

2023

FACULTAD DE  
**CIENCIAS MÉDICAS**



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE LA PLATA

**TESINA DE GRADO**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN

**ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA  
EN NIÑOS/AS MENORES DE 2 AÑOS  
QUE RECIBEN LA TARJETA  
ALIMENTAR**

PROPUESTA CREADA POR: BERRIO ERIKA AYELEN,  
MONTTOYA JIMENA AGOSTINA, PULH ROCIO MAGALI,  
SCROPANICH LARA, TROVATO DELFINA.

TUTORA: MALPELLI, AGUSTINA.  
AYUDANTE METODOLOGICO: KRUGER, ANA LUZ

---

## AGRADECIMIENTOS

A nuestros padres y hermanos por ser el sostén principal de nuestra vida personal, por su comprensión y apoyo incondicional, por los sacrificios tomados para cumplir nuestros objetivos.

A nuestros familiares y amigos que han estado presentes durante el recorrido de este camino.

A nuestros novios por incentivarnos a no bajar los brazos ante cada situación difícil que atravesamos a lo largo de estos años y ser un apoyo incondicional.

A nuestros docentes por transmitirnos sus conocimientos y prepararnos en cada instancia de aprendizaje a lo largo de esta carrera.

Mención especial a nuestra profesora y tutora la Licenciada Agustina Malpelli, por acompañarnos y guiarnos en el desarrollo de este trabajo, por brindarnos su tiempo y espacio cada vez que lo solicitamos, por comprometerse desde el primer momento a ser nuestra tutora de tesis, transmitirnos tranquilidad en los momentos de caos y desesperación.

A todos ellos, queremos darles las gracias por ser parte de este hermoso recorrido, con sus altos y bajos, el cual quedará por siempre en nuestros corazones.

Por otro lado, agradecer al Instituto de Desarrollo e Investigación Pediátrica y a las personas que lo integran, por prestarnos su espacio para realizar el trabajo de campo y su buena predisposición.

A los participantes del estudio por confiar y prestarse a participar de nuestra investigación.

A nosotras por acompañarnos y sostenernos en cada decisión tomada, por incentivarnos cada vez que se presentaba un problema, por formar este gran grupo de trabajo y compartir cada anécdota personal, permitiendo que este trayecto sea más agradable y ameno. Por confiar en cada palabra redactada en la tesis y por complementarnos en todo momento, pudiendo decir hoy en día que somos y seremos grandes profesionales, colegas y amigas.

## **RESUMEN**

*Los primeros años de vida constituyen una alta vulnerabilidad nutricional, relacionándose de forma directa con la posición socio-económica, que conlleva a acceder a políticas de complemento integral alimentario como la tarjeta alimentar (TA). El objetivo de este trabajo de investigación fue describir la alimentación complementaria de niños/as de 6 a 24 meses titulares de derecho de la Tarjeta Alimentar (TA) que asistían al Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas (IDIP) a controles periódicos de salud. Se realizó un estudio de corte transversal, descriptivo, prospectivo. Se evaluaron la alimentación (consumo de vitaminas y minerales y % de adecuación a las recomendaciones, consumo de alimentos con sellos de advertencia, lactancia materna continuada), antropometría (Peso/talla, Talla/Edad, Peso/talla) y si recibieron educación alimentaria (EAN). El análisis estadístico descriptivo se realizó con Excel y las variables se presentan como frecuencia (%) o mediana (RIC), según corresponda. Entre agosto y octubre, se realizaron 52 recordatorios. Para el análisis se dividió a la población en dos grupos G1 (6 a 11 meses) y G2 (12 a 24 meses). Los resultados mostraron que en el G1 el 75% de los lactantes no cubrió con las recomendaciones de hierro y Vitamina A, en el G2 el 50% no cubrió con las recomendaciones de calcio y solo 5% cubrió los requerimientos de vitamina D. El consumo de alimentos con al menos un sello de advertencia fue del 57,1% en el G1 y del 75% en el G2, y la práctica de lactancia materna continuada fue de alrededor de 50% en ambos grupos. Ninguna de las familias encuestadas recibió EAN. Se halló que el 7% de los niños del G1 y el 4% del G2 tuvieron baja talla y exceso de peso, respectivamente. Conclusiones: La alimentación complementaria de esta población titular de TA requiere ser reforzada con estrategias de EAN para evitar deficiencias en el consumo de nutrientes críticos y disminuir el consumo de alimentos ultraprocesados.*

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
JUSTIFICACIÓN	6
MARCO TEÓRICO	7
GRUPOS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD	7
VULNERABILIDAD ALIMENTARIA	7
ESTADO NUTRICIONAL	7
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	8
TARJETA ALIMENTAR	9
SELLOS DE ADVERTENCIA	9
ESTADO DEL ARTE	10
OBJETIVO GENERAL	13
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
METODOLOGÍA	13
INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	14
ASPECTOS BIOÉTICOS	15
ANÁLISIS DE DATOS	15
RESULTADOS	16
Valoración del Estado Nutricional	16
Distribución de macronutrientes	18
Porcentaje de adecuación de vitaminas y minerales en niños/as de 6 a 11 meses	20
Porcentaje de adecuación de vitaminas y minerales en niños/as de 12 a 24 meses	25
Lactancia materna continuada	30
Consumo de alimentos con sellos de advertencia	30
Educación alimentaria	31
DISCUSIÓN	31
CONCLUSIONES	34
SUGERENCIAS	34
BIBLIOGRAFÍA	36
ANEXOS	40
Anexo 1	40
Anexo 2	41
Anexo 3	42

## **ACRÓNIMOS**

AC: Alimentación Complementaria

AUH: Asignación universal por hijo

DRI: Ingestas Dietéticas de Referencia

EAR: Requerimiento Medio Estimado

ENALAC: Encuesta Nacional de Lactancia

ENNYS: Encuesta nacional de nutrición y salud

EPROLAC: Encuesta Provincial de Lactancia

FAGRAN: Federación Argentina de Graduados de Nutrición

FAO: Organización de las naciones unidas para la alimentación y agricultura

GAPA: Guías alimentarias para la población argentina

IDIP: Instituto de Desarrollo e investigaciones pediátricas

LMC: Lactancia Materna Continuada

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PBF: Programa Bolsa Familia

PMI: Programa Materno Infantil

RDA: Ingesta diaria recomendada

TA: Tarjeta Alimentar

UCA: Universidad Católica Argentina

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

## INTRODUCCIÓN

Los primeros años de vida constituyen una etapa fundamental en la formación del ser humano para su desarrollo y crecimiento, donde el infante adquiere y desenvuelve infinidad de habilidades cruciales para su óptimo crecimiento, siendo la alimentación uno de los principales factores incidentes en el mismo, sin dejar de mencionar el necesario afecto, estímulo y cuidado. Esta etapa, a su vez, se caracteriza por un incremento de los requerimientos nutricionales, donde la ingesta se encuentra limitada en volumen, constituyendo así un periodo de alta vulnerabilidad nutricional, especialmente en aquellos niños expuestos a prácticas alimentarias inadecuadas<sup>1</sup>.

El conocimiento de las prácticas adecuadas para la alimentación, constituye un punto fundamental para la evaluación de los factores asociados a inadecuaciones nutricionales. La alimentación a pecho, considerada como la mejor fuente de nutrición para el lactante desde el nacimiento, extendiéndose hasta los dos años o más<sup>2</sup>. A partir de los seis meses de edad, es crucial la incorporación de forma gradual de alimentos complementarios, ya que la leche materna por sí sola no cubre los requerimientos nutricionales para la edad<sup>3</sup>.

Anteriormente se hizo mención que, en niños/as de alta vulnerabilidad nutricional, generalmente, se dan prácticas alimentarias inadecuadas. Esta situación se relaciona estrechamente con la posición económico-social, lo que conlleva a la necesidad de acceder a las políticas sociales, tales como Asignación Universal por Hijo (AUH), Tarjeta Alimentar (TA), Programa Materno Infantil (PMI), entre otros, propuestos por el Gobierno Nacional a fin de lograr erradicar el hambre, garantizar la seguridad alimentaria y disminuir la tasa de pobreza. Estas políticas rara vez son evaluadas.

En América Latina existe una serie de programas de transferencia monetaria, que tienen como objetivo disminuir la incidencia de pobreza o pobreza extrema, de acuerdo a las condiciones presentes en cada país. A su vez, estos programas cuentan con diversos requisitos y condiciones para su obtención, focalizándose específicamente en educación, alimentación y estado de salud de los niños/as presentes en las familias beneficiarias. Además, cabe destacar que, en algunos programas, dentro de las prestaciones ofrecidas se encuentran charlas, capacitaciones y controles, destinadas a mejorar la alimentación y nutrición de los niños, a cargo de profesionales de la salud<sup>4</sup>.

La Tarjeta Alimentar, en Argentina, es una política de complemento integral alimentario que se suma a todas las políticas de protección y asistencia social vigentes<sup>5</sup>.

El presente es un trabajo de investigación que tiene como objetivo describir la alimentación complementaria de niños/as de 6 a 24 meses que reciban la prestación de la Tarjeta Alimentaria (TA)

y asisten al Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas (IDIP) a controles periódicos de salud. Dentro del mismo, se encuentra el Departamento de Nutrición que tiene como objetivo realizar el diagnóstico y seguimiento de la situación nutricional a través de parámetros antropométricos y alimentarios de poblaciones vulnerables y de los participantes de las diferentes investigaciones que se desarrollan en el IDIP.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En los últimos años, nuestro país ha transitado y sufrido diversas crisis, de índole económica, social, salubre, entre otras. En consecuencia, incrementa la tasa de pobreza, afectando directamente la calidad de vida de la población. Con anterioridad, se plasmó la importancia de la alimentación en el ser humano, principalmente, en los primeros años de vida. Las problemáticas arraigadas a las crisis instaladas en el país, conllevan al deterioro en la salud, alterando a su vez, el tipo de alimentación al que se podrá acceder<sup>6</sup>.

A raíz de esto, se implementan diversos programas de asistencia, entre los que se destaca la TA que tiene como objetivo mejorar la alimentación de los niños/as que la reciban y ayudar a garantizar la seguridad alimentaria<sup>7</sup>.

Habiendo realizado una exhaustiva búsqueda bibliográfica, se detectó una escasa información acerca de la evaluación de políticas de asistencia en general y del análisis de TA en particular, sumado a que existe poca evidencia acerca de las características de la AC en los niños/as de nuestro país<sup>8</sup>. Por dichos motivos, aparecen interrogantes respecto a la relación entre el beneficio de la Tarjeta Alimentar y la alimentación complementaria de los niños/as. Las mismas darán respuesta a lo largo del proyecto. A continuación, se plasman los interrogantes: ¿Cómo es la alimentación de los niños/as titulares de derecho de la TA? ¿A qué alimentos acceden a través de la TA? ¿Los niños/as logran cubrir las recomendaciones para la edad? ¿Qué cantidad de alimentos con sellos de advertencia consumen los niños/as? ¿Efectivamente se realizan las actividades de educación alimentaria propuestas por la TA?

## **JUSTIFICACIÓN**

Debido a la escasa existencia de estudios que evalúen el impacto de las políticas públicas de ayuda alimentaria en familias que asisten al Sistema Público de Salud, la falta de seguimiento de las mismas, la ausencia de estudios sobre la cuantificación de alimentos consumidos y si los mismos cubren las recomendaciones de niños/as entre 6 y 24 meses, es pertinente para nuestro proyecto, la investigación sobre dichas problemáticas planteadas. A su vez, se considera útil ya que permitirá seguir

sumando evidencia para evaluar las políticas públicas preexistentes, mejorar acciones futuras y así, favorecer el estado nutricional de la población en estudio. Además, al encontrarse integrada a un proyecto vigente en el IDIP, la información obtenida será una herramienta de consulta para los profesionales de la salud pertenecientes a dicha institución u otras.

## **MARCO TEÓRICO**

### **GRUPOS EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD**

Se denomina Grupos en situación de Vulnerabilidad a: *“aquellos grupos de personas o sectores de la población que, por razones inherentes a su identidad o condición y por acción u omisión de los organismos del Estado, se ven privados del pleno goce y ejercicio de sus derechos fundamentales y de la atención y satisfacción de sus necesidades específicas”*<sup>9</sup>.

