765
Entre 6 y 11 meses	1116	660	722
Entre 12 y 17 meses	1085	641	701
Entre 18 y 24 meses	1076	636	696
Total	4461	2636	2883

Fuente: Encuestas Nacionales de Lactancia Materna. RUANDI-MSP-UNICEF (años 1997, 1999 y 2003).

público, en el primer año de vida y en los varones.

Otro dato interesante tiene que ver con la comparación internacional. Al igual que en otros indicadores nutricionales, Uruguay se encuentra entre los países de la región con situación más favorable, junto a Chile, Costa Rica y Cuba. Sin embargo, es de los cuatro el que tiene resultados menos favorables. El déficit de talla en Uruguay para el total de la muestra es de 8,4%, mientras que en Chile es de 2%, y en Cuba y Costa Rica es de 5% y 6% respectivamente.

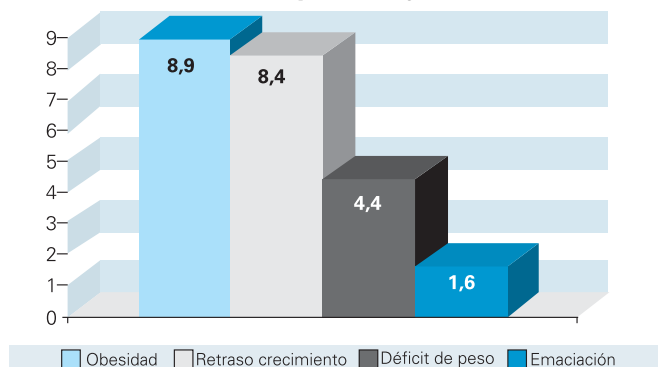
La gráfica de distribución de la población respecto de la normalidad muestra un desvío hacia la izquierda en el caso del total de la muestra, que es mayor para la submuestra del

Cuadro 18
Niños estudiados según tipo de servicio de salud y región. Serie 1997-2003 (años seleccionados)

Tipo de servicio de salud	1997	1999	2003	Total
	N.º	N.º	N.º	%
Público de Montevideo	1114	669	720	24,1
Público del interior	1573	945	1017	34,0
Mutual de Montevideo	641	385	414	13,9
Mutual del interior	1292	776	835	28,0
Total	4621	2775	2986	100,0

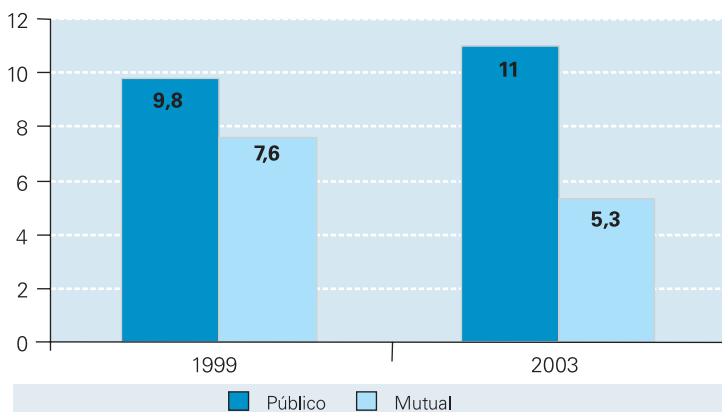
Fuente: Encuestas Nacionales de Lactancia Materna. RUANDI-MSP-UNICEF (años 1997, 1999 y 2003)

Gráfico 10. Prevalencia de los problemas de nutrición entre los niños uruguayos. Año: 2003. En porcentajes



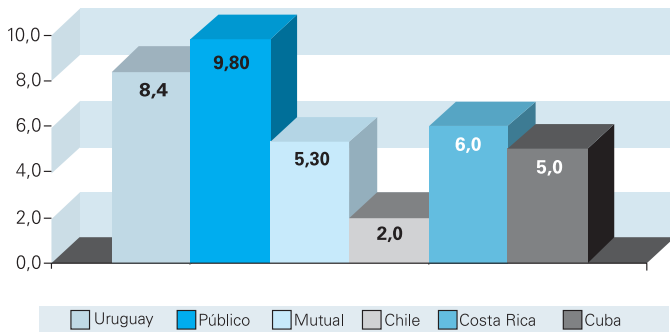
Fuente: 3.ª Encuesta Nacional de Lactancia Materna. RUANDI-MSP-UNICEF (2003) y datos del MSP-SISVEN.

Gráfico 11. Déficit de talla para la edad según sector de atención. En porcentajes



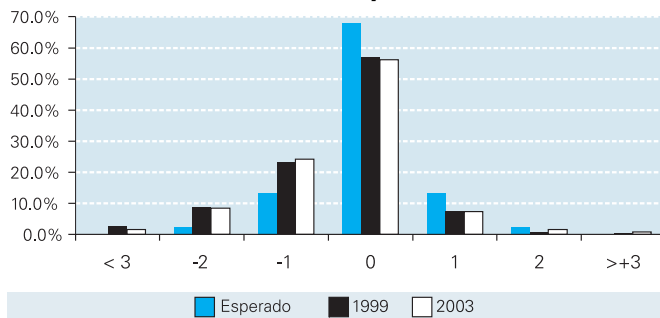
Fuente: Encuestas Nacionales de Lactancia Materna. RUANDI-MSP-UNICEF (1999, 2003).

Gráfico 12. Déficit de talla para la edad en países de la región seleccionados. Año 2003. En porcentajes



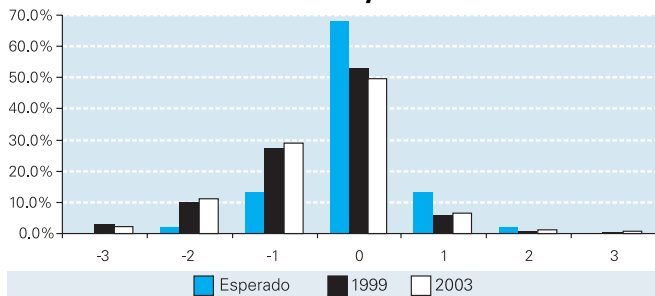
Fuente: Elaborado a partir de Encuesta Nacional de Lactancia Materna RUANDI-MSP-UNICEF (2003) y de *Progreso para la infancia, un balance en nutrición*. UNICEF, abril de 2006.

