



ACUMAR

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD AMBIENTAL

**Informe de la Evaluación Integral de Salud en Áreas de  
Riesgo (EISAR) Wilde Este, Avellaneda, Provincia de  
Buenos Aires.**

CAPÍTULO 1: Antecedentes, análisis de la Situación de Salud,  
determinantes sociales y sala de situación.



<b>I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>8</b>
<b>II. EL PARTIDO DE AVELLANEDA: TERRITORIO Y POBLACIÓN .....</b>	<b>10</b>
<b>III. DETERMINACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO .....</b>	<b>11</b>
III.1. SELECCIÓN DEL ÁREA PARA LA REALIZACIÓN DEL ESTUDIO .....	11
III.2. ESTIMACIÓN DEL NÚMERO DE NIÑOS BASADO EN LA DISTRIBUCIÓN DE TECHOS POR SECTOR...	13
<b>IV. SITUACIÓN SOCIAL, DEMOGRÁFICA Y SANITARIA DE LA POBLACIÓN DE LOS 24 PARTIDOS DEL GBA, AVELLANEDA Y WILDE ESTE. ....</b>	<b>14</b>
ESTRUCTURA POR SEXO Y EDAD DE LA POBLACIÓN, PARTIDOS DEL GBA, AVELLANEDA Y WILDE ESTE, 24 PARTIDOS DEL GBA .....	14
IV.1. ANTECEDENTES DE AVELLANEDA.....	16
IV.2. ANTECEDENTES DE WILDE ESTE .....	18
IV.3. ESTRUCTURA Y TAMAÑO DE LOS HOGARES .....	19
IV.4. GÉNERO .....	20
IV.5. MÁXIMO NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO .....	21
IV.6. POSICIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA: POBREZA.....	22
IV.7. CIRCUNSTANCIAS MATERIALES .....	23
IV.8. ESTADÍSTICAS VITALES DE AVELLANEDA .....	26
IV.9. ATENCIÓN DE LA SALUD EN AVELLANEDA. ....	27
IV.10. PROGRAMAS EJECUTADOS EN EL TERRITORIO.....	29
IV.11. AVELLANEDA: ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA .....	31
<b>V. NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD. ....</b>	<b>34</b>
V.1. DETERMINANTES ESTRUCTURALES Y DETERMINANTES SOCIALES DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD.....	34
V.1.i. Estructura y tamaño de los hogares.....	34
V.1.ii. Género .....	35
V.1.iii. Máximo nivel educativo del jefe/a de hogar .....	36
V.1.iv. Pueblos originarios, afrodescendientes, y población migrante .....	37
V.1.v. Fragilidad social .....	39
V.1.vi. Posición social y económica.....	39
V.1.vii. Capital social .....	40
V.2. DETERMINANTES SOCIALES INTERMEDIOS DE LA SALUD .....	41
V.2.i. Circunstancias materiales .....	41
V.2.ii. Factores psicosociales y de comportamiento .....	43
Sistema de salud.....	44
<b>IV. MUJERES EMBARAZADAS .....</b>	<b>44</b>
DETERMINANTES ESTRUCTURALES Y DETERMINANTES SOCIALES DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD:	44
Estructura y tamaño de los hogares.....	44
Género .....	46
Educación.....	47
Pueblos originarios, afrodescendientes y población migrante .....	47
Fragilidad social.....	48
Posición social y económica.....	48
Capital social .....	50
DETERMINANTES SOCIALES INTERMEDIOS DE LA SALUD .....	50
Circunstancias materiales .....	50
Factores psicosociales y de comportamiento .....	52

<i>Sistema de salud</i> .....	53
<b>V. ADULTOS MAYORES. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.</b> .....	<b>53</b>
DETERMINANTES ESTRUCTURALES Y DETERMINANTES SOCIALES DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD:	
.....	54
<i>Composición Familiar</i> .....	54
<i>Género</i> .....	55
<i>Educación</i> .....	56
<i>Pueblos originarios, afro descendientes y población migrante</i> .....	57
<i>Fragilidad social</i> .....	58
<i>Posición social y económica</i> .....	58
<i>Capital social</i> .....	59
DETERMINANTES SOCIALES INTERMEDIOS DE LA SALUD.....	60
<i>Circunstancias materiales</i> .....	60
<i>Factores psicosociales y de comportamiento</i> .....	62
<i>Cobertura de salud</i> .....	62
<b>VI. COMPONENTE SALA DE SITUACIÓN</b> .....	<b>63</b>
INTRODUCCIÓN.....	63
METAS.....	63
RESULTADOS DEL COMPONENTE DE ADULTOS MAYORES.....	67
RESULTADOS COMPONENTE DE NUTRICIÓN.....	69
RESULTADOS DEL COMPONENTE DE DESARROLLO.....	70
RESULTADOS COMPONENTE TOXICOLÓGICO.....	71

## Índice de Tablas

Tabla 1. Número estimado de niños por viviendas. Villa 21-24. EISAR, 2012.....	14
Tabla 2. Razón de masculinidad por edad. 24 partidos del GBA, Avellaneda y Wilde Este, 2010y 2013.....	16
Tabla 3. Distribución de los hogares según tipo. 24 partidos del GBA y Wilde Este, 2010 y 2013.....	19
Tabla 4. Porcentaje de hogares con jefe mujer según tipo de hogar. 24 partidos del GBA y Wilde Este, 2010 y 2013. ....	20
Tabla 5. Distribución de los hogares según condición de pobreza. Aglomerado GBA y Wilde Este, 2012.....	22
Tabla 6. Distribución de los hogares según provisión y procedencia del agua. 24 Partidos del GBA, Avellaneda y Wilde Este, 2010 y 2013.....	24
Tabla 7. Distribución de los hogares según servicio sanitario. 24 Partidos del GBA, Avellaneda y Wilde Este, 2010y 2013.....	25
Tabla 8. Resumen estadísticas vitales Avellaneda. 2010. ....	26
Tabla 9. Establecimientos oficiales de Avellaneda. Año 2011.....	27
Tabla 10. Detalle de establecimientos de Salud del departamento de Avellaneda. ....	28
Tabla 11. Distribución de los profesionales del equipo de salud en las Unidades Sanitarias. Avellaneda.....	28
Tabla 12. Casos y tasas de eventos priorizados. Avellaneda 2008 a 2012.....	31
Tabla 13. Diarreas. Casos Acumulados Hasta la 52 <sup>o</sup> semana epidemiológica. PARTIDO AVELLANEDA. por Localidad. Años 2008 – 2012. ....	32
Tabla 14. Bronquiolitis en menores de 2 años. Casos Acumulados Hasta la 52 <sup>o</sup> semana epidemiológica. Partido Avellaneda por Localidad. Años 2008 – 2012.....	32
Tabla 15. Enfermedad Tipo Influenza (ETI). Casos Acumulados Hasta la 52 <sup>o</sup> semana epidemiológica. PARTIDO AVELLANEDA por Localidad. Años 2008 – 2012.....	33