La infancia al ser un momento de crecimiento integral es considerada una etapa de vulnerabilidad debido a su dependencia de los adultos para satisfacer sus necesidades y asegurar su bienestar. Es responsabilidad tanto del Estado como de la sociedad en su conjunto garantizar que los padres y adultos responsables brinden a los menores los cuidados necesarios para asegurar un desarrollo físico, psicológico y mental saludable. En síntesis, debemos reconocer que la atención y protección son fundamentales para el desarrollo sostenible y el bienestar de nuestra sociedad<sup>9</sup>.

### **VULNERABILIDAD ALIMENTARIA**

Se refiere a la condición (cualidad, estado, situación) que caracteriza a los hogares que están expuestos o son susceptibles de padecer inseguridad alimentaria, por no tener acceso físico y económico a una alimentación suficiente, nutritiva y culturalmente aceptable, y además carecer de capacidad para enfrentar dicha situación<sup>10</sup>.

### **ESTADO NUTRICIONAL**

Se define al Estado Nutricional como *“el resultado del balance entre las necesidades y el gasto de energía alimentaria, y otros nutrientes esenciales”*<sup>11</sup>. A su vez, este se puede alterar por diferentes factores tales como la educación (conocimientos alimentarios, hábitos alimentarios, prácticas de lactancias.), la disponibilidad de alimentos y el nivel de ingreso (capacidad de compra y manejo higiénico de los alimentos)<sup>11</sup>. Para valorar el Estado Nutricional, se utilizan diferentes técnicas, siendo las antropométricas las más apropiadas, por su simplicidad y bajo costo<sup>12</sup>.

## ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

La Alimentación Complementaria (AC) se encuentra definida por diferentes autores, según sus perspectivas. Se toma el criterio de La Organización Mundial de la Salud (OMS), definiéndose como *“El proceso que inicia cuando la leche materna por sí sola ya no es suficiente para cubrir los requerimientos nutrimentales de los lactantes y, por lo tanto, es necesaria la introducción de otros alimentos”*<sup>13</sup>.

Los primeros mil días de vida, es un periodo crítico e importante para la formación de las preferencias alimentarias, generando un descubrimiento de una variedad de texturas y sabores, y así establecer los patrones dietéticos que pueden mantenerse en las etapas posteriores de la vida<sup>8</sup>.

Desde 2001 la Organización Mundial de la Salud recomendó iniciar la alimentación complementaria a partir de los seis meses de vida, ya que la leche humana se encuentra deficiente en nutrientes y energía para cubrir los requerimientos nutricionales del niño/a, siendo la incorporación de alimentos un complemento a la lactancia materna. Se recomienda desde el inicio de la alimentación complementaria, la incorporación de grupos de alimentos de forma diaria, tales como carnes, vegetales, cereales, legumbres, frutas, lácteos, aceites y huevo. Es fundamental el consumo de dichos grupos, ya que son beneficiosos para el óptimo desarrollo y crecimiento del niño/a, los cuales deberán ser incluidos de forma gradual a lo largo de los meses, los mismos proveerán micronutrientes que no se logran cubrir con la lactancia materna, tales como hierro, zinc, calcio y vitaminas para prevenir futuras enfermedades por carencia<sup>14</sup>.

En cuanto a los alimentos no recomendados, se encuentran los ultraprocesados, como, por ejemplo, gaseosas, snacks, fiambres, embutidos y golosinas<sup>14</sup>.

También deben tenerse en cuenta aspectos tales como la capacidad del niño/a para digerir y absorber los micro y macronutrientes presentes en la dieta, la integridad social y las habilidades neuromotoras, ya que pueden causar alteraciones en la adecuación de los requerimientos para la edad<sup>14</sup>.

Como guía para evaluar la ingesta de macro y micronutrientes en la población se utilizan las Dietary Reference Intakes (Ingestas Dietéticas de Referencia - DRIs) de la National Academy Press y Food and Nutrition Board<sup>15</sup>.

Dentro de las mismas, se encuentran cuatro tipos de valores de referencia, entre ellos, el Requerimiento Medio Estimado (EAR), indica la ingesta diaria media de un nutriente que cubre el 50% de las necesidades de un grupo de iguales características, con variaciones según sexo y edad; como

también las Ingesta Diaria Recomendada (RDA), la cual cubre los requerimientos del 97 al 98% de la población sana de iguales características, con variaciones según sexo y edad <sup>15</sup>.

## **TARJETA ALIMENTAR**

Ejecutada en el año 2020 por el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, siendo componente del Plan Argentina Contra el Hambre, destinada a madres y padres con hijos/as de hasta catorce años que al momento estén percibiendo la AUH, mujeres embarazadas a partir de los tres meses de gestación que actualmente perciben la asignación por embarazo, personas con discapacidad que perciben AUH y madres con siete o más hijos que perciben Pensiones No Contributivas. Los montos de la prestación se actualizan y varían de acuerdo a la economía del país y la cantidad de hijos presentes en la familia. Hasta el 2021 el beneficio se obtenía a través de una tarjeta plástica, para la compra exclusiva de alimentos en comercios adheridos a la tarjeta referida. Desde noviembre de ese año, se implementó el depósito de dinero en la cuenta bancaria de los titulares de la AUH, el tercer viernes de cada mes<sup>16</sup>.

Dentro de los beneficios de la tarjeta, se ofrecen charlas, a los titulares de la misma, a cargo de profesionales de la salud, como por ejemplo nutricionistas, para orientar y sugerir sobre la compra de productos “saludables” junto con recetas para poder incorporar dichos alimentos<sup>7</sup>.

A su vez, la implementación de la TA no solo tiene como fin ser un complemento de otras políticas sociales, sino también, realizar un seguimiento del uso realizado por los portadores del beneficio, pudiendo identificar principales dificultades de su empleo; captar cómo se articula con otros planes sociales; conocer si los titulares de derecho de TA utilizan y comprenden los materiales de información aportados por el programa; identificar si hubo cambios beneficiosos respecto a la situación nutricional y alimentaria de los mismos, entre otras<sup>7</sup>.

## **SELLOS DE ADVERTENCIA**

En Argentina, en marzo del 2022, se reglamentó la Ley de Promoción de alimentación saludable. Uno de sus artículos exige que los alimentos envasados informen sobre las cantidades altas o excesivas de nutrientes críticos que posee un producto. Estas advertencias se encuentran dispuestas como sellos octogonales en la cara principal o frontal del envase, de color negro con borde blanco. Los valores máximos de los nutrientes críticos deben cumplir los límites del Perfil de Nutrientes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), visualizándose los mismos en la Tabla 1.<sup>17</sup>

**Tabla 1: Perfil de nutrientes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)**

Sodio	Azúcares libres	Otros edulcorantes	Total de grasas	Grasas saturadas	Grasas trans
≥ 1 mg de sodio por 1 kcal	≥ 10% del total de energía proveniente de azúcares libres	Cualquier cantidad de otros edulcorantes	≥ 30% del total de energía proveniente del total de grasas	≥ 10% del total de energía proveniente de grasas saturadas	≥ 1% del total de energía proveniente de grasas trans

## ESTADO DEL ARTE

En 2021, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) publicó el informe "Child Nutrition Report", el cual detalla datos y evidencias sobre el estado y las tendencias de las dietas de los niños/as pequeños/as de 6 a 23 meses, y las barreras que impiden alcanzar dietas nutritivas, seguras y apropiadas para la edad. El informe fue elaborado a partir de la base de datos mundial de UNICEF sobre alimentación en lactantes y niños/as pequeños/as.

Determinaron que la mayoría de los niños/as de 6 a 23 meses de edad no recibieron sus primeros alimentos a edad adecuada, no les ofrecieron suficientes comidas a lo largo del día, y no fueron alimentados con una variedad de alimentos para satisfacer sus necesidades nutricionales.

- Uno de cada cuatro niños/as de 6 a 8 meses de edad (27%) no recibió ningún alimento sólido, semisólido o blando.
- Uno de cada dos niños/as de 6 a 23 meses (48%) no recibió la cantidad mínima de comidas o meriendas recomendadas cada día.
- Dos de cada tres niños/as de 6 a 23 meses (71%) no recibió alimentos de al menos 5 de los 8 grupos de alimentos recomendados.

Además, determinaron que se proporcionaban alimentos y bebidas ultraprocesados a edad muy temprana. Entre los 4 y 6 meses de edad, antes que finalice el periodo recomendado de lactancia materna exclusiva, el 8% de los niños/as comenzaban a comer pan procesado, 6% jugos y el 33% cereales azucarados para el desayuno<sup>3</sup>.

A través de una revisión narrativa llevada a cabo por profesionales pertenecientes a la Universidad del Cauca (Colombia, 2017), se recopilieron 20 estudios originales desde el 2001 hasta el 2016, de los cuales 12 evaluaron los conocimientos maternos sobre la AC en Perú, México, Ecuador y Colombia. En

ellos se detectaron conocimientos y prácticas intermedias de las madres respecto a la AC, dependiendo estas de factores socioculturales y de recomendaciones del personal de salud y familias. Por otro lado, la revisión demostró que la alimentación complementaria en niños/as menores de dos años ha sido poco estudiada y existe poca literatura médica respecto al tema, lo que conduce al escaso interés para la evaluación de dicha situación. Asimismo, es importante mencionar que Perú es uno de los países más interesados en estudiar y evaluar los conocimientos maternos sobre la Alimentación Complementaria<sup>18</sup>.

En Argentina, existe poca evidencia acerca del inicio de la alimentación complementaria (AC) en lactantes, tanto en lo que respecta a los tipos de alimentos recomendados y su composición, especialmente durante la etapa de transición, como en cuanto al momento considerado óptimo para comenzar esta práctica<sup>19</sup>. La Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (EENyS) manifiesta que más del 70% de los niños argentinos empiezan a consumir alimentos sólidos antes de los seis meses de edad, y que incluso el 25% lo hace antes del cuarto mes<sup>20</sup>.

A raíz de lo presentado en el párrafo introductorio del proyecto acerca de la existencia de programas de transferencia monetaria en América Latina, se seleccionó el más relevante para esta investigación, ya que es el único que se asemeja al tema propuesto en esta investigación:

Cambridge University Press en nombre de The Nutrition Society publicó en el año 2021 un estudio, el cual tuvo como objetivo comprobar la relación entre los factores socioeconómicos, características demográficas y patrones alimentarios de niños/as de 6 a 24 meses que son titulares de derecho del Programa Bolsa Familia (PBF) perteneciente al Estado Alagoas, Brasil. Los resultados del estudio realizado en 1604 niños/as, demuestra que el PBF no garantiza la seguridad alimentaria y nutricional de los niños/as titulares del mismo, ya que permite el acceso cuantitativo a los alimentos, sin tener en cuenta la calidad de los mismos. A su vez, la elección de estos se ve influenciada por las industrias alimentarias y el nivel educativo de las familias beneficiarias del plan, donde los de mayor nivel educativo y socioeconómico acceden a alimentos de mejor calidad nutricional debido a que poseen herramientas suficientes para realizar estas elecciones<sup>21</sup>.

En Argentina, a un año de la implementación de la Tarjeta Alimentar (2021), el Observatorio de la Deuda Social Argentina de la Universidad Católica Argentina (UCA), realizó un estudio con el objetivo de llevar a cabo una caracterización socio-económica, socio-demográfica y socio-alimentaria; y comparar los hogares con titulares de derecho de la TA y los que no cuentan con dicho goce, pertenecientes ambos al mismo grupo de vulnerabilidad. De los resultados obtenidos, se destaca principalmente, los hábitos alimentarios de niños/as. En este se encontró una relación positiva entre

la percepción de la Tarjeta Alimentar y algunos hábitos alimentarios de los niños/as y adolescentes, es decir, que los infantes titulares de derecho de la TA, son menos propensos al déficit en la calidad del desayuno, y tienen una mayor probabilidad de consumir una adecuada o aceptable cantidad de frutas, lácteos, pastas y carnes y un menor déficit de consumo de alimentos que son fuentes de nutrientes esenciales que los niños/as no titulares de la TA. Sin embargo, tienen más probabilidad de déficit que los niños/as no pertenecientes a grupos vulnerables<sup>22</sup>.