Gráfico 13. Desvíos estándar para distribución de la relación talla/edad para todos los niños. Años 1999 y 2003



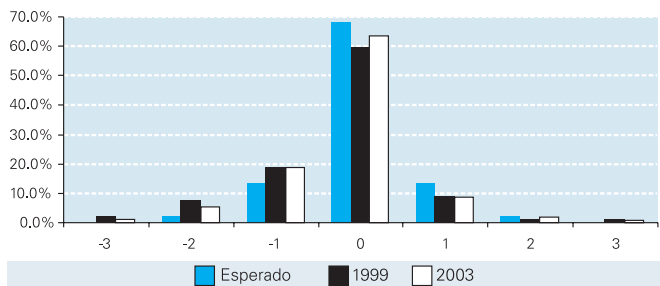
Fuente: Encuestas Nacionales de Lactancia Materna. RUANDI-MSP-UNICEF (1999, 2003).

Gráfico 14. Desvíos estándar para distribución de la relación talla/edad para todos los niños atendidos en el sistema de salud público. Años 1999 y 2003



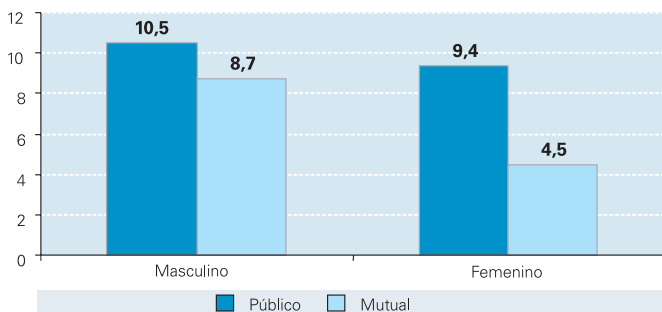
Fuente: Encuestas Nacionales de Lactancia Materna. RUANDI-MSP-UNICEF (1999, 2003).

Gráfico 15. Desvíos estándar para distribución de la relación talla/edad para todos los niños atendidos en el sistema de salud mutual. Años 1999 y 2003



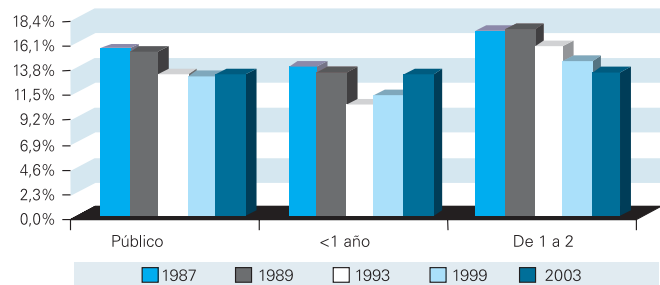
Fuente: Encuestas Nacionales de Lactancia Materna. RUANDI-MSP-UNICEF (1999, 2003).

Gráfico 16. Déficit de talla para la edad según sector de atención de salud. Año 2003



Fuente: Encuestas Nacionales de Lactancia Materna. RUANDI-MSP-UNICEF (1999, 2003).

Gráfico 17. Déficit de talla para en niños atendidos en el sector público según edad. Serie 1987-2003 (años seleccionados). En porcentajes



Fuente: Encuestas Nacionales de Lactancia Materna. RUANDI-MSP - UNICEF (1999 y 2003), datos del MSP-Sisven y datos de tres encuestas desarrollados para evaluar el PNCA del Instituto Nacional de Alimentación (con apoyo de UNICEF).

sector público. En el grupo del sector mutual el desvío es menor y la distribución se acerca más a la normalidad.

2.4. Desnutrición global (déficit de peso para la edad)

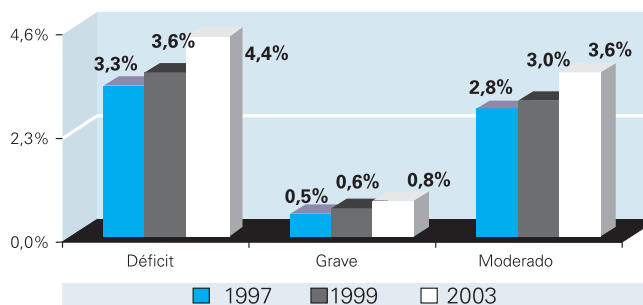
El déficit de peso para la edad es un trastorno que alcanza al 4,4% del total de la muestra del año 2003, con carácter moderado en un 3,6% y grave en un 0,8%. Este problema se acrecentó en la serie de tiempo analizada (gráfico 18).

A su vez, el déficit ponderal es mayor en el sector público que en el sector mutual, donde alcanza un 6,4% de la muestra de 2003. En este sector se verifica también un claro aumento del fenómeno en la serie estudiada. En el sector mutual, en cambio, el déficit ponderal se encuentra en el rango de lo esperado para la población de referencia (2,3%) y prácticamente no varió en los tres años considerados (gráfico 19).

Entre los datos observados en Montevideo y en el interior en los tres años estudiados no se observaron diferencias significativas.

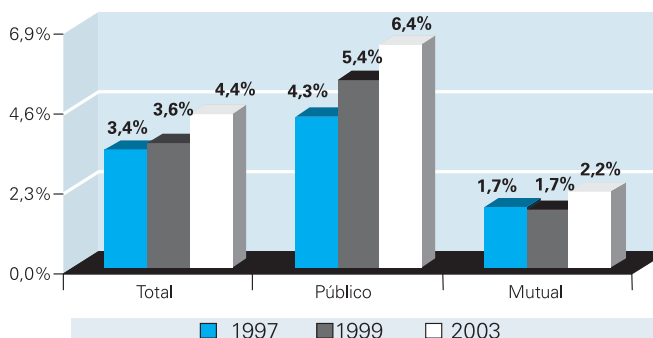
El déficit ponderal afecta más a los niños por encima del año de edad, según se aprecia en el gráfico 21. La comparación de los datos del MSP 2002 y los de la serie 2003 de

Gráfico 18. Déficit de peso para la edad (< 2 DS) para el total de los niños estudiados. Años 1997, 1999 y 2003. En porcentajes



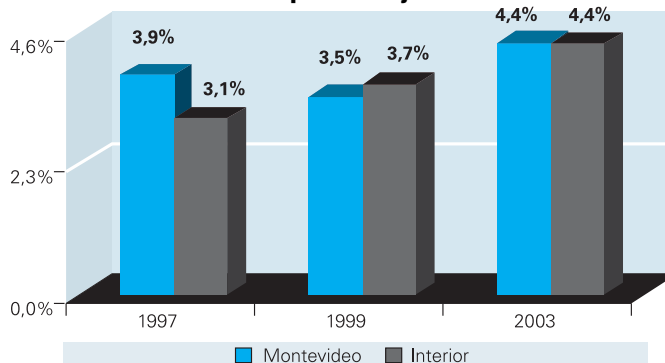
Fuente: Encuestas Nacionales de Lactancia Materna. RUANDI-MSP-UNICEF (1997, 1999 y 2003).