Tabla 16. Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG). Casos Acumulados Hasta la 52 <sup>o</sup> semana epidemiológica. Partido Avellaneda por localidad. años 2008 – 2012.....	33
Tabla 17. Neumonía. Casos Acumulados Hasta la 52 <sup>o</sup> semana epidemiológica. PARTIDO AVELLANEDA por Localidad. Años 2008 – 2012. ....	33
Tabla 18. Hogares con niños menores de 6 años: distribución por Tipo de hogar según Sexo del jefe. Wilde, 2013.....	34
Tabla 19. Hogares con niños menores de 6 años: Tamaño promedio según Tipo de hogar. Wilde, 2013 .....	35
Tabla 20. Hogares con niños menores de 6 años: porcentaje con Jefa mujer según Tipo de hogar. Wilde, 2013 .....	36
Tabla 21. Hogares con niños menores de 6 años: Condición de actividad del jefe según Sexo en porcentajes. Wilde, 2013 .....	36
Tabla 22. Hogares con niños menores de 6 años: Nivel educativo del jefe. Wilde, 2013 .....	37
Tabla 23. Hogares con niños menores de 6 años: distribución según indicadores seleccionados. Wilde, 2013.....	37
Tabla 24. Hogares con niños menores de 6 años: distribución según País de nacimiento del jefe. Wilde, 2013.....	37
Tabla 25. Niños menores de 6 años: distribución de sus madres según País de nacimiento. Wilde, 2013 .....	38
Tabla 26. Jefes de hogares con niños menores de 6 años: Tiempo de residencia en la vivienda según País de nacimiento. Wilde, 2013 .....	38
Tabla 27. Hogares con niños menores de 6 años: distribución según indicadores de Fragilidad social. Wilde, 2013 .....	39
Tabla 28. Hogares con niños menores de 6 años: Porcentaje por debajo de las líneas de pobreza e indigencia. Wilde, 2013 .....	39
Tabla 29. Hogares con niños menores de 6 años: distribución según Necesidades Básicas Insatisfechas. Wilde, 2013 .....	40
Tabla 30. Hogares con niños menores de 6 años: distribución según indicadores de Capital social. Wilde, 2013 .....	41
Tabla 31. Hogares con niños menores de 6 años: distribución según Tipo de vivienda. Wilde este, 2013.....	41
Tabla 32. Hogares con niños menores de 6 años: Distribución según Régimen de tenencia de la vivienda. Wilde, 2013 .....	42
Tabla 33. Hogares con niños menores de 6 años: distribución según Servicio sanitario. Wilde, 2013 .....	42
Tabla 34. Hogares con niños menores de 6 años: distribución según Combustible utilizado para cocinar. Wilde, 2013.....	42
Tabla 35. Hogares con niños menores de 6 años: distribución según Combustible utilizado para calefaccionar o calentar la casa. Wilde, 2013 .....	43
Tabla 36. Hogares con niños menores de 6 años: distribución según Percepción de ruidos molestos a su alrededor. Wilde, 2013 .....	43
Tabla 37. Hogares con niños menores de 6 años: distribución según Frecuencia con que se ventila la vivienda. Wilde, 2013 .....	43
Tabla 38. Hogares con niños menores de 6 años: distribución según presencia de personas que fuman dentro de la vivienda. Wilde, 2013.....	43
Tabla 39. Hogares con niños menores de 6 años: distribución según Cobertura médica más frecuentemente usada en el hogar. Wilde, 2013 .....	44
Tabla 40. Hogares con embarazadas: distribución por Tipo de hogar según Sexo del jefe .Wilde, 2013 .....	45
Tabla 41. Hogares con embarazadas: Tamaño promedio según Tipo de hogar. Wilde, 2013...45	45
Tabla 42. Hogares con embarazadas: porcentaje con Jefa mujer según Tipo de hogar. Wilde, 2013 .....	46