Seguido al estudio anterior, la UCA publicó un informe (junio 2021), con el objetivo de evaluar el impacto del programa alimentar en tres dimensiones principales: la inseguridad alimentaria, el consumo alimentario y no alimentario de los hogares y la calidad de la dieta de los niños/as y adolescentes, titulares de derecho de la TA. Las conjeturas del mismo expresan que los destinatarios del programa tienen una mejor posición frente a la inseguridad alimentaria, un mayor acceso al consumo de distintos grupos de alimentos y una mejor distribución económica, permitiendo el acceso a productos no alimentarios. De estos resultados, se destaca que la dieta de los niños/as y adolescentes no han demostrado modificaciones significativas respecto a la calidad, debido a que el monto de la prestación es insuficiente, o que el componente de educación nutricional perteneciente al programa alimentar, se desarrolla de forma inadecuada. A su vez, la alimentación depende de la frecuencia de consumo, el tipo de alimentos consumidos y las prácticas sociales de las familias<sup>5</sup>.

En el mismo año, la Federación Argentina de Graduados en Nutrición (FAGRAN) junto con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura (FAO) realizaron el estudio *“Percepciones y estrategias en el proceso de compra de alimentos y bebidas en hogares que reciben la Tarjeta Alimentar en 6 provincias de Argentina durante el 2021”*. El mismo tuvo, mayormente, un enfoque cualitativo y en menor medida cuantitativo, incluyendo a los titulares de la TA. Los resultados arrojaron que los alimentos más comprados, en supermercados de cadena y mayoristas, fueron fideos, arroz, leche, yogurt y carne, siendo utilizados como ingredientes principales en la alimentación de niños/as. A su vez, la TA incrementó el acceso a los alimentos de los titulares, eligiendo principalmente productos ultraprocesados o aquellos a los que no podían acceder con anterioridad. Esta elección se vio influenciada tanto por los niños/as integrantes de la familia como también por la publicidad y el marketing. Respecto a las estrategias educativas alimentarias, fueron diversas, con predominio de la entrega administrativa y en menor medida acciones de educación alimentaria<sup>23</sup>.

Durante el año 2020, a pocos meses de la implementación de la TA, se realizó una investigación en un barrio en situación de pobreza en Granadero Baigorria, Santa Fe, con un grupo reducido de familias beneficiarias de dicho programa. En la misma se concluyó que la prestación de dinero fue favorable para el acceso de alimentos económicos, rendidores y aceptables por toda la familia, como por

ejemplo arroz, fideos, aceite, mate cocido, azúcar, harina y té, pero debido a la situación económica subyacente no es suficiente para la realización de las cuatro comidas recomendadas por las Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA). El acceso a frutas y verduras se realiza en situaciones de mayor disponibilidad económica, mientras que las carnes son incorporadas como complemento de comidas tales como guisos, estofados o pucheros. El estudio concluyó que la TA fue fundamental en las familias para el acceso de alimentos que anteriormente les resultaban inaccesibles, contribuyendo también a que no se agrave la inseguridad alimentaria<sup>24</sup>. Sin embargo, no se han realizado estudios más exhaustivos acerca del consumo de nutrientes en niños/as menores de 2 años que reciben la tarjeta alimentar.

### **OBJETIVO GENERAL**

Describir la alimentación complementaria de niños/as de 6 a 24 meses que perciban la prestación de la Tarjeta Alimentar.

### **OBJETIVO ESPECÍFICOS**

- Describir el estado nutricional de los niños/as.
- Conocer sobre la prestación del componente de educación alimentaria presente en la TA.
- Conocer cuántos alimentos con al menos un sello de advertencia consumen los niños/as

### **METODOLOGÍA**

- **Diseño de investigación:** estudio de investigación descriptivo, transversal y prospectivo.
- **Universo:** niños/as de 6 a 24 meses de edad que asistieron al sistema público de salud
- **Unidad de análisis:** niños/as de 6 a 24 meses de edad que asistieron al sistema público de salud y titulares de derecho de la Tarjeta Alimentar.
- **Muestra:** niños/as de 6 a 24 meses de edad que asistieron al sistema público de salud, titulares de derecho de la Tarjeta Alimentar y asistieron al IDIP.
- **Criterios de inclusión/exclusión:** Se incluyeron niños/as de 6 a 24 meses, nacidos a término con peso adecuado, que acudieron al control clínico habitual y cuyas madres o tutores aceptaron participar en el estudio. Se excluyeron los niños/as con enfermedades crónicas diagnosticadas,

enfermedades agudas y/o infecciosas al realizar el estudio, con síndromes genéticos y/o antecedentes neurológicos en la evaluación.

- **Muestreo:** No probabilístico, por conveniencia. Se incluyeron todos los niños/as que asistieron al IDIP entre el mes de agosto y octubre del 2023 y aceptaron participar del estudio.

- **Operacionalización de variables**

Variable	Categoría	Escala de Medicion	Punto de corte	Indicador
<b>Edad</b>	Cuantitativa discreta	Meses	Entre 6 a 24 meses	-
<b>Peso para la edad (6 a 24 meses)</b>	Cualitativa ordinal	Kilogramos	<u>Criterio OMS<sup>12</sup></u> Bajo peso severo: Pz <-3 Bajo peso: Pz <-2 Normopeso: Pz +1 a -1 Sobrepeso y obesidad: no identifica	Normopeso, bajo peso, bajo peso severo.
<b>Longitud para la edad (6 a 24 meses)</b>	Cualitativa ordinal	Centímetros	<u>Criterio OMS<sup>12</sup></u> : Baja Longitud: Pz <-2	Prevalencia de Baja Longitud.
<b>Peso para la longitud (6 a 24 meses)</b>	Cualitativa ordinal	Kilogramos/Centímetros	<u>Criterio OMS<sup>12</sup></u> Emaciación Grabe: Pz <-3 Emaciación: Pz -2 y -3 Normopeso: Pz -1 +1 Posible Riesgos SB: Pz +1 y +2 Sobrepeso: Pz +2 y +3 Obesidad: Pz >+3	Prevalencia de Emaciación Grabe, Emaciación, Normopeso, Posible riesgo de Sobrepeso, Sobrepeso y Obesidad.
<b>Adecuación a las recomendaciones de micronutrientes para la edad</b>	Cualitativa Nominal Dicotómica	Porcentaje	<u>Adecuado</u> : que cubra 100% de las EAR <u>Inadecuado</u> : que cubra <100% de las EAR <sup>15</sup>	Prevalencia de niños/as que no cumplan con las adecuaciones de las EAR
<b>Cantidad de alimentos con sellos de advertencia consumidos el día anterior</b>	Cuantitativa Continua	Alimentos	Presencia de 1 o más alimentos con sello de advertencia.	Cantidad de alimentos con sellos consumidos el día anterior.
<b>Educación Alimentaria en los beneficiarios de la TA</b>	Cualitativa Nominal	+	SI No	Cantidad de beneficiarios que recibieron Educación Alimentaria / Total de beneficiarios

## INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

El reclutamiento de los niños/as se llevó a cabo durante las consultas programadas en los consultorios pediátricos. Se invitó a participar a las madres, padres o tutores de los niños/as que cumplieran con los criterios de inclusión y se les explicó claramente el estudio. Al aceptar participar se les solicitó la firma del Consentimiento Informado (Ver Anexo 1).

Luego se realizó el recordatorio de 24 horas (R24h) (Ver Anexo 2). Para ello se utilizaron libros con fotografías de alimentos para poder estimar las porciones<sup>25,26,27</sup>. Los resultados fueron resumidos a gramos de alimentos por día y luego fueron analizados con la base de datos de composición de alimentos SARA 2<sup>28</sup>.

Durante la consulta pediátrica se evaluó el peso y longitud de todos los niños/as. Se utilizó la técnica de pesaje la cual consistió en que el niño/a, acompañado de la madre, padre o tutor, se encuentre con la menor cantidad de ropa posible, se los colocó sobre la balanza para poder realizar la lectura correspondiente y al finalizar se registró el valor arrojado. Para la longitud se colocó al niño/a boca arriba en el infantómetro, se le sostuvo la cabeza poniéndola en contacto con el extremo cefálico de la superficie, luego se le sostuvieron las piernas para mantener los pies en ángulo recto. Una vez posicionado/a, se deslizó la superficie vertical móvil hasta ponerse en contacto con los talones y así se efectuó la lectura<sup>14</sup>. Los datos obtenidos de las mediciones antropométricas fueron analizados en el Programa WHO ANTHRO.

## **ASPECTOS BIOÉTICOS**

El proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética Institucional del IDIP (ver Anexo 3). El proyecto se llevó a cabo conforme a los principios proclamados en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO 2005), la declaración de Helsinki de 2005 y su revisión de Fortaleza (2013), las Guías Operacionales para Comités de Ética que Evalúan Protocolos (OMS 2000), CIOMS 2016/2017<sup>29</sup> y la Ley 11044 de la Provincia de Buenos Aires (Aspectos Éticos de la Investigación en seres humanos), entre otras, y sus sucesivas enmiendas y clarificaciones. Se prestó especial atención a lo normado por la Ley Nacional 25326 de Protección de Datos Personales, su decreto reglamentario y restantes normas que la complementan. Los padres y/o tutores de los pacientes fueron invitados a participar del estudio. Para ello se los citó a fin de explicarles de forma clara los objetivos de la investigación y de qué manera iba a ser la participación. Al aceptar, se les pidió que firmen en conformidad un consentimiento informado confeccionado a tal fin en presencia de un testigo independiente.

## **ANÁLISIS DE DATOS**

Se realizó un análisis estadístico descriptivo utilizando el programa Microsoft Excel. Las variables cualitativas se informaron como frecuencia (%) y las cuantitativas como o mediana (RIC) según corresponda.

## RESULTADOS

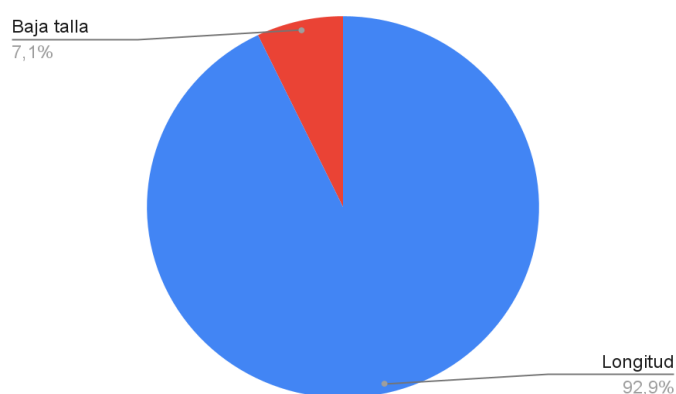
Entre el mes de agosto y octubre se realizaron 52 recordatorios a madres, padres o tutores titulares de derecho de la TA. Para su análisis, la población en estudio fue dividida en dos grupos: el grupo 1 (G1) de 6 a 11 meses, compuesto por 10 niños y 18 niñas, con una media de edad de  $9 \pm 1.64$  meses. Por su parte el segundo grupo de 12 a 24 meses (G2), con 9 niños y 15 niñas con una media de edad de  $15 \pm 1.92$  meses.

### Valoración del Estado Nutricional

A través de las historias clínicas de los niños/as se recolectaron datos de peso y longitud para el análisis del estado nutricional al momento de la realización del recordatorio. Los mismos fueron analizados por el software WHO Anthro permitiendo visualizar el peso para la edad y la longitud para la edad y su ubicación dentro de los distintos puntos de corte.

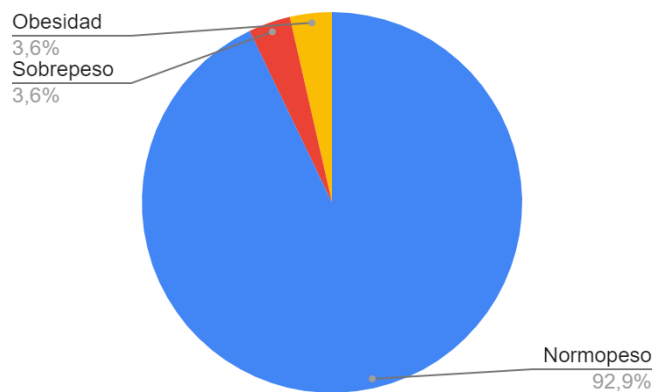
Con respecto a la prevalencia de normopeso y bajo peso, de acuerdo al indicador P/E, en el G1 se halló que el 92.9% (26 niños/as) se encuentra dentro de los parámetros de normalidad, mientras que no se han encontrado niños/as que presenten bajo peso.