Gráfico 19. Déficit ponderal según sector de atención de salud. Años 1997, 1999 y 2003. En porcentajes



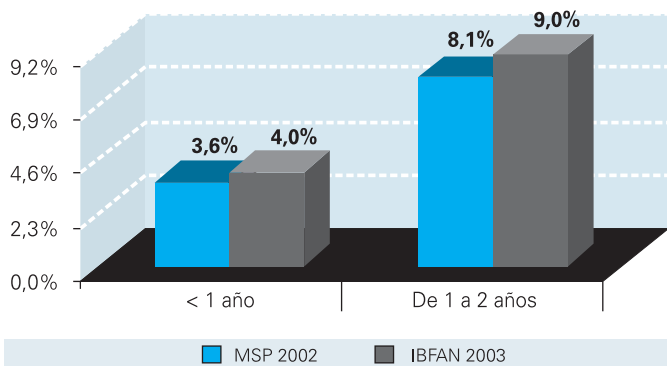
Fuente: Encuestas Nacionales de Lactancia Materna. RUANDI-MSP-UNICEF (1997, 1999 y 2003).

Gráfico 20. Déficit en la relación peso para la edad según área geográfica. Años 1997, 1999 y 2003. En porcentajes



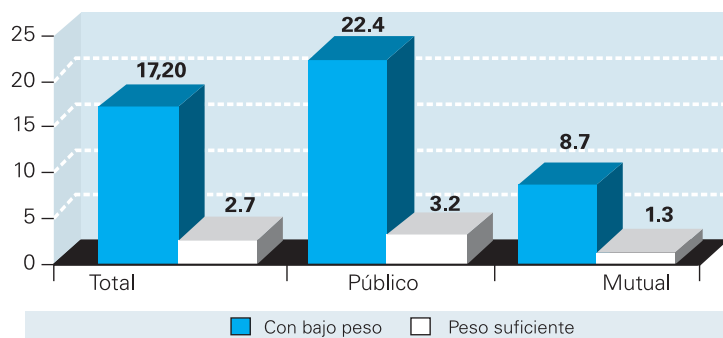
Fuente: Encuestas Nacionales de Lactancia Materna. RUANDI-MSP-UNICEF (1997, 1999 y 2003).

Gráfico 21. Déficit ponderal según edad. Años 2002 y 2003. En porcentajes



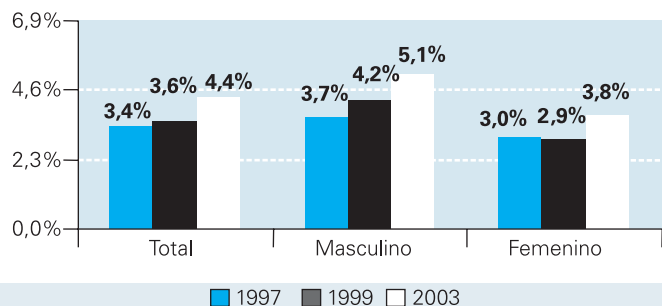
Fuentes: Encuesta Nacional de Lactancia Materna. RUANDI-MSP-UNICEF (2003) y MSP SISVEN (año 2002).

Gráfico 22. Déficit de peso y bajo peso al nacer. Año 2003. En porcentajes



Fuente: Encuesta Nacional de Lactancia Materna. RUANDI-MSP-UNICEF (2003).

Gráfico 23. Déficit de peso para la edad según sexo. Años 1997, 1999 y 2003. En porcentajes



Fuente: Encuestas Nacionales de Lactancia Materna. RUANDI-MSP-UNICEF (1997, 1999 y 2003).

los tres estudios mencionados no arroja diferencias significativas.

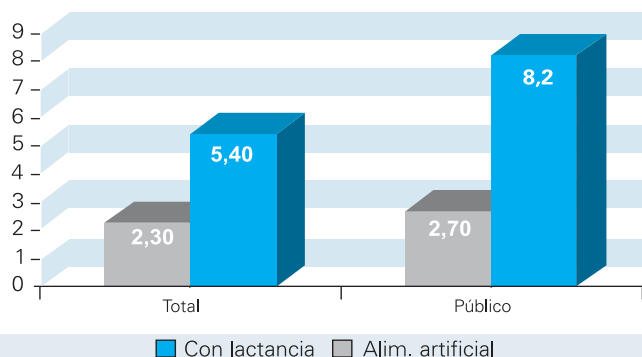
Como es conocido, el déficit de peso afecta más a aquellos niños que tuvieron bajo peso al nacer. En el gráfico 22 se ve que, tanto para el total de la muestra como para los dos subgrupos, el porcentaje de niños con déficit ponderal es mayor entre los que tuvieron bajo peso al nacer.

El déficit de peso fue también más frecuente entre los varones que entre las niñas, en los tres años estudiados (gráfico 23).

Por último, se señala la asociación entre déficit ponderal y la alimentación artificial, que muestra claramente el carácter protector de la lactancia materna. Del mismo modo, es notoria la relación entre déficit ponderal y nivel educativo de la madre (gráficos 24 y 25).

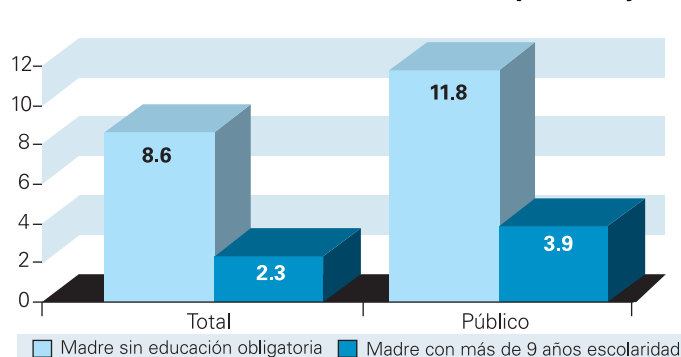
Nuevamente, la comparación con países de América Latina ubica a Uruguay entre los que exhiben niveles más bajos de desnutrición, junto con Chile, Costa Rica y Cuba. Sin embargo, la comparación dentro de este grupo resulta otra vez desfavorable. Los niveles de déficit ponderal ubican a Uruguay en tercer lugar, con un 4,4%, detrás de Chile (1%) y Cuba (4%) y antes que Costa Rica (5%). Las cifras de bajo peso al nacer son mayores en Uruguay que en los otros tres países, como lo muestra el gráfico 26.