Tabla 43. Hogares con embarazadas: Condición de actividad del jefe según Sexo. Wilde, 2013	46
Tabla 44. Hogares con embarazadas: Nivel educativo del jefe. Wilde, 2013	47
Tabla 45. Hogares con embarazadas: Nivel educativo de la embarazada. Wilde, 2013	47
Tabla 46. Hogares con embarazadas: distribución según indicadores. Wilde, 2013	47
Tabla 47. Hogares con embarazadas: distribución según País de nacimiento del jefe. Wilde, 2013	48
Tabla 48. Hogares con embarazadas: distribución según indicadores de Fragilidad social. Wilde, 2013	48
Tabla 49. Hogares con Embarazadas: Porcentaje por debajo de las líneas de pobreza e indigencia. Wilde, 2013	49
Tabla 50. Hogares con embarazadas: distribución según Necesidades Básicas Insatisfechas. Wilde, 2013	49
Tabla 51. Hogares con embarazadas: distribución según indicadores de Capital social. Wilde, 2013	50
Tabla 52. Hogares con embarazadas: distribución según Tipo de vivienda. Wilde, 2013	50
Tabla 53. Hogares con embarazadas: distribución según Vivienda deficitaria. Wilde, 2013	51
Tabla 54. Hogares con embarazadas: Distribución según Régimen de tenencia de la vivienda. Wilde, 2013	51
Tabla 55. Hogares con embarazadas: distribución según Servicio sanitario. Wilde, 2013	51
Tabla 56. Hogares con embarazadas: distribución según Combustible utilizado para cocinar. Wilde, 2013	52
Tabla 57. Hogares con embarazadas: distribución según Combustible utilizado para calefaccionar o calentar la casa. Wilde, 2013	52
Tabla 58. Hogares con embarazadas: distribución según Percepción de ruidos molestos a su alrededor. Wilde, 2013	52
Tabla 59. Hogares con embarazadas: distribución según Frecuencia con que se ventila la vivienda. Wilde, 2013	53
Tabla 60. Hogares con embarazadas: distribución según presencia de personas que fuman dentro de la vivienda. Wilde, 2013	53
Tabla 61. Hogares con embarazadas: distribución según Cobertura médica más frecuentemente usada en el hogar. Wilde, 2013	53
Tabla 62. Hogares con adultos Mayores: Distribución según tipo de hogar y sexo del jefe. Wilde, 2013.	54
Tabla 63. Hogares con adultos mayores: Tamaño promedio según tipo de hogar. Wilde, 2013.	55
Tabla 64. Hogares con Adultos Mayores. Porcentaje con jefa mujer según tipo de hogar. Wilde, 2013.	55
Tabla 65. Hogares con adultos mayores: condición de actividad del jefe según sexo. Wilde, 2013.	56
Tabla 66. Hogares con adultos mayores según nivel educativo del jefe. Wilde, 2013.	56
Tabla 67. Hogares con Adultos Mayores según nivel educativo. Wilde, 2013.	57
Tabla 68. Hogares con adultos mayores: distribución según pertenencia a pueblos originarios o su reconocimiento como afro descendiente. Wilde, 2013	57
Tabla 69. Hogares con adultos mayores: distribución según País de nacimiento del jefe. Wilde, 2013.	57
Tabla 70. Hogares con adultos mayores: distribución según indicadores de fragilidad social. Wilde, 2013	58
Tabla 71. Hogares con adultos mayores: Porcentaje por debajo de las líneas de pobreza e indigencia. Wilde, 2013.	58
Tabla 72. Hogares con adultos mayores: distribución según Necesidades Básicas Insatisfechas. Wilde, 2013	59

Tabla 73. Hogares con adultos mayores: distribución según indicadores de Capital social. Wilde, 2013 .....	59
Tabla 74. Hogares con adultos mayores: distribución según Tipo de vivienda. Wilde, 2013 .....	60
Tabla 75. Hogares con adultos mayores: distribución según Vivienda deficitarias. Wilde, 2013	60
Tabla 76. Hogares con adultos mayores: Distribución según Régimen de tenencia de la vivienda. Wilde, 2013 .....	60
Tabla 77. Hogares con adultos mayores: distribución según Servicio sanitario. Wilde, 2013 .....	61
Tabla 78. Hogares con adultos mayores: distribución según Combustible utilizado para cocinar. Wilde, 2013 .....	61
Tabla 79. Hogares con adultos mayores: distribución según Combustible utilizado para calefaccionar o calentar la casa. Wilde, 2013 .....	61
Tabla 80. Hogares con adultos mayores: distribución según Percepción de ruidos molestos a su alrededor. Wilde, 2013 .....	62
Tabla 81. Hogares con adultos mayores: distribución según frecuencia con que se ventila la vivienda. Wilde, 2013 .....	62
Tabla 82. Hogares con adultos mayores: distribución según presencia de personas que fuman dentro de la vivienda. Wilde, 2013 .....	62
Tabla 83. Hogares con adultos mayores: distribución según cobertura médica más frecuentemente usada en el hogar. Villa 21-24, 2012.....	62
Tabla 84. Área Espacial Metas=2133 Viviendas .....	63
Tabla 85. Motivos de no sensibilización de las viviendas.....	64

## Índice de gráficos

Gráfico 1. Estructura por sexo y edad de la población de 24 partidos del GBA .....	15
Gráfico 2. Proporción de niños menores de 6 años y de adultos mayores. 24 partidos del GBA, Avellaneda y Wilde Este, años 2010 y 2013. ....	15
Gráfico 3. Población total según censo y variación porcentual intercensal. 1991 a 2010, Avellaneda.....	17
Gráfico 4. Estructura por sexo y edad de la población de Avellaneda 2010. ....	17
Gráfico 5. Estructura de la población por sexo y edad de Wilde Este, 2013. ....	18
Gráfico 6. Distribución de los hogares según tipo. 24 partidos del GBA de Wilde Este, 2010 y 2013. ....	20
Gráfico 7. Porcentaje de hogares con jefe mujer según tipo. 24 Partidos del GBA y Wilde Este, 2010 y 2013.....	21
Gráfico 8. Nivel educativo alcanzado. 24 Partidos del GBA y Avellaneda, 2010. ....	21
Gráfico 9. Nivel educativo alcanzado Wilde Este. ....	22
Gráfico 10. Hogares según tipo de vivienda, en porcentajes. 24 Partidos del GBA, Avellaneda y Wilde Este. ....	23
Gráfico 11. Distribución de los hogares según régimen de tenencia de la vivienda. 24 Partidos del GBA, Avellaneda y Wilde Este, 2010 y 2013.....	24
Gráfico 12. Distribución de los hogares según material predominante de los pisos. 24 Partidos del GBA, Avellaneda y Wilde Este, 2010 y 2013.....	25
Gráfico 13. Distribución de los hogares según combustible que utilizan para cocinar. 24 Partidos del GBA, Avellaneda y Wilde Este, 2010 y 2013.....	26
Gráfico 14. Indicadores comparados Avellaneda, Prov. de Buenos Aires, CMR y Argentina. 2010. ....	27
Gráfico 15. Camas del sector público cada 100.000 habitantes, Región Sanitaria VI por Municipio.....	29
Gráfico 16. TDC del componente Sensibilizadores y Encuestadores, Wilde 2013.....	65
Gráfico 17. Promedio de niños evaluados por los componentes Nutrición, Toxicología, y Desarrollo(N: 1980) .....	66
Gráfico 18. Evaluaciones de niños acumuladas por día según componente(N: 1.893) .....	66