**Gráfico 1: Prevalencia de baja talla en niños/as de 6 a 11 meses que reciben TA (T/E).**



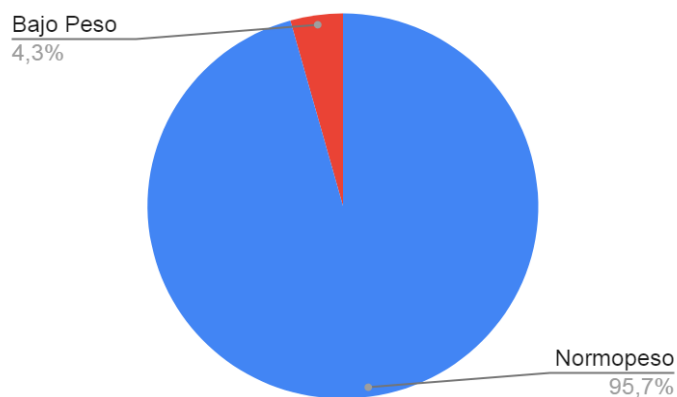
En el Gráfico 1 se puede observar que la prevalencia de baja talla representa un 7.1% (2) de los niños/as evaluados, mientras que el 92.9% (26) presenta una longitud normal respecto a la edad.

**Gráfico 2: Prevalencia de Normopeso, Sobrepeso, Obesidad y Emaciación en niños/as de 6 a 11 meses que reciben la TA (P/T)**



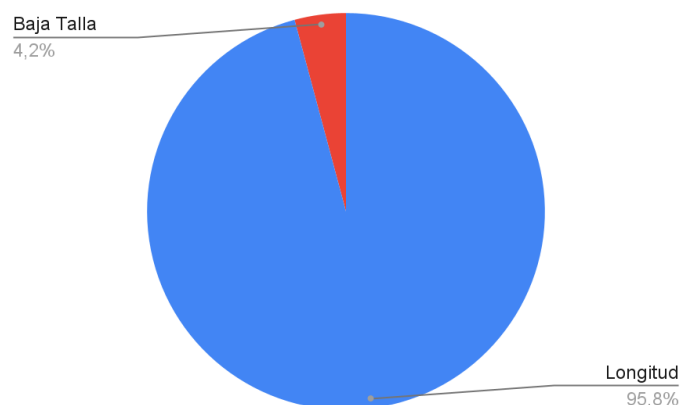
Como se observa en el gráfico 2 la presencia de normopeso es de un 92.9% (26), mientras que el sobrepeso y la obesidad representan cada uno el 3.6% (1). A su vez, no hubo ningún niño/a emaciado en este grupo.

**Gráfico 3: Prevalencia de Normopeso y Bajo peso en niños/as de 12 a 24 meses que reciben TA (P/E).**



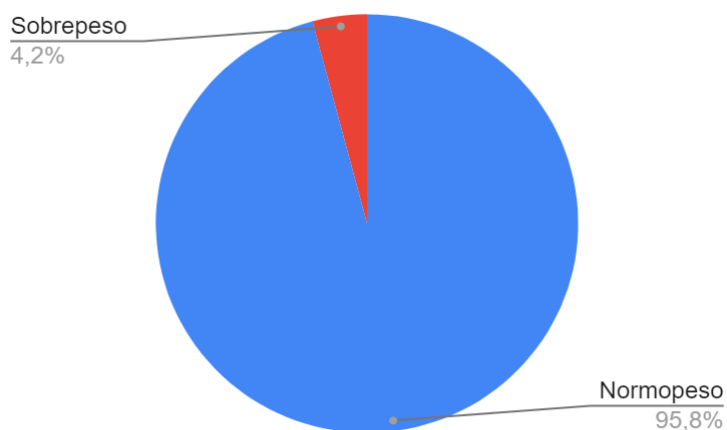
Como se observa en el gráfico 3 la presencia de normopeso en el G2 es de un 95.7% (22), mientras que el bajo peso representa el 4.3% (1).

**Gráfico 4: Prevalencia de Baja Talla en niños/as de 12 a 24 meses que reciben TA (T/E)**



En el gráfico 4 se puede observar que la prevalencia de baja talla, en el G2, representa un 4.2% (1) de los niños/as evaluados, mientras que el 95.8% (23) presenta una longitud normal respecto a la edad.

**Gráfico 5: Prevalencia de Normopeso, Sobrepeso, Obesidad y Emaciación en niños/as de 12 a 24 meses que reciben la TA (P/T)**



Como se observa en el gráfico 5 la presencia de normopeso es de 95.8% (23), mientras que el sobrepeso representa un 4.2% (1). Por otro lado, no se halló la presencia de niños/as con emaciación u obesidad.

#### **Distribución de los Macronutrientes respecto al Valor Energético**

De acuerdo a las Dietary Reference Intake (Ingestas Dietéticas de Referencias - DRIs), cada Macronutriente debe representar un porcentaje específico en relación a la energía total consumida para llevar a cabo una alimentación equilibrada e incorporar los nutrientes necesarios para la edad.

**Tabla 2: Porcentaje de macronutrientes respecto al valor energético total**

	Valor energético Total (VCT)	PROTEÍNAS	LÍPIDOS	HIDRATOS DE CARBONO
Edad	Promedio	% del VCT Promedio	% del VCT Promedio	% del VCT Promedio
<b>6 a 11 Meses</b>	711,68	11,70	25,87	44,90
<b>12 a 24 Meses</b>	850,05	16,56	27,98	47,13

Como se puede observar en la Tabla 2, los niños/as de 12 a 24 meses logran aproximarse al porcentaje recomendado por las DRI's en cada uno de los Macronutrientes. Sin embargo, se puede destacar, que no logran cubrir las recomendaciones respecto al porcentaje de lípidos. Estos resultados no pueden ser analizados en el G1 ya que no cuentan con recomendaciones de adecuaciones de macronutrientes.

**Tabla 3: Consumo de Minerales en niños/as de 6 a 11 meses (Mediana y RIC)**

De los minerales se seleccionaron Calcio, Hierro y Zinc, debido a que son micronutrientes críticos para las edades evaluadas. En cuanto a Vitaminas, se analizaron los consumos de Vitamina A, Vitamina C, Vitamina D, Tiamina, Riboflavina, Niacina, Folato y Vitamina B12.

Mineral	Recomendación	Consumo (mg/d)
<b>Calcio (mg)</b>	260	507,82 (368,12 ; 691,54)
<b>Hierro (mg)</b>	11	5,34 (3,21 ; 8,5)
<b>Zinc (mg)</b>	3	3,80 (2,75 ; 5,96)

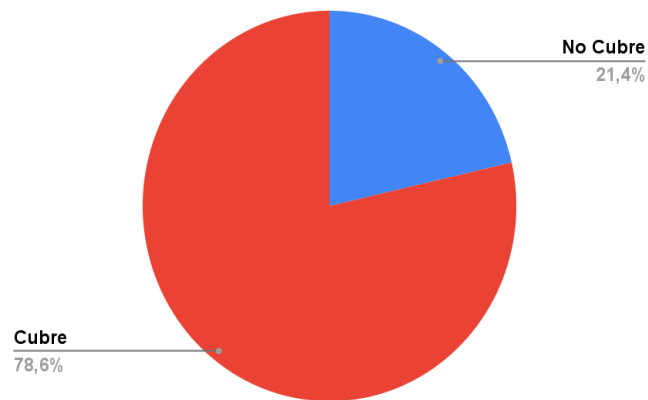
**Tabla 4: Consumo de Vitaminas en niños/as de 6 a 11 meses (Mediana y RIC)**

Vitamina	Recomendación	Consumo (mg/d)
<b>Vitamina A (µg)</b>	500	421,30 (299,25;771,83)
<b>Vitamina C (mg)</b>	50	50,64 (25,56;77,47)
<b>Vitamina D (µg)</b>	10	4,15 (1,69;10,28)
<b>Tiamina (mg)</b>	0,3	0,46 (0,37;0,62)
<b>Riboflavina (mg)</b>	0,4	0,74 (0,58;1,13)
<b>Niacina (mg)</b>	4	4,17 (3,10;7,03)
<b>Folato (µg)</b>	80	135,5 (99,97;177)
<b>Vitamina B12 (µg)</b>	0,5	1,48 (0,92;1,89)

### Porcentaje de adecuación de Vitaminas y Minerales en niños/as de 6 a 11 meses

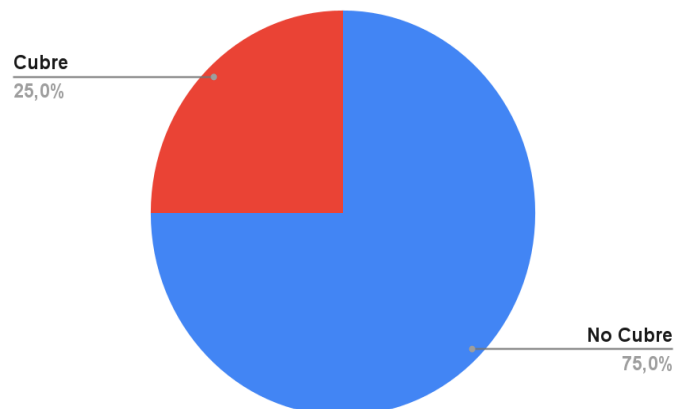
A continuación, se muestran los resultados del porcentaje de adecuación a las recomendaciones de cada nutriente analizado

**Gráfico 6: Porcentaje de adecuación a las recomendaciones de calcio en niños/as de 6 a 11 meses.**



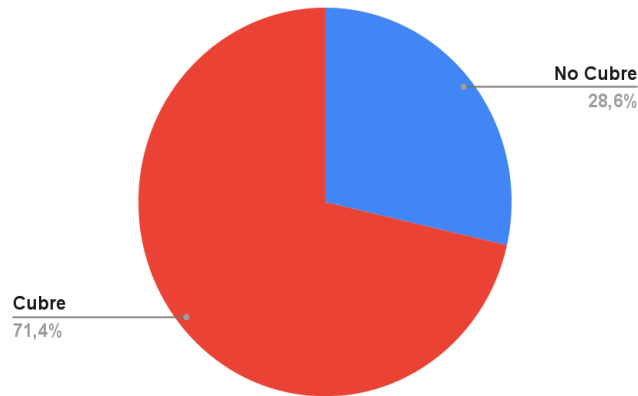
El gráfico 6 muestra que el 78,6% (22) de los niños/as entre 6 a 11 meses cubren las recomendaciones de calcio, mientras que el 21,4% (6) no logra cubrirlas.

**Gráfico 7: Porcentaje de adecuación a las recomendaciones de hierro en niños/as de 6 a 11 meses**



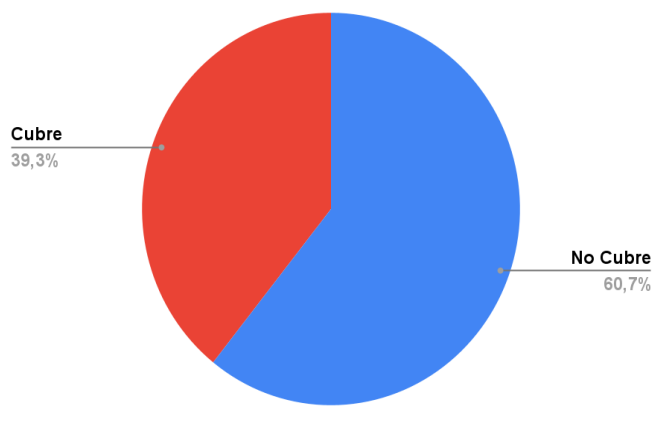
Como se observa en el gráfico 7, el 75% (21) de los niños/as de este grupo no logran cubrir las recomendaciones, mientras que solo el 25% (7) si logra alcanzar las mismas.

**Gráfico 8: Porcentaje de adecuación a las recomendaciones de zinc en niños/as de 6 a 11 meses**



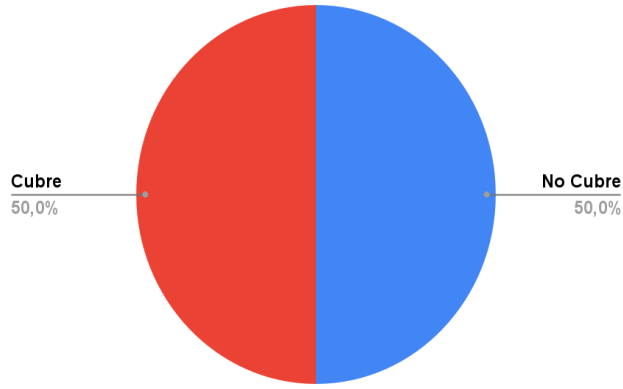
El gráfico 8 arroja que el 71,4% (20) de este grupo cubre con las recomendaciones de ingesta de zinc, mientras que el 28,6% (8) restante no lo logra.