Gráfico 24. Lactancia materna y déficit de peso. Año 2003. En porcentajes



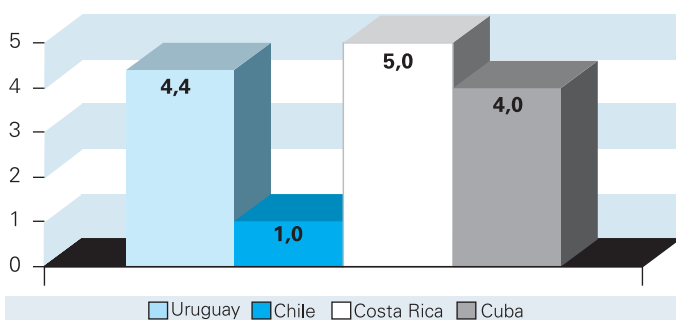
Fuente: Encuesta Nacional de Lactancia Materna. RUANDI-MSP-UNICEF (2003).

Gráfico 25. Déficit de peso para la edad según educación de la madre. Año 2003. En porcentajes



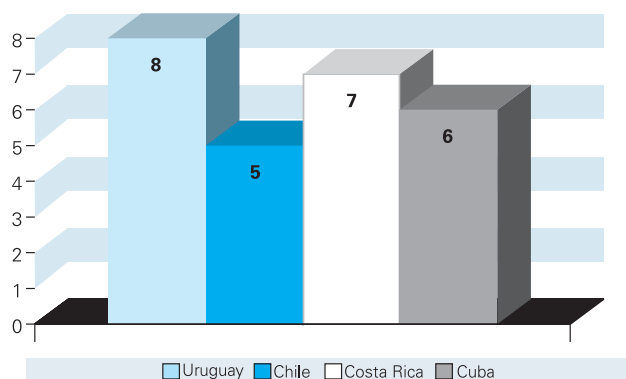
Fuente: Encuesta Nacional de Lactancia Materna. RUANDI-MSP-UNICEF (2003).

Gráfico 26. Déficit de peso para la edad en países de la región seleccionados. Año 2003. En porcentajes



Fuente: Elaborado a partir de Encuesta Nacional de Lactancia Materna RUANDI-MSP-UNICEF (2003) y de *Progreso para la infancia, un balance en nutrición*. UNICEF, abril de 2006.

Gráfico 27. Bajo peso al nacer en países de la región seleccionados. Año 2003. En porcentajes



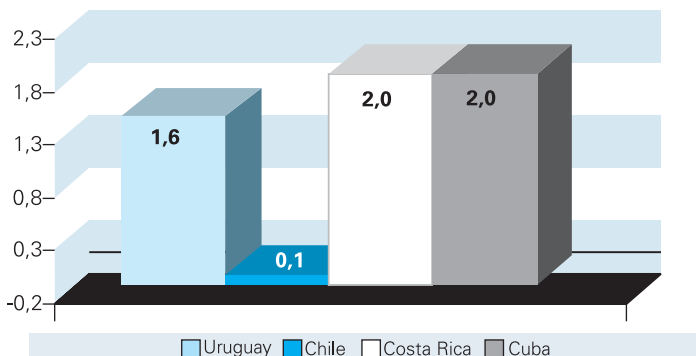
Fuente: Elaborado a partir de Encuesta Nacional de Lactancia Materna RUANDI-MSP-UNICEF (2003) y de *Progreso para la infancia, un balance en nutrición*. UNICEF, abril de 2006.

2.5. Desnutrición aguda (emaciación)

La desnutrición aguda o emaciación (peso/talla por debajo de -2 DS) no representa un problema relevante, ya que, como se advierte en el cuadro 8, en todas las muestras estudiadas se observó una prevalen-

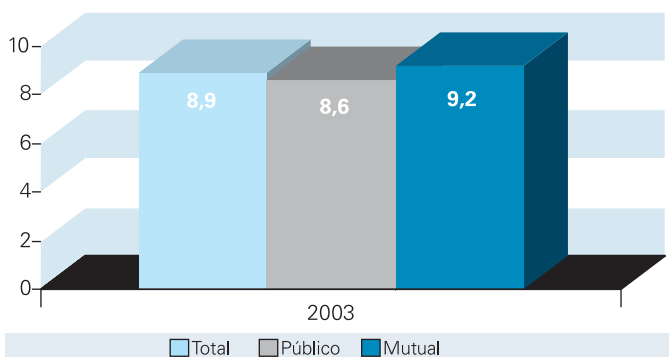
cia (2003: 1,6%) menor que la esperada en una población de referencia (2,3%). En el año 2003 solo un 0,9% de los niños del sector mutual presentaron bajo peso para la talla, mientras que entre los niños asisti-

Gráfico 28. Emaciación peso/talla en países de la región seleccionados. Año 2003. En porcentajes



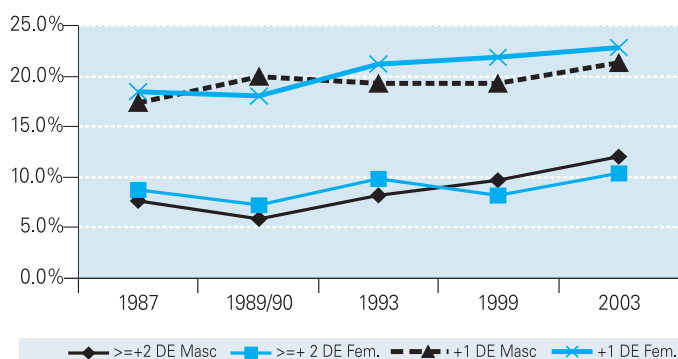
Fuente: Elaborado a partir de Encuesta Nacional de Lactancia Materna RUANDI-MSP-UNICEF (2003) y de *Progreso para la infancia, un balance en nutrición*. UNICEF, abril de 2006.

Gráfico 29. Prevalencia de la obesidad según sector de atención de salud. Año 2003. En porcentajes



Fuente: Encuesta Nacional de Lactancia Materna RUANDI-MSP-UNICEF (2003).