Gráfico 19. Evaluación de embarazadas(N: 61) de los componentes Nutrición(N: 39) y Toxicología(N: 32) según día .....	67
Gráfico 20. : Evaluación del componente adultos mayores (Meta=329, N=234).....	67
Gráfico 21. Evaluación de deterioro cognitivo en adultos mayores(N= 229) .....	68
Gráfico 22. Evaluación de la presencia de trastorno funcional en adultos mayores con deterioro cognitivo(N=25). .....	68
Gráfico 23. Evaluación Nutricional en Adultos Mayores(N=171).....	69
Gráfico 24. Evaluación Nutricional Niños(N=570). .....	69
Gráfico 25.Evaluación Nutricional Embarazadas(N= 30). .....	70
Gráfico 26.CPP en el Hogar, niños >6 meses de edad. (N=631)*.....	70
Gráfico 27. PRUNAPE en el Trailer a niños>6 meses que fracasaron el CPPP en el hogar(N=200).....	71
Gráfico 28. PRUNAPE en el hogar a niños < 6 meses(N=55).....	71
Gráfico 29. Valores de plomo en niños por día en sangre capilar(N=583). .....	72
Gráfico 30. Valores de plomo $\geq 5,1$ a 9,9 en niños acumulados(N=583) .....	72
Gráfico 31.Valores de plomo $\geq 10$ en niños acumulados(N=583) .....	72
Gráfico 32. Valores de hemoglobina en niños por día(N=583).....	72
Gráfico 33. Valores de hemoglobina en embarazadas por día .....	72

### Índice de mapas

Mapa 1. Ubicación de Avellaneda en el área Metropolitana de Buenos Aires. ....	10
Mapa 2. Localidades del Municipio de Avellaneda.....	11
Mapa 3. Vista general del sitio. Wilde Este. EISAR, 2013.....	12
Mapa 4. Zonificación según áreas y manzanas. Wilde Este. EISAR, 2013.....	13

## I. Introducción

El informe preliminar que se presenta a continuación es un primer análisis de la base de datos que contiene los datos relevados por encuestas aplicadas en la EISAR de Wilde este.

Se pone de relieve que dichas encuestas fueron aplicadas por relevamiento censal en sectores seleccionados de Wilde Este. Por este motivo cuando en el informe se hace referencia a resultados de “Wilde Este”, deberá interpretarse que los mismos provienen de viviendas, hogares y personas ubicadas en dichos sectores al momento de realizar la Evaluación Integral de Salud. Se hace notar entonces que los mismos no pueden ser extrapolados a otros sitios de Wilde o del partido de Avellaneda.

Se pone en conocimiento que al momento de la presentación de este informe se espera que el número de personas evaluadas difiera de informes presentados con anterioridad. Ello se debe a que para el abordaje del marco de acción sobre los determinantes sociales de la salud, y por exigencia metodológica de los análisis aplicados, se quitaron del análisis los registros incompletos.

El EISAR de Wilde Este al igual que en las evaluaciones realizadas por la DGSA, se incluyó:

1. Evaluación social y demográfica de los hogares y población
2. Evaluación nutricional a niños, embarazadas y adultos mayores
3. Evaluación del Desarrollo Infantil a niños menores de 6 años
4. Evaluación toxicológica y de anemia a niños menores de 6 años y embarazadas
5. Evaluación del deterioro cognitivo en Adultos Mayores
6. Análisis espacial y diagnóstico del paisaje urbano
7. Abordaje Cualitativo

Todas aquellas personas que en terreno fueron identificadas con algún problema social o sanitario, se le hizo entrega de una constancia de ello y se informó de esta situación a los integrantes del hogar. A continuación se los derivó a los Centros de Salud locales para su control, diagnóstico y seguimiento, lugares estos que fueron acordados previamente con la Autoridades sanitarias del municipio de Avellaneda.

Luego se elevó semanalmente los listados con todos los datos personales y espaciales a las autoridades del municipio de Avellaneda..



Para la presentación de los resultados de la EISAR realizada en Wilde este se seguirá una estructura de presentación en Capítulos que contiene:

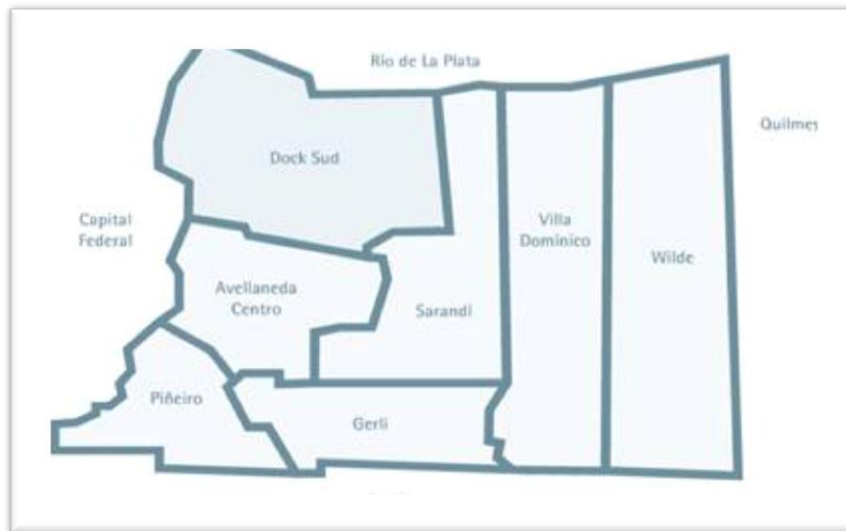
- **Capítulo 1.** Antecedentes, determinación del área de estudio, caracterización del área evaluada según su ubicación geográfica, perfil demográfico, trayectorias educativas, posición social y económica (pobreza), circunstancias materiales y cartografía básica. Se incluyó en este capítulo los resultados de la Sala de Situación utilizada para la gestión operativa de la EISAR.
- **Capítulo 2.** Presentación de resultados del Componentes nutricional.
- **Capítulo 3.** Presentación de resultados del Componente de desarrollo psicomotor.
- **Capítulo 4.** Presentación de resultados del Componente de análisis toxicológico y anemia.
- **Capítulo 5.** Presentación de resultados del análisis espacial.
- **Capítulo 6.** Presentación de resultados de la evaluación cognitiva de adultos mayores.
- **Capítulo 7.** Presentación de resultados del abordaje cualitativo de estrategias de cuidado de la salud en relación con las redes sociales y el ambiente.