**Gráfico 9: Porcentaje de adecuación a las recomendaciones de vitamina A en niños/as de 6 a 11 meses**



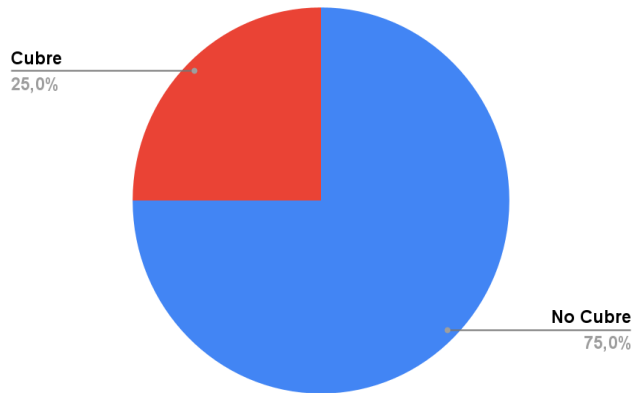
Como se observa en el gráfico 9 el 39,3% (11) de los niños/as cubre las recomendaciones estimadas por las RDA, sin embargo, el 60,7% (17) no logra cubrir dichas recomendaciones.

**Gráfico 10: Porcentaje de adecuación a las recomendaciones de vitamina C en niños/as de 6 a 11 meses**



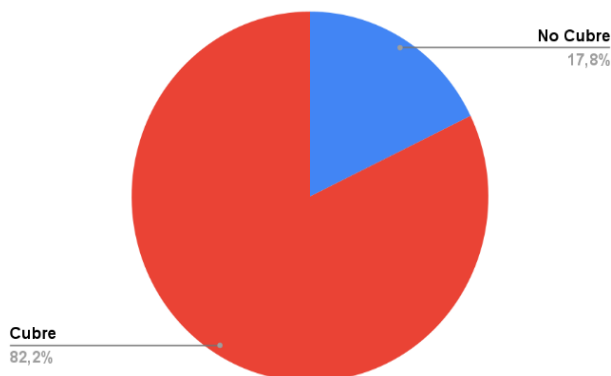
En el gráfico 10, se observa que el 50% (14) cubren con la recomendación, mientras que el 50% (14) restante no logra cubrirlas.

**Gráfico 11: Porcentaje de adecuación a las recomendaciones de vitamina D de niños/as de 6 a 11 meses**



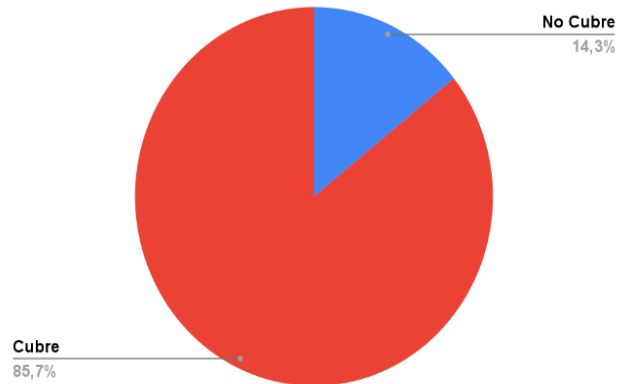
En el gráfico 11, se visualiza que el 75% (21) de los niños/as no alcanza a cubrir con la recomendación indicada por las RDA, mientras que el 25% (7) alcanza a cubrirlas.

**Gráfico 12: Porcentaje de adecuación a las recomendaciones de tiamina de niños/as de 6 a 11 meses**



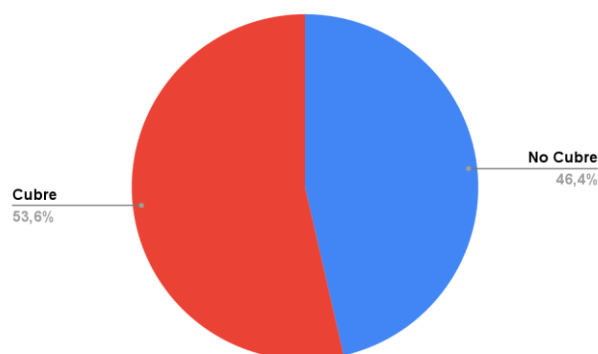
Como se observa en el gráfico 12, el 82,2% (23) cubre las recomendaciones, mientras que el 17,8% (5) no logra cubrirlas.

**Gráfico 13: Porcentaje de adecuación a las recomendaciones de riboflavina de niños/as de 6 a 11 meses**



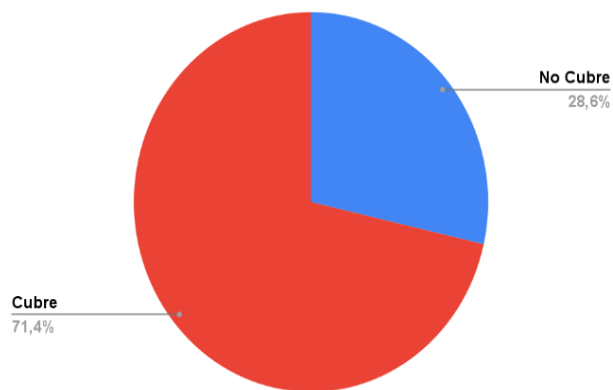
El gráfico 13 muestra que el 85,7%(24) de los niños/as estudiados alcanza a cubrir con las recomendaciones, por el contrario, el 14,3% (4) no logra alcanzar las recomendaciones.

**Gráfico 14: Porcentaje de adecuación a las recomendaciones de niacina en niños/as de 6 a 11 meses**



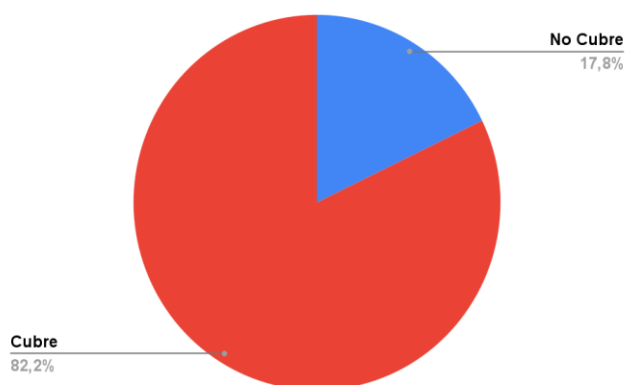
El gráfico 14 muestra que el 53,6% (15) de los niños/as estudiados alcanza a cubrir con las recomendaciones, por el contrario, el 46,4% (13) no logra alcanzar las mismas.

**Gráfico 15: Porcentaje de adecuación a las recomendaciones de folato de niños/as de 6 a 11 meses**



El gráfico 15 muestra que el 71,4% (20) de la población en estudio logra cubrir con las RDA, sin embargo, el 28,6% (8) no alcanza a cubrir con dichas recomendaciones.

**Gráfico 16: Porcentaje de adecuación a las recomendaciones de B12 de niños/as de 6 a 11 meses**



Como se observa en el gráfico 16 el 82,2% (23) de los niños/as cubren las recomendaciones estimadas por las RDA, sin embargo, el 17,8% (5) no logra cubrir dichas recomendaciones.

**Tabla 5: Consumo de Minerales en niños/as de 12 a 24 meses (Mediana y RIC)**

Mineral	Recomendación	Consumo (mg/d)
<b>Calcio (mg)</b>	500	405 (220,6;747,15)
<b>Hierro (mg)</b>	3	5,78 (3,17;8,16)
<b>Zinc (mg)</b>	2,5	5,36 (2,24;7,13)

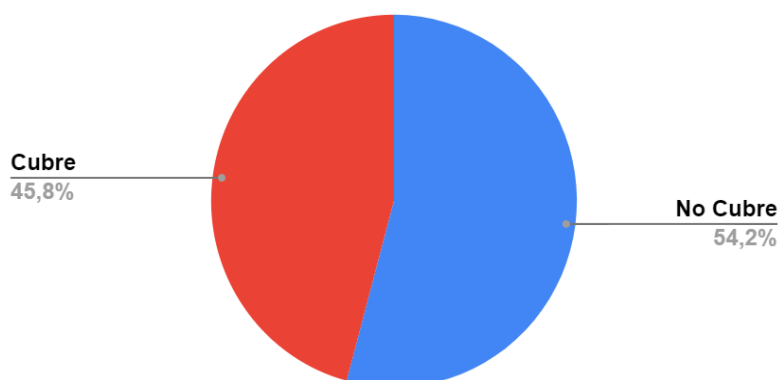
**Tabla 6: Consumo de Vitaminas en niños/as de 12 a 24 meses (Mediana y RIC)**

Vitamina	Recomendación	Consumo (mg/d)
<b>Vitamina A (µg)</b>	210	313,65 (182,66;512,95)
<b>Vitamina C (mg)</b>	13	30,86 (16,40;82,14)
<b>Vitamina D (µg)</b>	10	1,67 (0,57;4,74)
<b>Tiamina (mg)</b>	0,4	0,58 (0,41;0,89)
<b>Riboflavina (mg)</b>	0,4	0,97 (0,59;1,53)
<b>Niacina (mg)</b>	5	6,17 (4,99;8,98)
<b>Folato (µg)</b>	120	169,49 (80,58;240,91)
<b>Vitamina B12 (µg)</b>	0,7	1,89 (1,24;3,30)

**Porcentaje de adecuación de minerales y vitaminas en niños/as de 12 a 24 meses.**

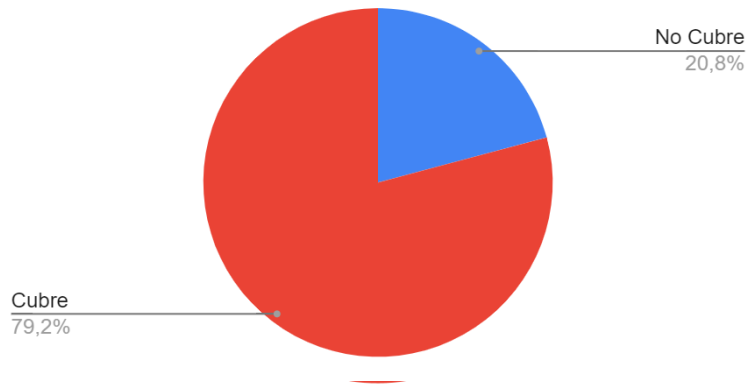
A continuación, se plasman los resultados de los porcentajes de adecuación a las recomendaciones de nutrientes del G2.

**Gráfico 17: Porcentaje de adecuación a las recomendaciones de Calcio de niños/as de 12 a 24 meses**



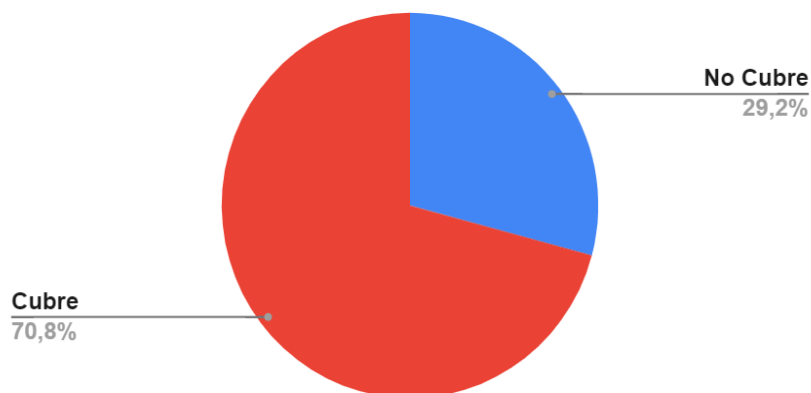
Como se observa en el gráfico 17 el 45,8% (11) de los niños/as cubre las recomendaciones estimadas por las EAR, mientras que, el 54,2% (13) no logra cubrir las recomendaciones.

**Gráfico 18: Porcentaje de adecuación a las recomendaciones de hierro de niños/as de 12 a 24 meses**



En el gráfico 18, se visualiza que el 79,2% (19) de los niños/as cubre con las recomendaciones indicadas por las EAR, mientras que el 20,8% (5) no logra cubrirlas.