Gráfico 30. Obesidad y sobrepeso según sexo. Años 1987, 1989, 1993, 1999 y 2003. En porcentajes



Fuente: Encuestas Nacionales de Lactancia Materna. RUANDI-MSP-UNICEF (1999 y 2003), datos del MSP-Sisven y datos de tres encuestas desarrolladas para evaluar el PNCA del Instituto Nacional de Alimentación (con apoyo de UNICEF).

dos por el sector público tampoco se observaron valores por encima de lo esperado (2003: 1,9%). Los resultados en Montevideo y el interior fueron similares, sin diferencias importantes entre regiones. La comparación con países de América Latina (gráfico 28) ubica a Uruguay con niveles de emaciación menores que Costa Rica y Cuba, aunque en el conjunto se destacan los niveles notoriamente bajos de Chile (0,1%).

2.6. Obesidad y sobrepeso

Hemos visto que la obesidad es —junto con la desnutrición crónica y con cifras similares— uno de los trastornos nutricionales más frecuentes en el país entre los niños de 0 a 2 años. La prevalencia de la obesidad en el total de la muestra es de 8,9%, sin diferencias entre los sectores público y mutuo (gráfico 29). Tampoco se advierten diferencias significativas en relación con el sexo o la edad.

Los datos acerca del sobrepeso indican un porcentaje mayor que el esperado entre los niños estudiados (20,6% con respecto a 13,5%), por lo que este también debe destacarse como trastorno nutricional de la población estudiada (gráfico 30).

La comparación con países de la región no muestra mayores diferencias. La excepción es Costa Rica, cuyos niveles de obesidad solo alcanzan al 6,0% de la población menor de 2 años (gráfico 32).

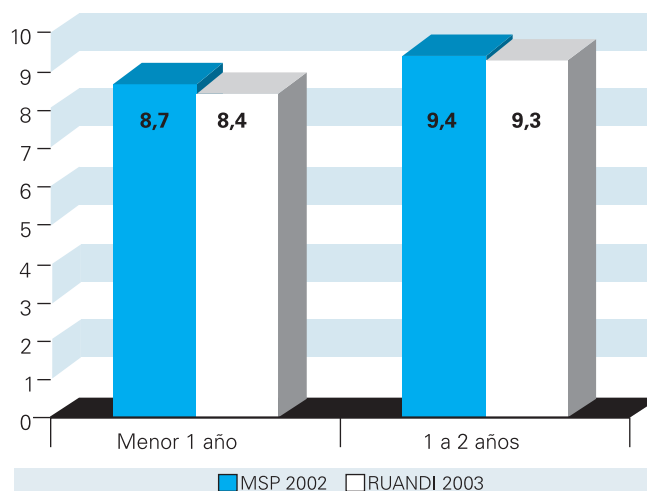
3. Prevalencia de anemia por déficit de hierro en niños de 6 a 24 meses

La deficiencia de hierro es el problema nutricional más frecuente en el mundo; según estimaciones de la OMS, afecta a unos 700 millones de personas. La importancia del déficit de hierro en la primera infancia reside no solo en su alta prevalencia, sino también en sus consecuencias, dado que menoscaba seriamente el crecimiento físico y el desarrollo mental del niño.

El déficit de hierro produce, entre otras cosas, disminución de los niveles de hemoglobina en sangre (lo que se conoce como *anemia*), y el estudio de la anemia por deficiencia de hierro es la forma más común de diagnosticarlo.

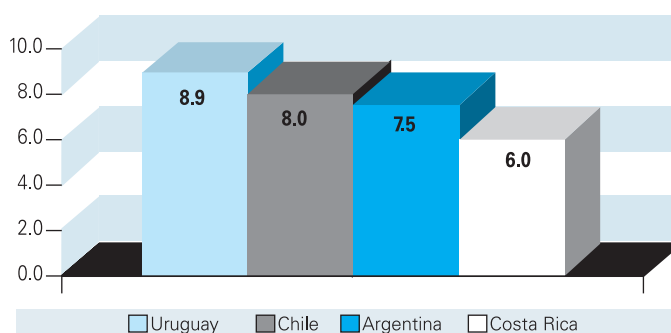
El Comité de Nutrición de la Sociedad Uruguay de Pediatría y el Ministerio de Salud Pública, con el apoyo de UNICEF, realizaron un "Estudio de la prevalencia de la deficiencia de hierro en niños de 6 a 24 meses de edad usuarios de los servicios

Gráfico 31. Obesidad en el sector público de atención de salud según edades. Años 2002 y 2003. En porcentajes



Fuente: Para el año 2002, MSP; para el 2003 Encuesta Nacional de Lactancia Materna RUANDI-MSP-UNICEF (2003).

Gráfico 32. Incidencia de la obesidad en países de la región seleccionados. Año: 2003. En porcentajes



Fuente: Elaborado a partir de Encuesta Nacional de Lactancia Materna RUANDI-MSP-UNICEF (2003) y de *Progreso para la infancia, un balance en nutrición*. UNICEF, Abril de 2006.

del MSP". Para este estudio se llevó a cabo una encuesta a una muestra representativa de niños seleccionada a través de los servicios públicos de salud.

Los niños incluidos en el estudio debían tener entre seis meses y dos

años de edad, haber nacido de parto a término y con peso al nacer de 2500 g o más, haber sido citados para control del niño sano, no tener patologías infecciosas ni parasitarias en curso y no haber recibido inmunizaciones en las dos semanas previas. El tamaño final de la muestra fue de 444 niños.

3.1. Evaluación del estado nutricional de los niños estudiados

Si tenemos en cuenta que los niños incluidos en este estudio se atendían en el sector público, veremos que los datos sobre el déficit de talla y el déficit de peso para la talla coinciden con los resultados de los otros trabajos mencionados. Llamen la atención, sin embargo, los niveles más bajos de déficit ponderal hallados en este grupo.

Cuadro 20
Evaluación del estado nutricional de los niños encuestados por edades. Año 2005. En porcentajes

Edad	Talla/edad < 2 DS en %	Peso/talla < 2 DS en %	Peso/edad < 2 DS en %	Peso/talla > 2 DS en %
Niños < 1 año de la muestra	11,23	0,53	0	18,18
Niños < 1 año del Sinan (MSP)	13,87	1,16	7,47	10,4
Niños de 1 año y + de la muestra	12,45	2,41	5,51	8,84
Niños de 1 año y + del Sinan	13,67	1,45	5,71	14,49
Total muestra	12,33	1,60	3,15	12,79
Total Sinan	13,78	1,29	6,69	12,22

Fuente: Sociedad Uruguaya de Pediatría, MSP y UNICEF. 2006.