Cada componente realizó una descripción de las variables de resultado observadas en la población de Wilde Este, y una comparación (si ello correspondía) con los resultados de otros estudios realizados por la DGSA en la CMR (EFARS 2008, ENUDPAT 2010, ENUDPAT 2011, EISAR de Villa Inflamable), resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud del Ministerio de Salud de la Nación (ENNYS, 2005), resultados del Censo Nacional de Hogares y Población (CNHP) 2010, resultados presentados por UNICEF, la OMS, y la literatura específica nacional o internacional.

Se realizó además el análisis de resultados sanitarios seleccionados por cada componente y sus determinantes sociales



Mapa 2. Localidades del Municipio de Avellaneda



Fuente: DGSA, 2013.

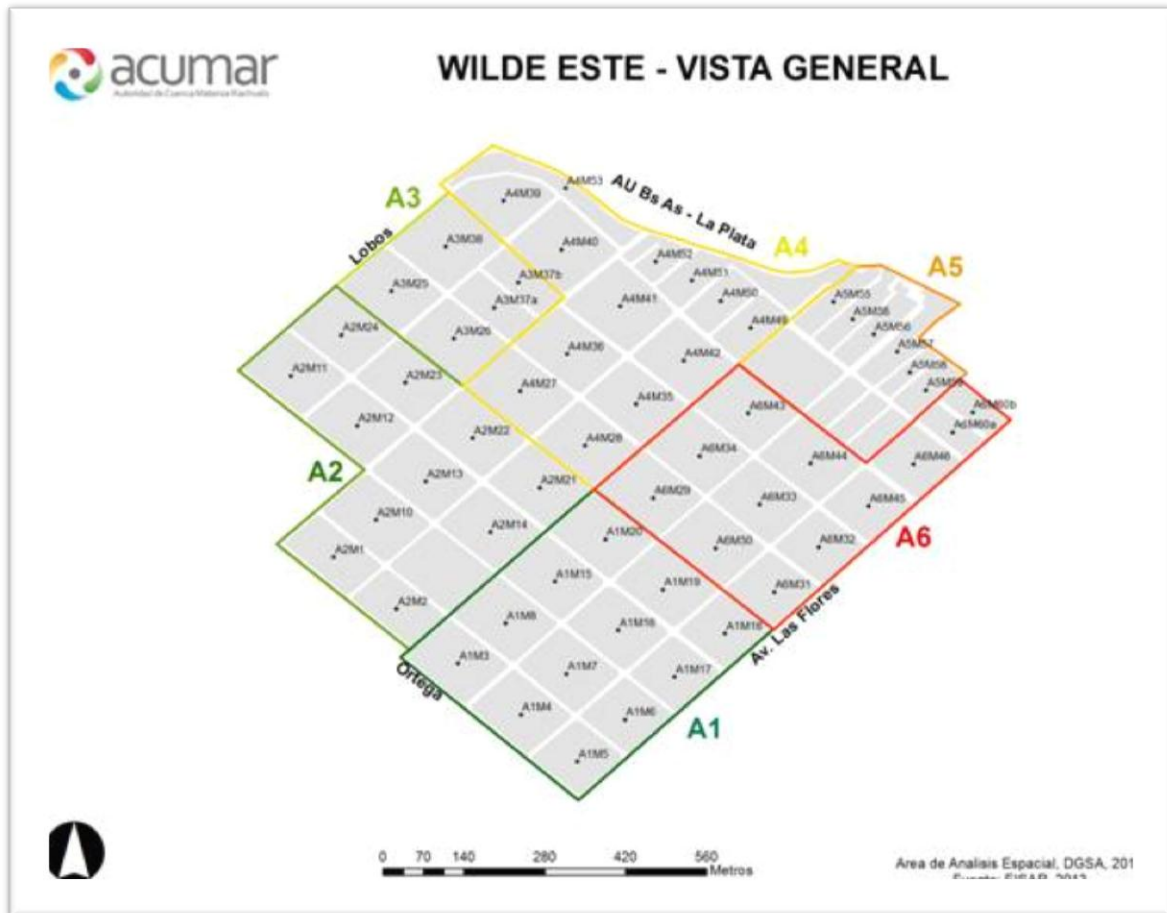
### III. Determinación del área de estudio

Para el diseño de la cartografía del área de estudio donde se realizó la EISAR, se consultaron las bases cartográficas del partido de Avellaneda en formato shape. También se consultaron imágenes de Google Earth y a partir de estas se confeccionó el plano con áreas y manzanas para la totalidad del sitio. Los límites del área de estudio fueron determinados por la Dirección General de Salud Ambiental y las autoridades de salud del Municipio de Avellaneda, y revisados por el Área de Análisis Espacial, de acuerdo a los planos del barrio con los que contaba el municipio.

#### III.1. Selección del área para la realización del estudio

Las áreas para la implementación del estudio han sido proyectadas por el Área de Análisis Espacial. La correlatividad en los números de dichas áreas sigue el orden en sentido de las agujas del reloj y tienen como inicio el extremo suroeste del barrio.

Mapa 3. Vista general del sitio. Wilde Este. EISAR, 2013



Fuente: DGSA, 2013.

Se consideró como límites del barrio al territorio comprendido por calle Ortega (paralela a Acceso Sudeste) (límite oeste), calle Lomas de Zamora, calle Lobos (límite norte), calle Lobos y Autopista Buenos Aires – La Plata (límite este) y Avenida Las Flores (límite sur).

Mapa 4. Zonificación según áreas y manzanas. Wilde Este. EISAR, 2013.



Fuente: DGSA, 2013.

### III.2. Estimación del número de niños basado en la distribución de techos por sector

Para determinar el número de niños a evaluar, se consideró la relación de 1 niño por cada 2,4 viviendas recorridas. En este sentido se contabilizó el número de techos en cada una de las manzanas del barrio mediante el uso de imágenes satelitales de Google Earth. Luego se estableció dicho valor por manzana, el cual representaría el número mínimo de viviendas esperado a identificar en el terreno. La siguiente es la estimación del número de viviendas por cada área del barrio, las manzanas que las componen y el número estimado de niños, de acuerdo al factor descrito anteriormente. Esta información es luego utilizada para la gestión de la sala de situación para el monitoreo de las acciones que se realizarían luego en campo.

Más adelante se procedió a la verificación “in situ” a través del listado de las viviendas de cada área.

Tabla 1. Número estimado de niños por viviendas. Villa 21-24. EISAR, 2012.