**Gráfico 19: Porcentaje de adecuación a las recomendaciones de zinc de niños/as de 12 a 24 meses**

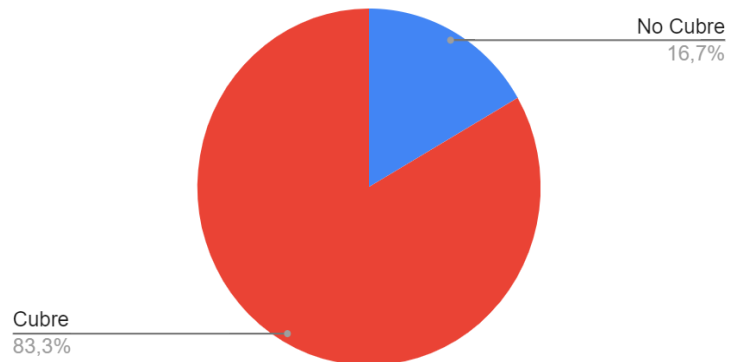


En el gráfico 19, se observa que el 70,9 % (17) de los niños/as cumple con la recomendación indicada por las EAR, mientras que el 29,2% (7) no logra cubrirlas.

**Gráfico 20: Porcentaje de adecuación a las recomendaciones de vitamina A de niños/as de 12 a 24 meses**

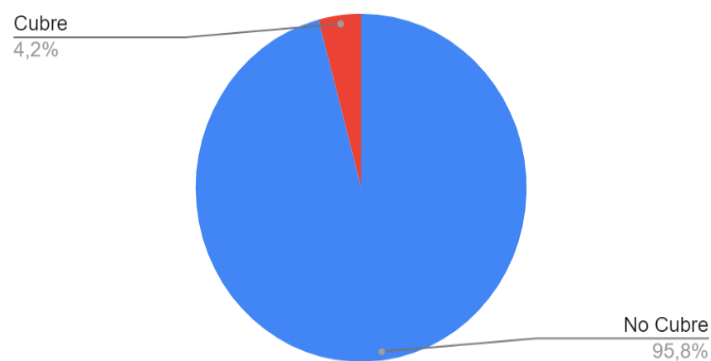
Como se observa en el gráfico 20 el 79,2% (19) de los niños/as cubre las recomendaciones estimadas por las EAR, mientras que, el 20,8% (5) no logra cubrir dichas recomendaciones.

**Gráfico 21: Porcentaje de adecuación a las recomendaciones de vitamina C de niños/as de 12 a 24 meses**



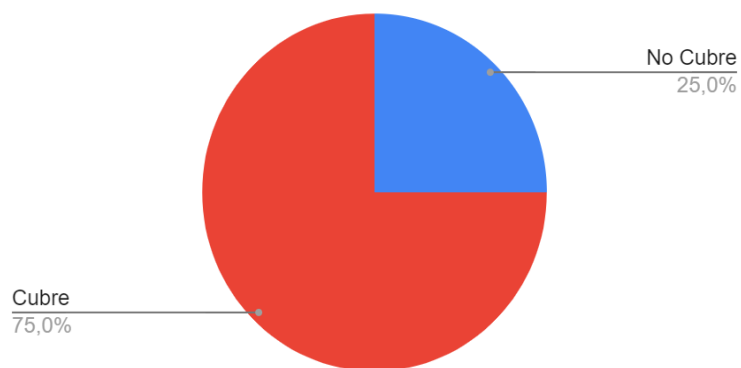
Como se observa en el gráfico 21 el 83,3% (20) de los niños/as cubre las recomendaciones estimadas por las EAR, mientras que, el 16,7% (4) no logra cubrir dichas recomendaciones.

**Gráfico 22: Porcentaje de adecuación a las recomendaciones de Vitamina D de niños/as de 12 a 24 meses**



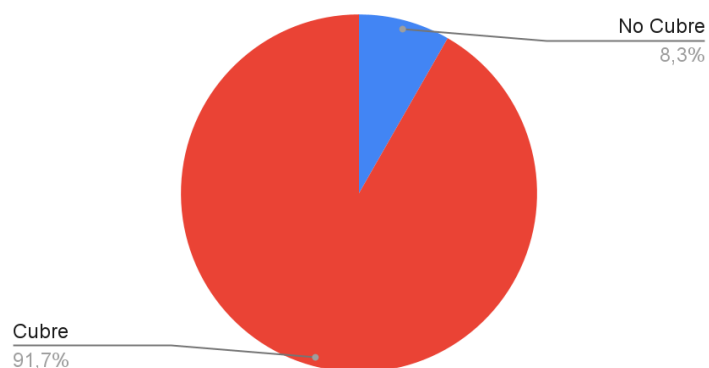
En el gráfico 22, se visualiza que el 95,83% (23) de los niños/as no cumple con la recomendación indicada por las EAR, mientras que el 4,17% (1) logra cubrirlas.

**Gráfico 23: Porcentaje de adecuación a las recomendaciones de Tiamina de niños/as de 12 a 24 meses**



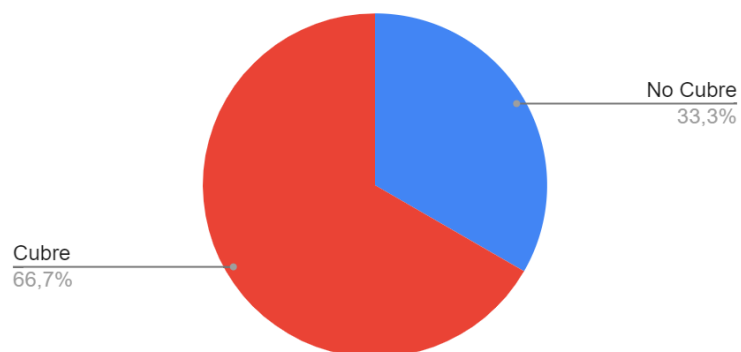
Como se observa en el gráfico 23 el 75% (18) de los niños/as cubre las recomendaciones estimadas por las EAR, mientras que, el 25% (6) no lo hace.

**Gráfico 24: Porcentaje de adecuación a las recomendaciones de Riboflavina de niños/as de 12 a 24 meses**



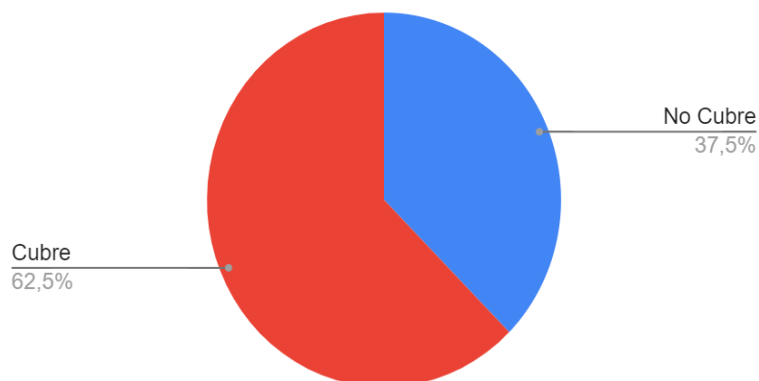
Como se observa en el gráfico 24, el 91,7% (22) de los niños/as cubre las recomendaciones estimadas por las EAR, mientras que, el 8,3% (2) no logra cubrir dichas recomendaciones.

**Gráfico 25: Porcentaje de adecuación a las recomendaciones de Niacina de niños/as de 12 a 24 meses**



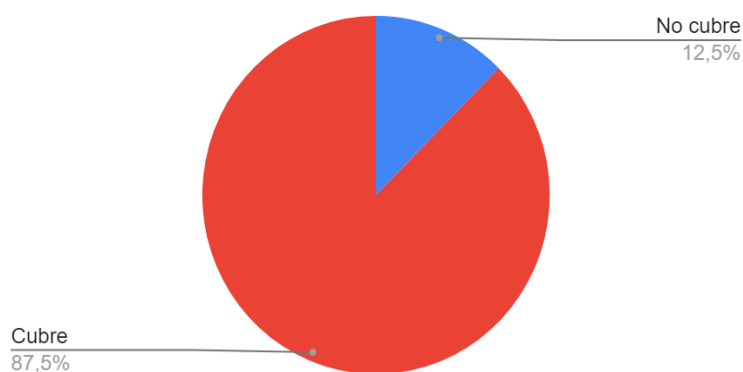
Como se observa en el gráfico 25, el 66,7% (16) de los niños/as cubre las recomendaciones estimadas por las EAR, mientras que, el 33,3% (8) no logra cubrir dichas recomendaciones.

**Gráfico 26: Porcentaje de adecuación a las recomendaciones de Folato de niños/as de 12 a 24 meses**



El gráfico 26 muestra que el 62,5% (15) de los niños/as entre 6 a 12 meses cubren las recomendaciones de calcio, mientras que el 37,5% (9) no logra cubrirlas.

**Gráfico 27: Porcentaje de adecuación a las recomendaciones de Vitamina B12 de niños/as de 12 a 24 meses**



Como se observa en el gráfico 27 el 87,5% (21) de los niños/as cubre las recomendaciones estimadas por las EAR, sin embargo, el 12,5% (3) no logra cubrir con las mismas.

El análisis y los resultados plasmados anteriormente sobre el porcentaje de adecuación a las recomendaciones en cada grupo de edad, fueron realizados sin tener en cuenta la leche humana, es decir que, los datos obtenidos en dicho trabajo, sólo contabilizan el aporte proveniente de los

alimentos consumidos y la leche, ya sea de vaca o fórmula infantil. A continuación, se plasman los resultados sobre qué porcentaje de la población estudiada continuaba con lactancia materna.

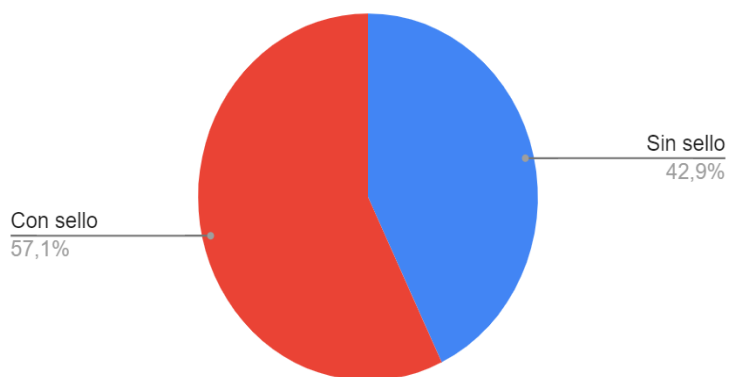
### **Lactancia Materna continuada**

A partir de los recordatorios, se obtuvo que, en el G1, el 57,14% (16) de los niños/as continúan con la lactancia materna, mientras que el 42,85% (12) no continua con la misma, siendo su reemplazo leches de fórmula infantil o de vaca. En el G2, se obtuvo que el 50% (12) continúa con la lactancia materna, mientras que el 50% (12) restante no lo hace.

### **Consumo de alimentos con sellos de advertencia**

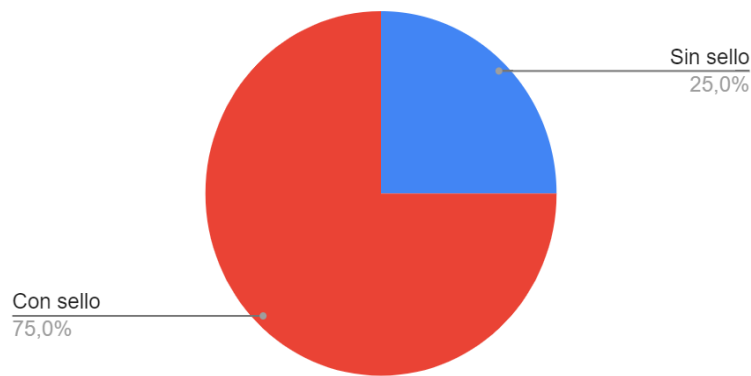
A continuación, se muestran los resultados del consumo de al menos un alimento con sello, del día anterior, registrado a partir del recordatorio de 24 horas.

**Gráfico 28: Porcentaje de niños/as de 6 a 11 meses que consumieron al menos un alimento con sello de advertencia**



Como se observa en el gráfico 28, respecto al G1, el consumo de alimentos con al menos un sello representa el 57,14% (16), mientras que el 42,85% (12) no consume ningún alimento con sello.

**Gráfico 29: Porcentaje de niños/as de 12 a 24 meses que consumieron al menos un alimento con sello de advertencia**



En el gráfico 29, perteneciente al G2, se visualiza que el 25% (6) de la población no consume alimentos con sellos, mientras que el 75% (18) si lo hace.