3.2. Resultados del estudio de las reservas de hierro

En una submuestra de 304 niños, se encontró que 62,8% (191 niños) tenían disminuidas sus reservas de hierro. De ese grupo se estableció que la depleción de hierro era grave en un 59%, moderada en un 21% y leve en un 20% (gráfico 33).

La frecuencia de la depleción de hierro no tuvo diferencias significativas en relación con la edad ni el sexo de los niños estudiados (gráficos 34 y 35).

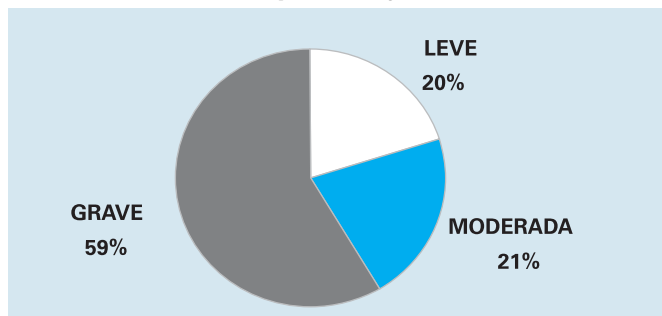
3.3. Resultados de los estudios sobre anemia

En el total de la muestra (444 niños), se encontró que el 53,8% (239 niños) tenía anemia, leve en el 82,8% de los casos, moderada en el 15,9% y grave en el 1,3%.

La anemia fue más frecuente en el tercer trimestre de vida de los niños (62%) y en el segundo y tercer semestres (gráficos 37 y 38), y no mostró diferencias significativas por sexo (gráfico 39).

En relación con el peso al nacer y la edad gestacional, el cuadro 21 muestra que aquellos niños con peso menor que el adecuado para su edad gestacional presentaron

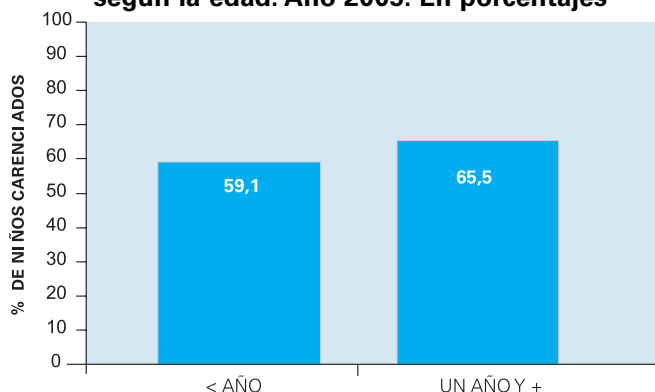
Gráfico 33. Distribución de los niños con depleción* de hierro según intensidad. Año 2005. En porcentajes



Fuente: OMS-UNICEF-UNU (1997).

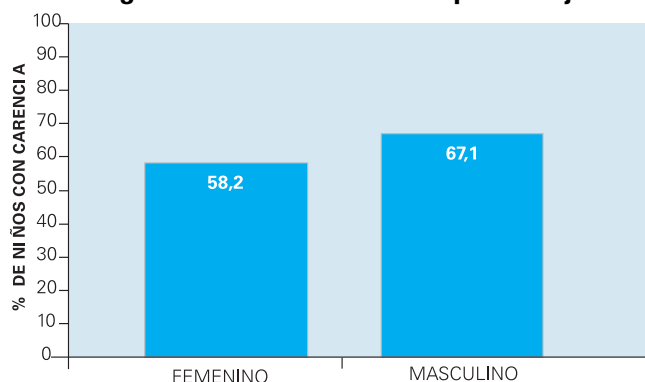
* Magnitud de la depleción de hierro: deficiencia leve, ferritina entre 24 y 18 pg/cc; deficiencia moderada, ferritina entre 17 y 12 pg/cc; deficiencia grave, ferritina menor de 12 pg/cc.

Gráfico 34. Frecuencia de la depleción de hierro según la edad. Año 2005. En porcentajes



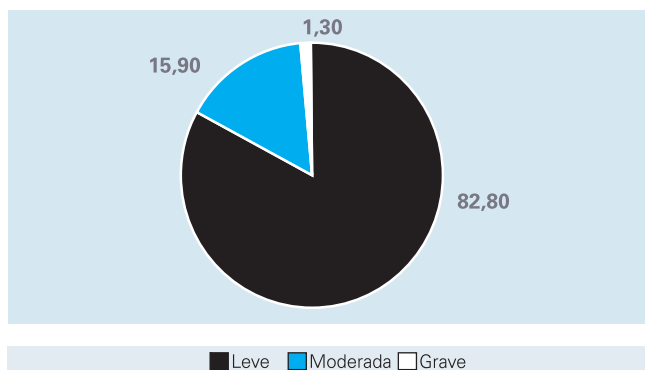
Fuente: Sociedad Uruguaya de Pediatría, MSP y UNICEF. 2006.

Gráfico 35. Frecuencia de la depleción de hierro según el sexo. Año 2005. En porcentajes



Fuente: Sociedad Uruguaya de Pediatría, MSP y UNICEF. 2006.

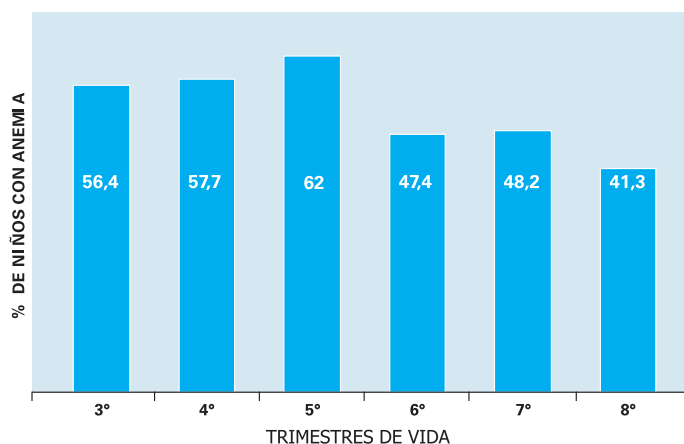
Gráfico 36. Distribución de los niños con anemia ferropénica* según su magnitud. Año 2005. En porcentajes



Fuente: OMS-UNICEF-UNU (1997).