Nº de Sector y manzanas	Nº de Techos	Nº estimado de niños
AREA 1 Manzanas 3,4,5,6,7,8,15,16,17,18,19,20	547	228
AREA 2 Manzanas 1,2,9,10,11,12,13,14,21,22,23,24	546	228
AREA 3 Manzanas 25,26,37a,37b,38	145	60
AREA 4 Manzanas 27,28,35,36,39,40,41,42,49,50,51,52,53	421	175
AREA 5 Manzanas 47a,47b,47c,48,55,56,57,58,59	197	82
AREA 6 Manzanas 29,30,31,32,33,34,43,44,45,46,60a,60b	357	149
<b>Total</b>	<b>2213</b>	<b>922</b>

Fuente: DGSA, 2013.

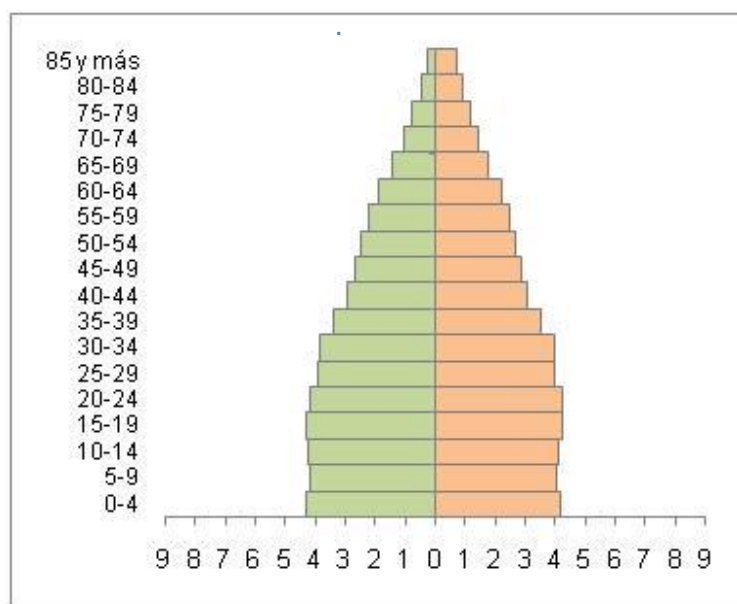
#### IV. Situación social, demográfica y sanitaria de la población de los 24 partidos del GBA, Avellaneda y Wilde este.

Se describen a continuación indicadores sociales y demográficos realizados con datos provenientes del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 de los 24 partidos del GBA, Avellaneda y de la EISAR Wilde este.

#### Estructura por sexo y edad de la población, partidos del GBA, Avellaneda y Wilde Este, 24 Partidos del GBA

La estructura de la población de los 24 partidos del GBA, muestra una base y una cúspide estrechas indicando baja natalidad y baja esperanza de vida (pirámide estancada).

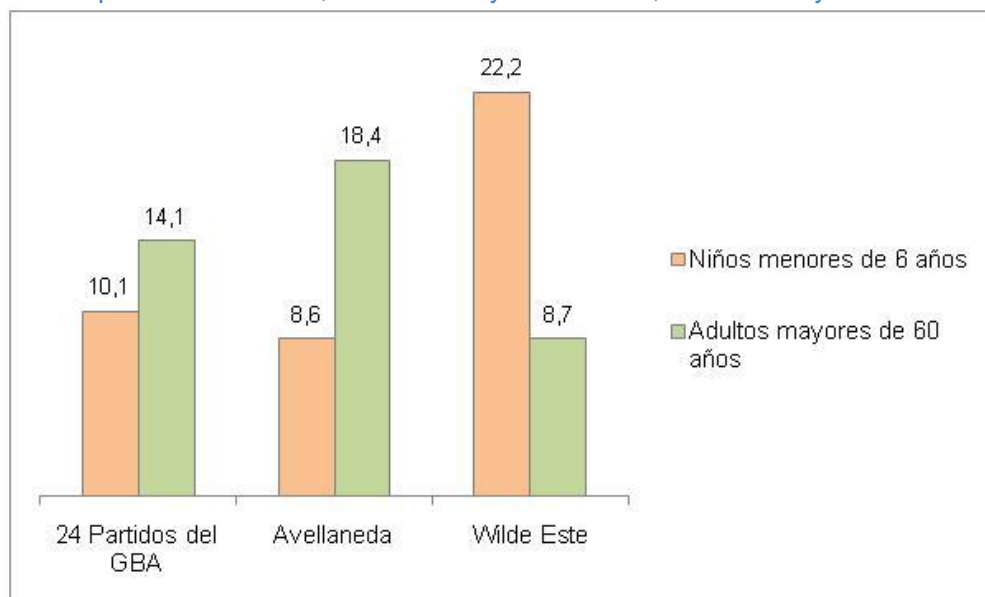
Gráfico1. Estructura por sexo y edad de la población de 24 partidos del GBA



Fuente: DGSA, 2013.

Al comparar las tres áreas geográficas el mayor porcentaje de niños menores de 6 años se observó en Wilde este. El porcentaje de población de 60 años y más es mayor en Avellaneda, que lo observado en los 24 partidos y Wilde Este.

Gráfico 2. Proporción de niños menores de 6 años y de adultos mayores. 24 partidos del GBA, Avellaneda y Wilde Este, años 2010 y 2013.



Fuente: DGSA, 2013.

La razón de masculinidad como es de esperar es mayor en el grupo de 0 a 14 años en las tres áreas geográficas. En los grupos de 15 a 59 y 60 años y más disminuye el

número de hombres por 100 mujeres, presentando Wilde este menor cantidad de hombre que lo observado en Avellaneda y los 24 partidos del GBA.

Tabla 2. Razón de masculinidad por edad. 24 partidos del GBA, Avellaneda y Wilde Este, 2010y 2013.