De ambos grupos se destaca el consumo de ciertos alimentos con sellos, tales como, galletitas de agua, galletitas dulces, yogurt, jugo artificial y queso rallado industrial.

### **Educación Alimentaria**

Respecto a la pregunta de educación alimentaria en el marco del programa TA, se observó que ninguna de las familias entrevistadas recibió educación alimentaria.

### **DISCUSIÓN**

En este estudio se pudo observar algunos aspectos de la alimentación complementaria de un grupo de niños/as de 6 a 24 meses titulares de la TA. Dentro de los principales hallazgos del G1 se destaca que 3 de cada 4 niños no cubre con las recomendaciones de hierro, 1 de cada 4 no cubre con los requerimientos de Calcio y 1 de cada 3 con los de zinc, teniendo en cuenta los alimentos que recibió el día anterior y sin contabilizar el aporte de leche humana de aquellos niños que continuaban con la lactancia materna que alcanzó al 57%. Por su parte más del 80% de los niños cubrieron las vitaminas del grupo B (tiamina, riboflavina, niacina y B12), la mitad no cubre con las recomendaciones de Vitamina C, el 60% con la vitamina A, el 75% con los de vitamina D y el 30% con los requerimientos de folatos.

En el G2 los hallazgos son un tanto disímiles a los de G1. En primer lugar, un mayor porcentaje de niños cubre con la recomendación de hierro (80%), un nutriente crítico para el desarrollo y crecimiento infantil, sin embargo, la mitad de los niños no cubrió con la recomendación de calcio y el 30% con la recomendación de zinc. Respecto a las vitaminas podríamos resumir que la vitamina D aparece como el nutriente más crítico ya que solo el 4% de los niños logró cubrir sus necesidades, mientras que las

demás vitaminas obtuvieron mejores porcentajes de cobertura salvo la niacina y el folato donde 1 de cada 3 niños no cubre. En este grupo el 50% continuaba con la lactancia materna.

Los resultados mostraron que la prevalencia de lactancia materna continuada (LMC) en ambos grupos evaluados, fue de alrededor del 55%. Estos hallazgos mostraron prevalencias inferiores respecto a las referencias de la Encuesta Nacional de Lactancia del 2022 (ENALAC)<sup>30</sup> y de la Encuesta provincial de lactancia del 2023 (EproLac)<sup>31</sup> donde, en este grupo etario, la prevalencia de LMC resultó ser del 80%.

A partir de los resultados obtenidos la alimentación complementaria de los niños/as de 6 a 24 meses titulares de la TA es equilibrada respecto a la distribución de macronutrientes, salvo que el porcentaje de adecuación de lípidos es inferior a las necesidades. La AC es monótona ya que presentan poca variedad de alimentos, predominando en ambos grupos el consumo de fideos, arroz, guisos, sopas, milanesas, galletitas de agua y dulces, papa, calabaza, tomate, banana, manzana, mandarina y naranja.

Las diferencias de adecuación entre ambos grupos se deben a diferencias en los requerimientos sumado a que los niños/as más grandes consumen más cantidad de alimentos, como era de esperar, sin embargo, creemos que es clave reforzar la consejería nutricional en alimentación complementaria para informar a los padres, madres y tutores sobre la amplia variedad de alimentos que podrían incluirse para mejorar las adecuaciones de nutrientes en esta población vulnerable receptora de ayuda alimentaria.

Si bien no se han hallado estudios de consumo específico en este grupo etario para comparar si existen algunos análisis de esta prestación en lo que respecta a la compra de alimentos en el hogar y otros aspectos de la alimentación que no fueron evaluados en este estudio. Por ejemplo, la TA tuvo efectos positivos sobre la seguridad alimentaria, con un mejor acceso al desayuno y merienda, planificación de las comidas y comidas en el hogar. Los niños/as titulares de la TA tienen menos probabilidad de déficit de nutrientes en la alimentación en comparación con grupos de iguales condiciones sociales, sin embargo, con grupos no vulnerables tienen mayor probabilidad de deficiencias de nutrientes en su dieta. Por último, se destacó en el informe, que los niños/as titulares de TA tuvieron consumos adecuados respecto a grupos de alimentos como lácteos, carnes, frutas y pastas en comparación con grupos vulnerables, pero no titulares del programa<sup>5,22</sup>.

La gran mayoría de los niños/as evaluados tuvieron un estado nutricional normal. Se observó una prevalencia de baja talla y exceso de peso (sobrepeso/obesidad) del 7% en el G1 y de alrededor del 4% en el G2 para ambos problemas nutricionales. Solo un niño de este último grupo presentó emaciación.

Otro de los aspectos analizados en este estudio fue el consumo de alimentos con al menos 1 sello de advertencia el día anterior. Al evaluar el consumo, se demostró la presencia de los mismos en ambos grupos estudiados. A partir de esto, se advierte que desde edades tempranas se incorporan alimentos con sellos de advertencia, siendo perjudiciales para la salud si continúan en la alimentación habitual de los niños/as. Asimismo, se menciona que dichas edades son críticas en cuanto a la consolidación de hábitos alimentarios y formación del gusto, por lo cual, resulta importante disminuir o evitar su consumo, para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles<sup>1</sup>. Los hallazgos de este trabajo muestran que más de la mitad de los niños del G1 y 3 de cada 4 niños del G2 consumieron algún alimento con sello de advertencia. Estos resultados son preocupantes ya que se recomienda que estos alimentos alcanzados por sellos de advertencias no sean parte de la alimentación habitual en niños menores de 2 años<sup>17</sup>. En el informe de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS 2) también se pudo observar, en una muestra nacional de población general, es decir no específicamente titulares de TA, que la incorporación de alimentos fuente de nutrientes críticos perjudiciales para la salud también fueron de introducción más temprana a lo recomendado<sup>32</sup>. Por su parte, se ha podido demostrar que, si bien los programas de ayuda alimentaria mejoran la diversidad de la dieta en los menores de 2 años, esto se acompaña con un mayor consumo de alimentos ultraprocesados inclusive desplazando la lactancia materna<sup>21</sup>.

La tendencia en los últimos trabajos o informes sobre la alimentación complementaria fueron únicamente sobre el análisis de indicadores propuestos por la OMS en niños menores de 2 años, como frecuencia mínima de alimentos, diversidad de dieta, entre otros, los cuales no coinciden con los temas propuestos en este estudio. A su vez, no existen en nuestro país muchos trabajos de evaluación de la alimentación en titulares de derecho de programas de asistencia alimentaria y en las evaluaciones de tarjeta alimentar, específicamente, no se han analizado con detalle la alimentación en este grupo de niños/as.

Como se mencionó con anterioridad en el marco teórico de este trabajo, una de las prestaciones de la TA es la educación alimentaria a los titulares de la misma. Realizado el análisis de las entrevistas con los padres, madres y tutores respecto a este punto, se observó que ninguno de los entrevistados recibió EAN. En ninguno de los trabajos realizados sobre la evaluación de tarjeta alimentar se ha podido observar que la EAN sea un componente importante, la gran mayoría de los trabajos refieren que no existe o que está poco desarrollado<sup>5,23</sup>.

Este trabajo presenta algunas debilidades, entre ellas, la ausencia de una población que no sea titular de TA para analizar y comparar los consumos y porcentajes de adecuación con los resultados obtenidos de la población que es titular de la TA, asimismo, el n muestral fue pequeño debido a que

por cuestiones de cronograma académico se tuvo que suspender la recolección de datos, sin embargo creemos que dado que es un grupo de estudio altamente vulnerable por sus condiciones socioeconómicas, podría ser continuado por otros grupos de tesisistas incluso agregando otros indicadores de la alimentación en menores de 2 años, como por ejemplo los sugeridos por la OMS<sup>33</sup>.

Más allá de estas debilidades, creemos que en este marco es crucial hacer hincapié en la educación alimentaria nutricional como estrategia para mejorar la AC y lograr mejores adecuaciones de nutrientes críticos, como así también evitar la incorporación de alimentos ultraprocesados antes de los 2 años.

## **CONCLUSIONES**

Finalizada la presentación de los resultados pertenecientes a la población en estudio, a pesar de que no fue contabilizada la lactancia materna en la ingesta, se puede mencionar una cantidad importante los niños del G1 no lograron cubrir con las recomendaciones de hierro, vitamina A, vitamina D, niacina y vitamina C, y en cuanto a los niños/as mayores a 12 meses, el calcio y la vitamina D fueron los nutrientes que tuvieron menores coberturas de las recomendaciones. La ausencia de educación alimentaria a los titulares del derecho de la TA, se podría ver reflejada en las decisiones que se toman a la hora de elegir los alimentos que se brindan a los niños/as, y como consecuencia, no llegar a cubrir con las recomendaciones de algunos micronutrientes.

Por otro lado, mencionar que en ambos grupos estudiados se vio la presencia de consumo de al menos un alimento con sello, indicando que desde temprana edad estos se incorporan a la alimentación, pudiendo generar a futuro enfermedades crónicas no transmisibles.

Es pertinente mencionar, que en dicho estudio se halló una baja prevalencia de lactancia materna continuada, siendo este dato preocupante, ya que esto indica el reemplazo de la misma por leche de fórmula y/o de vaca.

Por último, respecto al estado nutricional antropométrico, la baja talla y el exceso de peso fueron los dos problemas nutricionales, aunque con prevalencias bajas.

## **SUGERENCIAS**

Como nutricionistas y profesionales de la salud debemos promover la lactancia materna hasta los dos años inclusive, en conjunto con una alimentación complementaria planificada y guiada por los profesionales a cargo de los controles. Asimismo, capacitar continuamente al personal médico pediátrico en temas nutricionales y alimentarios o incorporar licenciados en nutrición para formar

equipos de trabajo interdisciplinarios y así poder brindar información completa a las madres, padres o tutores que asisten a los centros de salud.

Es importante que los profesionales de la salud exijan el cumplimiento de la educación alimentaria incluido como beneficio de la prestación. En caso de que no se efectúe tal beneficio, incentivar a realizar modificaciones en las normativas de la tarjeta, como, por ejemplo, otorgar un usuario a cada beneficiario que le permita ingresar a una página web, exclusiva de la tarjeta alimentar, que incluya un apartado de nutrición con información actualizada respecto a la alimentación de los infantes y adolescentes que reciben dicha prestación. Programar talleres de cocina para el aprendizaje de recetas saludables, menús guía, manipulación de alimentos y planificación de compras, lo cual será publicado en la página.

Además de lo citado anteriormente, para continuar con el goce del beneficio, se proponen incluir ciertos requisitos obligatorios, tales como, controles pediátricos periódicos conformes a la edad del niño/a y asistencia a charlas otorgadas por licenciados en nutrición registradas junto con los controles pediátricos. Esto permitirá verificar el cumplimiento de los requisitos y contribuir con la mejora del estado nutricional de los niños/as titulares de derecho de TA.

Queda abierta la posibilidad de utilizar los datos obtenidos en dicho estudio para enriquecer las consultas pediátricas, realización de futuras investigaciones con datos actualizados y que sea de motivación para incorporar como tema de tesis de grado, ya que como se mencionó a lo largo del trabajo, la información disponible respecto a este grupo objetivo es casi nula. Es fundamental que se continúe indagando sobre el tema de forma periódica, para lograr un seguimiento tanto de la política pública como de la situación nutricional de los infantes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. UNICEF Estado Mundial de la Infancia. Niños, alimentos y Nutrición. Crecer bien en un mundo en transformación. 2019. Unicef. Disponible en: <https://www.unicef.org/media/62486/file/Estado-mundial-de-la-infancia-2019.pdf>
2. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Guías alimentarias para la población infantil. Consideraciones para los equipos de salud. Argentina: Buenos Aires 2006. Disponible en: [https://www.sap.org.ar/docs/profesionales/PDF\\_Equipo\\_baja.pdf](https://www.sap.org.ar/docs/profesionales/PDF_Equipo_baja.pdf)
3. UNICEF. Fed to Fail? The Crisis of Children's Diets in Early Life. 2021 Child Nutrition Report. UNICEF, New York, 2021.
4. ONU. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Programas de transferencias condicionadas - Base de datos de programas de protección social no contributiva en América Latina y el Caribe. Cepal. Disponible en: <https://dds.cepal.org/bpsnc/ptc>
5. Tuñón, I.; Poy, S. y Salvia, A. La tarjeta Alimentar a un año de su implementación. Una caracterización sociodemográfica, socioalimentaria y socioeconómica de los hogares destinatarios. Documento de investigación—Barómetro de la Deuda Social Argentina - 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Educa, 2021. Disponible en: <https://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/Observatorio%20Deuda%20Social/Documentos/2021/2021-OBSERVATORIO-INF-ESP-TARJETA-ALIMENTAR-VF.pdf>.
6. Ierulo M. Vista de bolsones alimentarios, comedores comunitarios y tarjetas para la compra de comida. Dilucidando los caminos de las políticas de asistencia alimentaria en la Argentina. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/perspectivas/article/view/643/677>
7. Boito ME, Salguero Myers K. Análisis discursivo y crítica ideológica de una política social: la Tarjeta Alimentar (Argentina, 2020). Espiral (Guadalajara). 2022;29(84):173-211. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-05652022000200005&lang=es](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-05652022000200005&lang=es)
8. Tonietti M, López L-B, Gorelik B, Roussos A, Arias L, Chuan Chuan L. Situación nutricional en los primeros 1000 días del ciclo vital: una puesta al día de los datos disponibles en Argentina. Actualización en Nutrición 2002;23(2):doi.org/10.48061/SAN.2002.23.2.117.