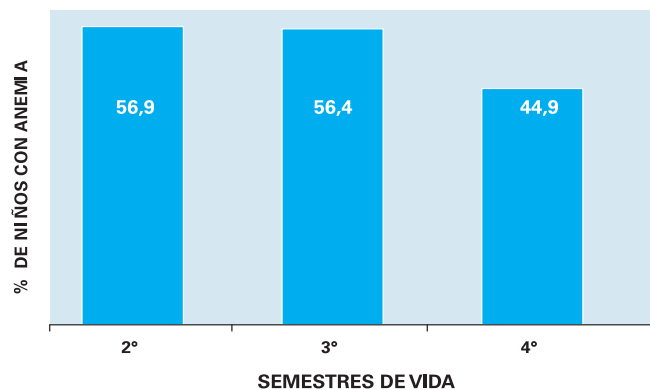
* Magnitud de la anemia:
 - leve: hemoglobina entre 9 y 10,9 g/dl;
 - moderada: entre 7 y 8,9 g/dl;
 - grave: menor de 7 g/dl.

Gráfico 37. Frecuencia de la anemia por trimestres de vida. Año 2005. En porcentajes



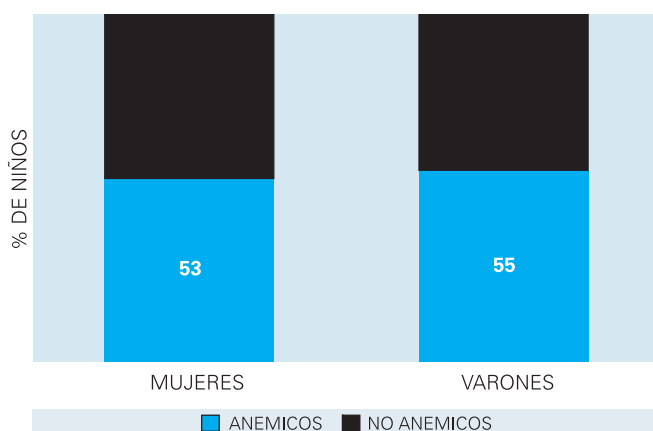
Fuente: Sociedad Uruguaya de Pediatría, MSP y UNICEF. 2006.

Gráfico 38. Frecuencia de la anemia por semestre de edad de los niños. Año 2005. En porcentajes



Fuente: Sociedad Uruguaya de Pediatría, MSP y UNICEF. 2006.

Gráfico 39. Frecuencia de la anemia por sexo. Año 2005. En porcentajes



Fuente: Sociedad Uruguaya de Pediatría, MSP y UNICEF. 2006.

mayor frecuencia de anemia (70,5%) que aquellos con peso adecuado (51,2%) (cuadro 21).

Por otro lado, entre los niños con peso insuficiente al nacer se encontró mayor frecuencia de anemia (67,7%) que entre los de peso normal (48,1%).

**Cuadro 21
Frecuencia de la anemia según PEG. Año 2005**

	Anemia		
	Si	No	Total
PEG	43	18	61
No PEG	196	187	383
Total	239	205	444

Fuente: Sociedad Uruguaya de Pediatría, MSP y UNICEF. 2006.

**Cuadro 22
Frecuencia de la anemia según el peso al nacer de los niños. Año 2005. En porcentajes**

	Con anemia	Sin anemia	Porcentaje
Niños con PRN 2999-2500 g	88	42	67,7
Niños con PRN >= 3000 g	151	163	48,1

Fuente: Sociedad Uruguaya de Pediatría, MSP y UNICEF. 2006.

4. El estado nutricional de los niños y las políticas alimentarias³⁰

La encuesta sobre "El estado nutricional de los niños y las políticas alimentarias", desarrollada entre 2004 y 2005, se propuso analizar la situación nutricional de los niños que asistían a primer grado escolar en escuelas públicas del país. En las escuelas se relevó información antropométrica de peso y talla, y en los hogares se realizó una encuesta que recabó información socioeconómica y sobre morbilidad, actividades cotidianas y hábitos alimentarios de los niños.

Los resultados muestran que 77,6% de los niños de primer año de las escuelas públicas del país tiene una talla normal para la edad, mientras que 22,5% presenta algún tipo de retraso (moderado en el 17,9% de los casos y grave en el 4,6%). No se detectan diferencias significativas entre el Gran Montevideo y el interior del país. Los resultados tampoco muestran diferencias con respec-

³⁰ Este capítulo está basado en un estudio realizado con niños que asistían a primer año en escuelas públicas en el 2004. Este estudio fue realizado por Verónica Amarante, Rodrigo Arim, Cecilia Severi y Andrea Vigorito, con el apoyo técnico de Isabel Aldabe y con la colaboración de Gioia de Mello, Andrea Rodríguez y Gonzalo Salas. Instituto de Economía, FCEA (UdelaR), con el apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República, PNUD y UNICEF.

Cuadro 23
Resultados de talla para la edad.
Gran Montevideo e interior. Años 2002 y 2004

	Normal			Retraso moderado			Retraso grave			Retraso total
	Min.	Media	Máx.	Min.	Media	Máx.	Min.	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 la ESNN 2004 y Censo de talla 2002.

to al anterior relevamiento, correspondiente al censo de talla de 2002.

Al igual que en censos anteriores, se hallaron diferencias significativas entre los sexos: las niñas presentaron niveles menores de retraso de talla que los varones (21,1% y 23,6%, respectivamente). Se encontró también una importante diferencia entre los niños repetidores y el resto de los alumnos: la frecuencia de retraso de talla fue de 38% entre los repetidores y de 19,5% entre los alumnos que cursaban el grado por primera vez.

Las distribuciones de los valores de peso para la talla y del índice de masa corporal (IMC) mostraron un importante corrimiento hacia la derecha con respecto a lo que cabría esperar según los estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Entre el 20% y el 22% de la población presentó problemas de sobrepeso y obesidad, sin diferencias entre el Gran Montevideo y el resto del país (20% para peso/talla y 22% para el IMC). Estos indicadores también reflejaron importantes diferencias según sexo, pero esta vez las niñas fueron las más afectadas: mientras 19,1% de los varones presentaron algún grado de exceso de peso, una de cada cuatro niñas estaba afectada por el problema (25,4%).

Cuadro 24
Resultados de talla para la edad. Varones y niñas.
Años 2002 y 2004

	Normal			Retraso moderado			Retraso grave			Retraso total
	Min.	Media	Máx.	Min.	Media	Máx.	Min.	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
NCHS estándar		84,1			13,6			2,3		15,9

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

Cuadro 25
Resultados de talla para la edad.
Repetidores y no repetidores. Año 2004

	Normal			Retraso moderado			Retraso grave			Retraso total
	Min.	Media	Máx.	Min.	Media	Máx.	Min.	Media	Máx.	
Repetidores	57,7	62,0	66,0	22,9	26,4	30,5	8,7	11,6	14,2	38,0
No repetidores	79,1	80,5	81,9	15,0	16,3	17,6	2,6	3,2	3,9	19,5
NCHS estándar		84,1			13,6			2,3		15,9

Fuente: Elaborado con datos de ESNN 2004.