Edad	Razón de masculinidad		
	24 Partidos del GBA	Avellaneda	Wilde Este
0-14	103,3	100,9	108,8
15-59	96,6	94,6	88,8
60 y más	72,6	66,4	60,5
Total	94,4	89,9	93,3

Fuente: DGSA, 2013

#### IV.1. Antecedentes de Avellaneda

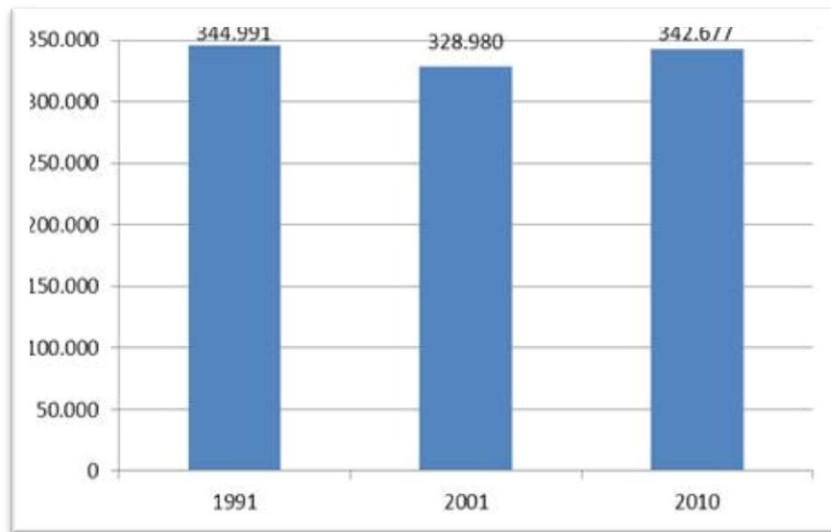
La Ciudad fue fundada el 7 de abril de 1852 con el nombre de Barracas al Sud. La población según el Censo 2010 fue de 342.677 habitantes.

Su densidad poblacional es de 6.530 habitantes por km<sup>2</sup>. Su superficie corresponde al 0,017% de la de la provincia de Buenos Aires y al 2,28% de la CMR. Su población representa el 2,21% del total de habitantes de la provincia de Buenos Aires y el 5,82% de la CMR.

En cuanto a la distribución según sexo, Avellaneda presentó en año 2010 un índice de masculinidad de 89,9 hombres cada 100 mujeres (162.264 varones y 180.413 mujeres). En cuanto a la dinámica poblacional, la variación intercensal había sido negativa entre el censo de 1991 y el de 2001 mientras que entre el 2001 y 2010 a pesar de haberse revertido esta tendencia, aún la población no llegaba al número registrado en 1991 como puede observarse en el gráfico siguiente.



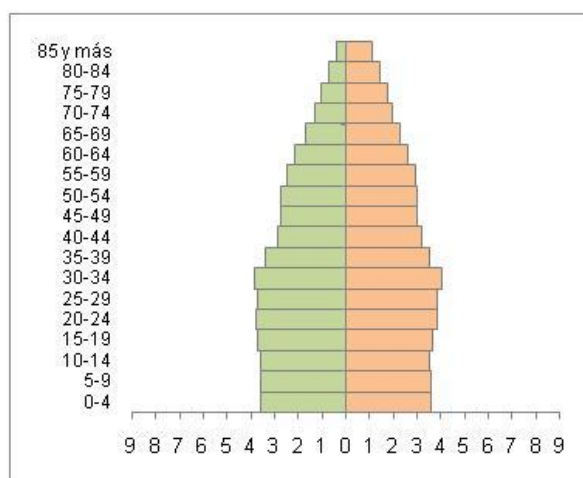
Gráfico 3. Población total según censo y variación porcentual intercensal. 1991 a 2010, Avellaneda.



Fuente: DGSA, 2013.

En cuanto a la estructura de la población por grupos de edad y sexo, puede observarse en la pirámide poblacional correspondiente al último censo del año 2010, que tiene una forma propia de las pirámides regresivas, con una base estrecha y una cima ensanchada (población envejecida con baja natalidad y mortalidad), con un predominio de la población femenina entre la población activa (94 hombres cada 100 mujeres en edad económicamente activa) y entre los pasivos definitivos (61 varones cada 100 mujeres mayores de 64 años).

Gráfico4. Estructura por sexo y edad de la población de Avellaneda 2010.



Fuente: DGSA, 2013.

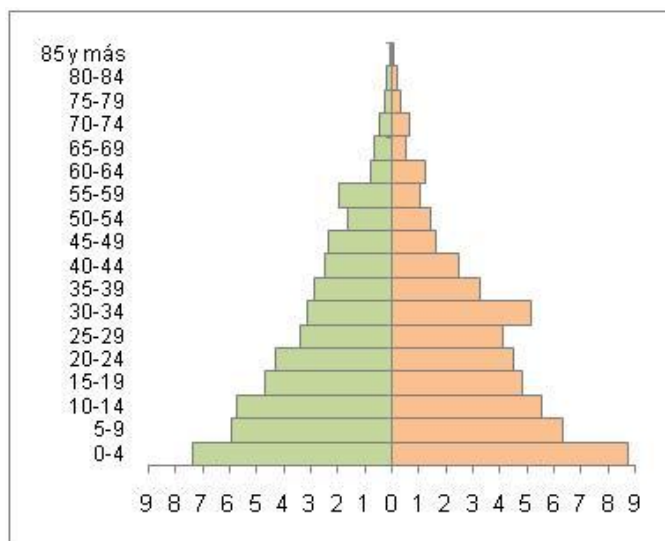
La tasa de dependencia demográfica del departamento de Avellaneda es de 0,54 igual a la de la CMR (0,54) y de la provincia de Buenos Aires (0,55).

En cuanto al perfil de la población, el 92,35% es nacida en la Argentina y el 7,65% (26.219) ha nacido en países extranjeros, de los cuales más del 57% son mujeres. De todos los habitantes nacidos en países extranjeros, el 58,29% proviene de países limítrofes y de éstos, el 32,79% es nacido en el Paraguay, el 13,52% en Uruguay y el 7,83% en Bolivia; de los extranjeros provenientes de países latinoamericanos no limítrofes, los nacidos en Perú representan el 13,3% de la población de Avellaneda que nació en el extranjero. El 25,6% de los inmigrantes nacieron en Europa, principalmente en Italia y España.

#### IV.2. Antecedentes de Wilde Este

La estructura de la población de Wilde este mostró un perfil totalmente opuesto a lo observado en Avellaneda y los 24 partidos del GBA: una base ancha y una cúspide estrecha, indicando altas tasas de natalidad y como consecuencia un predominio de población joven. Se observa en general mayor predominio de mujeres y es notorio en el grupo de 30 a 34 años de edad. Esto se invierte en el grupo de 55 a 59 años donde el predominio es de varones.