9. Ministerio de justicia y derechos humanos presidencia de la Nacion.Secretaría de Derechos humanos. Grupos en situación de vulnerabilidad y derechos humanos. Políticas públicas y compromisos internacionales. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2011.
10. De Haro-Mota R, Marcelleño-Flores S. Enfoque para evaluar vulnerabilidad alimentaria aplicado a los municipios de Nayarit, México. Estudios Sociales. Revista de Alimentacion Contemporanea y Desarrollo Regional 2019;29(53). Doi.org/10.24836/es.v29i53.695
11. Figueroa Pedraza, D. Estado nutricional como factor y resultado de la seguridad alimentaria y nutricional y sus representaciones en Brasil. Rev. salud pública 2004;6(2): 140-155.
- 12.Sociedad Argentina de Pediatría. Guía para la Evaluación del Crecimiento Físico. República Argentina: Ciudad de Buenos Aires. Tercera Edición; 2013. Disponible en: [https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/libro\\_verde\\_sap\\_2013.pdf](https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/libro_verde_sap_2013.pdf)
- 13.Meneses-Corona, A. Alimentación complementaria. Salud y Administración 2016;3(9):61-64.
14. Cuadros-Mendoza CA, Vichido-Luna MÁ, Montijo-Barrios E, Zárate-Mondragón F, Cadena-León JF, Cervantes-Bustamante R, et al. Actualidades en alimentación complementaria. Acta pediátrica. México. 2017;38(3):182-201
15. Institute of Medicine. Food and Nutrition Board. Dietary Reference Intakes (DRIs): Estimated Average Requirements National Academu Press, 2011.
16. Ministerio de Desarrollo Social, Argentina. Evaluación de la Tarjeta Alimentar: Síntesis Ejecutiva. 1.ª ed. Argentina: Buenos Aires, 2021. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/14231/file/Tarjeta%20Alimentar.pdf>.
17. Ley 27642 Honorable Congreso de la nacion argentina. El Senado y Cámara de diputados de la República Argentina. Promocion de la alimentacion saludable. Buenos Aires, 2021.
18. Sierra Zuñiga MF, Holguín C, Mera Mamián A, Delgado-Norguera M. Conocimientos maternos sobre alimentación complementaria en América latina: revisión narrativa. Revista Facultad Ciencias de la Salud 2017;19(2):20-28. Disponible en: <https://revistas.unicauca.edu.co/index.php/rfcs/article/view/174/143>.
19. Macias S M, Rodríguez S, Ronayne de Ferrer PA. Patrón de alimentación e incorporación de alimentos complementarios en lactantes de una población de escasos recursos. Rev. Chil. Nutr. 2013; 40( 3 ): 235-242. Doi.org/10.4067/S0717-75182013000300004.

- 20.** Abeya E, Duran P, Mangialavori G, Biglieri A, Kogan L. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud ENNYS Ministerio de Salud Presidencia de la Nación Argentina. Cesni. 2007. Disponible en: <https://cesni-biblioteca.org/ennys2/>
- 21.** Mendes MME, Marçal GM, Rinaldi AEM, Bueno NB, Florêncio TMMT, Clemente APG. Dietary patterns of children aged 6-24 months assisted by the Bolsa Família Program. Public Health Nutri 2021; 25(10):1-11. doi: 10.1017/S1368980021004110.
- 22.** Ministerio de Desarrollo Social. La Tarjeta Alimentar: Principales Resultados a un año de su implementación. 2021. Direccion general de informacion social estrategica ag 3-14. Disponible en: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/04/la\\_tarjeta\\_alimentar\\_-\\_principales\\_resultados\\_a\\_un\\_ano\\_de\\_su\\_implementacion.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2021/04/la_tarjeta_alimentar_-_principales_resultados_a_un_ano_de_su_implementacion.pdf).
- 23.** Acosta Sero O, Antun C, Orlando MF. Percepciones y estrategias en el proceso de compra de alimentos y bebidas en hogares que reciben la Tarjeta Alimentar en seis provincias de la Argentina durante el 2021. Ministerio de Desarrollo Social Argentina.
- 24.** Gerbotto M, Garaycochea L, Illuminati MJ. Prácticas y representaciones alimentarias de un grupo de mujeres en relación al uso de la tarjeta Alimentar en un barrio en situación de pobreza en Granadero Baigorria, Santa Fe. Diaeta 2022;40:e22040010.
- 25.** Internatonal Life sciences institute (ILSI). Guía visual de porciones y pesos de alimentos. CABA, 2018.
- 26.** Vázquez MB, Witriw AM. Modelos Visuales de Alimentos y tablas de relación peso/volumen. CABA, 1997.
- 27.** Estrada F, Fhur M. Atlas fotográfico de alimentos para niños de 1 a 5 años de Argentina. Comodoro Rivadavia, 2022. (Material elaborado por estudiantes de la Lic. en Nutrición de la UNLP, en el marco de su Tesis de grado)
- 28.** Ministerio de Salud de la Nación SARA 2 : tabla de composición química de alimentos para Argentina : compilación para ENNyS 2 / 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Salud de la Nación, 2022.
- 29.** CIOMS Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Pautas Éticas Internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. Cuarta Edición.

Organización Panamericana de la Salud y Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas ;2016.

**30.** Figueroa G, Mangialavori G, Perez M, Silva H, Tenisi M. Encuesta Nacional de Lactancia ENaLac. Ministerio de Salud y Dirección de salud perinatal y niñez. 2022. Disponible en: <http://iah.salud.gob.ar/doc/803.pdf>

**31.** Specogna M, Bustos A, De Simon A, Molinas A, Farinato MJ, Barrios P, Godoy V. Encuesta Provincial de Monitoreo de la Lactancia y Alimentación Infantil. Ministerio de Hacienda y Finanzas y Ministerio de Salud. 2023. Disponible en: <http://www.estadistica.ec.gba.gov.ar/dpe/images/Encuesta%20Provincial%20de%20Monitoreo%20de%20Lactancia%20y%20Alimentaci%C3%B3n%20Infantil%202023.pdf>

**32.** Mangialavori G, Goldberg L. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud ENNYS. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación Argentina. 2022. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/2deg-encuesta-nacional-de-nutricion-y-salud-indicadores-priorizados>.

**33.** Indicators for assessing infant and young child feeding practices: definitions and measurement methods. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF), 2021.

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### Consentimiento Informado

##### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sra. Mamá/Sr. papá o tutor: Se está realizando un estudio denominado "PATRON DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN NIÑOS/AS MENORES DE 2 AÑOS QUE RECIBEN LA TARJETA ALIMENTAR".

La promoción de una buena nutrición en los primeros años de vida es esencial para la prevención de deficiencias nutricionales. El programa ALIMENTAR ofrece un complemento alimentario que se suma a otras políticas de protección y asistencia social y se encuentra en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación destinados a familias con vulnerabilidad económica y social.

Si Ud. acepta que su hijo/a participe de este estudio, además de los controles habituales de salud, se le harán preguntas acerca de la alimentación de su hijo/a. El tiempo estimado para esta evaluación será aproximadamente de 20 minutos.

Los beneficios de participar en este estudio será conocer como es la alimentación de su hijo/hija y podrá recibir información sobre alimentación.

Los datos obtenidos serán confidenciales. Conforme a la ley 25326 de Protección de Datos Personales, sus datos no serán revelados en ningún momento, se le asignará un código y sólo la investigadora del estudio conocerá la relación entre el código y sus datos personales. Ud. puede negarse a participar o puede retirarse en cualquier momento del estudio sin que esto perjudique la atención de su hijo/hija en el Consultorio. Tampoco se verá afectada la recepción del beneficio de la tarjeta ALIMENTAR o AUH. Se aclara que usted no recibirá ningún pago con dinero ni tendrá ningún tipo de gastos.

El presente trabajo de investigación ha sido aprobado por el Comité de revisión de protocolos de investigación (CIRPI). Si Usted tiene alguna pregunta relacionada con sus derechos como participante en la investigación puede contactarse con el mismo.

Nombre y Apellido del padre/madre/tutor:

Nombre y Apellido del niño/a:

DNI:

Firma:

Investigador Principal:

DNI:

Firma:

Nombre y Apellido de testigo independiente:


DNI:

Firma:



## ANEXO 3

### Aprobación del Comité de Ética.

 Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas  
Prof. Dr. Fernando E. Viteri

Comité Institucional de Revisión de Protocolos de Investigación  
La Plata, 31 de agosto de 2023

Sra. Investigadora  
Mg. Malpeli Agustina.  
S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_


Tenemos el agrado de dirigimos a usted en relación al Proyecto **"Patrón de alimentación complementaria en niñas y niños menores de 2 años que reciben la tarjeta alimentaria"** a fin de informarle que el Comité Institucional de Revisión de Protocolos de Investigación, decidió por unanimidad la aprobación del presente estudio y su consentimiento informado en su versión 30/08/2023.


Se considera que el estudio es metodológica y éticamente correcto. Se resalta la importancia del tema de estudio. No existe riesgo en su realización y se garantiza la confidencialidad de los datos. Se considera que los derechos de los participantes están garantizados por la firma del consentimiento informado y por el compromiso del investigador a respetar los principios éticos aplicados a los estudios clínicos en las Declaraciones Internacionales de Derechos Humanos y Ética de la Investigación de Helsinki (1964 y sus actualizaciones), así como en las Guías Ética Internacionales para la Investigación Médica en Seres Humanos (CIOMS 2002 - Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas).

El Comité considera que el estudio contribuirá a la generación de conciencia alimentaria y políticas públicas.


El consentimiento informado es claro y garantiza la voluntariedad de la participación.  
El estudio no cuenta con patrocinio.  
La presente aprobación se realiza por un año.  
Asimismo, se deja constancia que tanto el centro como el equipo de investigadores reúnen los requisitos de idoneidad para la conducción del presente estudio.  
Sin otro particular, le saludamos muy atentamente.

Gabriel Arrue (Prof. en Filosofía)  
María Elena Ratto (Médica)  
Fernando Rentería (Médico Neonatólogo Infantil)  
Silvia E. González Ayala (Prof. Dra. Infectología Pediátrica)  
María Julia Petroni (Lic. en Ciencias Farmacéuticas)  
Fernando Fulvio (Lic. En enfermería)  
Fabricio Castellano (Médico)

  
Mónica Martínez (Hematóloga pediátrica)  
Presidenta

  
Daniela De Franco (Abogada)  
Secretaria

Hospital de Niños de La Plata Sor María Ludovica - Ministerio de Salud - CIC - Provincia de Buenos Aires  
Calle 63 N° 1069 - La Plata - Tels. (0221) 453-5929 - 453-5901 Int. 1435 / fax. 1767 - idip01@gmail.com

 Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas  
Prof. Dr. Fernando E. Viteri

Se hace saber al investigador que deberá cumplir los trámites de aprobación y/o registro ante el Ministerio de Salud PBA (CCIS)

Asimismo que deberá presentar al CIRPI notificación de finalización del estudio y la presentación de informes de avance cada seis meses o finales. Asimismo que deberá solicitar evaluación del CIRPI en caso de modificaciones del material destinado a los participantes o el formulario de consentimiento informado como así también las posibles modificaciones al protocolo.