Cuadro 26
Incidencia de problemas nutricionales según el indicador de peso para la talla. Años 2002 y 2004

Situación nutricional	Encuesta 2004						Encuesta 2002			NCHS Estándar
	Total			Gran Mdeo.	Resto del interior	Total				
	Min.	Media	Máx.			Min.	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 la ESNN 2004 y Encuesta 2002.

Cuadro 27
Resultados 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 la ESNN 2004.

Cuadro 28
Ingreso per cápita promedio mensual según talla para la edad. En pesos uruguayos del 2004

	Normal	Retraso moderado	Retraso grave	Total
Gran Montevideo				
Ingreso per cápita (promedio)	2091	1478	1210	2060
Diferencia con el ingreso per cápita total	1,5%	-28,3%	-41,2%	
Resto del país urbano				
Ingreso per cápita (promedio)	1891	1347	1188	1750
Diferencia con el ingreso per cápita total	8,1%	-23,0	-32,1%	
Total país urbano				
Ingreso per cápita (promedio)	2272	1596	1240	1911
Diferencia con el ingreso per cápita total	18,9%	-16,5%	-35,1%	

Fuente: Elaborado con datos de la ESNN 2004.

Cuadro 29
Ingreso per cápita promedio mensual según índice de masa corporal y peso para la talla. En pesos uruguayos de 2004

Situación nutricional	Gran Montevideo		Resto del país urbano		Total	
	Promedio del ingreso per cápita	Diferencia con ingreso promedio	Promedio del ingreso per cápita	Diferencia con ingreso promedio	Promedio del ingreso per cápita	Diferencia con ingreso promedio
Índice de masa corporal						
Sobrepeso	1976	33,4%	2399	37,1%	1700	36,3%
Normal	1911	-7,3%	1639	-6,3%	1779	-6,9%
Déficit	2748	-4,1%	1499	-14,4%	2605	-11,0%
Total	2060		1750		1911	
Peso para la talla						
Obesidad	2676	29,9%	2157	23,3%	2470	23,4%
Sobrepeso	2692	30,7%	2238	27,9%	2496	24,7%
Normal	1922	-6,7%	1691	-3,3%	1812	-9,5%
Déficit*	1953	-5,2%	1414	-19,2%	1627	-18,7%
Total	2060		1750		1911	

Fuente: Elaborado con datos de la ESNN 2004.

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

Se encontró una fuerte asociación entre el nivel de ingresos del hogar y la talla: cuanto menor es el nivel de ingresos del hogar, mayor es el porcentaje de retraso de talla. Esta asociación también se presenta con los resultados de peso, medidos a través del indicador peso/talla y del IMC, pero en forma inversa: cuanto mayores son los ingresos del hogar, mayor es el porcentaje de sobrepeso y obesidad. Es decir que, mientras los factores asociados al retraso de talla parecen ligarse a la pobreza, los asociados a la obesidad probablemente se relacionen con hábitos y variables vinculadas al consumo y comportamentales.

Cuadro 30
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 la ESNN 2004.

Se encontró una fuerte vinculación entre el tamaño del hogar y la situación nutricional: entre los niños que presentan retraso de talla, el número de integrantes del hogar es mayor que en el resto. También se constató que los problemas de talla aumentan con la cantidad de niños en el hogar. En cuanto a los problemas de exceso de peso, se encontró una mayor prevalencia de sobrepeso y

obesidad en los hogares más pequeños y con menor cantidad de niños.

Se constató una mayor incidencia de los problemas de retraso de talla entre los niños cuya madre tenía un nivel educativo correspon-

Cuadro 31
Incidencia de problemas nutricionales según nivel educativo de la madre. 2004

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

Fuente: Elaborado con datos de la ESNN 2004.

diente a primaria completa o menos. Una vez superado dicho umbral, no se detectaron diferencias apreciables en los siguientes niveles educativos, lo que se asoció al carácter básico de las privaciones nutricionales.

Al igual que en otros estudios, el peso al nacer mostró una fuerte asociación con el estado nutricional de los niños: aquellos con menor peso al nacer tenían mayores probabilidades de presentar retraso de talla en primer año escolar, mientras que los que tenían exceso de peso en primer año escolar habían presentado mayor peso al nacer.

De igual modo, las medidas antropométricas de la madre tuvieron una clara asociación con los resultados antropométricos de los niños. Aquellos con problemas de retraso de talla y de peso para la talla presentaron 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 asoció con una tendencia similar de las madres, tanto en relación con el índice de masa corporal en el momento de la encuesta como con el peso antes del embarazo.

Se analizó el acceso a programas de alimentación por estrato socioeconómico y se encontró 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. Cabe destacar que casi la mitad de los hogares con problemas nutricionales no recibían asistencia alimentaria en el momento del estudio (52,3% de los niños con retraso de talla moderado y 53,6% de los niños con retraso grave). Lo mismo se aplica al Programa de Alimentación Escolar (PAE), cuyos servicios, si bien se concentran en mayor medida en los hogares de menor nivel socioeconómico, no llegaban a todos los niños de ese nivel.

En cuanto a las causas por las cuales los niños no concurrían al comedor, la respuesta más frecuente fue que se prefería que el niño comiera en la casa. Entre los niños con retraso de talla hubo una mayor proporción de hogares que declararon que la comida servida en el comedor no era del agrado del niño. Los niños que asistían al PAE presentaron porcentajes altos de sobrepeso y obesidad; sin embargo, éstos eran menores que entre los que no asistían, lo cual es consistente con la vinculación, ya comentada, 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 está instalado y no puede revertirse, por cuanto 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 el crecimiento es más acelerado, son las etapas en que 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. No obstante, otros hallazgos del estudio muestran la necesidad de diseñar 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 —por ejemplo, promover el control del embarazo, vigilar el incremento de peso de la gestante o promover la lactancia materna—. También los países han implementado diversas estrategias que tuvieron excelentes resultados en el crecimiento de los niños, como la fortificación de alimentos con hierro y con cinc. Finalmente, el alto porcentaje de sobrepeso y obesidad requiere de acciones complementarias dirigidas a promover estilos de vida saludables, que incluyan alimentación y ejercicio. La escuela es identificada como un ámbito excepcional para la educación en estos hábitos.