Gráfico 5. Estructura de la población por sexo y edad de Wilde Este, 2013.



Fuente: DGSA, 2013.

### IV.3. Estructura y tamaño de los hogares

En relación al tipo de hogares se observó un predominio en Wilde este del tipo hogar multipersonal familiar completo.

Tabla 3. Distribución de los hogares según tipo. 24 partidos del GBA y Wilde Este, 2010 y 2013.

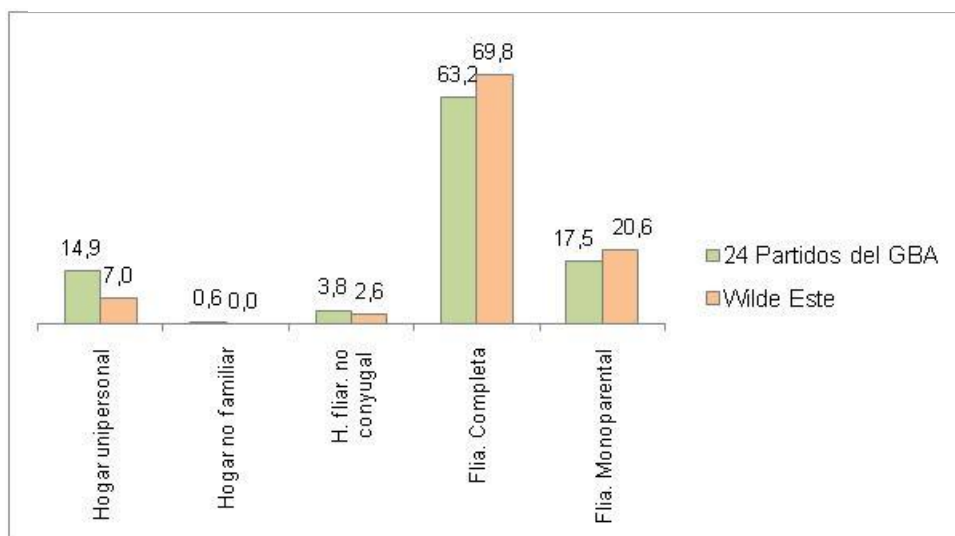
Tipo de hogar	24 Partidos del GBA	Wilde Este
1. Hogar unipersonal	14,9	7,0
2. Hogar multipersonal	85,1	93,0
2.1. Hogar no familiar	0,6	0,0
2.2. Hogar familiar	84,5	93,0
2.2.1. Hogar familiar no conyugal (1)	3,8	2,6
2.2.2. Familia completa(2)	63,2	69,8
2.2.2.1. Familia completa nuclear(3)	52,1	57,1
2.2.2.1. Familia completa extensa/ compuesta(4)	11,1	12,8
2.2.3. Familia monoparental(5)	17,5	20,6
2.2.3.1. Familia monoparental nuclear(6)	11,7	13,1
2.2.3.1. Familia monoparental extensa/ compuesta(7)	5,8	7,5
Total	100,0	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

- (1) Jefe y otros familiares no conyugales/ no familiares
- (2) Está presente el cónyuge del jefe
- (3) Pareja con hijos
- (4) Pareja con hijos y otros familiares/no familiares
- (5) Jefe (sin pareja) e hijo(s)
- (6) Jefe (sin pareja) e hijo(s)
- (7) Jefe (sin pareja), hijo(s) y otros familiares/ no familiares

Le sigue en magnitud el hogar tipo familia completa nuclear como se observa en la siguiente tabla y gráfico.

Gráfico 6. Distribución de los hogares según tipo. 24 partidos del GBA de Wilde Este, 2010 y 2013.



Fuente: DGSA, 2013.

#### IV.4. Género

Respecto del porcentaje de hogares con jefa mujer, se observó que en los 24 partidos del GBA el 15,2% de los hogares tipo familia completa están a cargo de una mujer, mientras que en Wilde Este el porcentaje asciende al 39,1%. En relación a las familias monoparentales que están a cargo de una mujer los valores son similares en ambos lugares.

Tabla 4. Porcentaje de hogares con jefe mujer según tipo de hogar. 24 partidos del GBA y Wilde Este, 2010 y 2013.

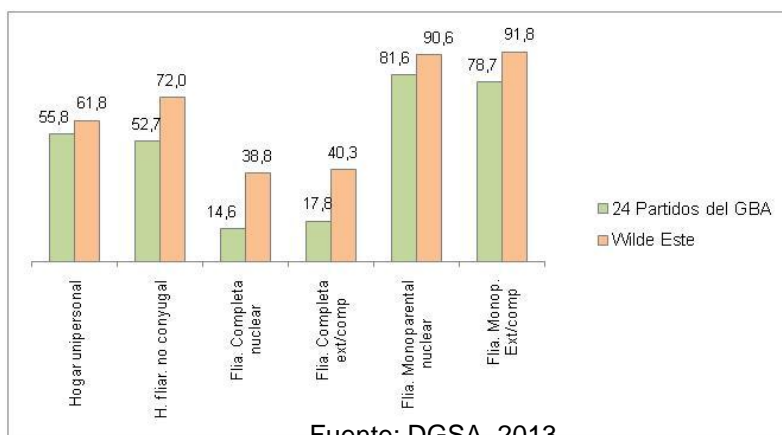
Tipo de hogar	24 Partidos del GBA	Wilde Este
1. Hogar unipersonal	55,8	61,8
2. Hogar multipersonal	30,6	51,5
2.1. Hogar no familiar	50,5	-
2.2. Hogar familiar	30,4	51,5
2.2.1. Hogar familiar no conyugal(1)	52,7	72,0
2.2.2. Familia completa (2); <b>Error! Marcador no efinito.</b>	15,2	39,1
2.2.2.1. Familia completa nuclear(3)	14,6	38,8
2.2.2.1. Familia completa extensa/ compuesta(4)	17,8	40,3
2.2.3. Familia monoparental(5)	80,7	91,0
2.2.3.1. Familia monoparental nuclear(6)	81,6	90,6
2.2.3.1. Familia monoparental extensa/ compuesta(7)	78,7	91,8
<b>Total</b>	<b>34,3</b>	<b>52,2</b>

(1) Jefe y otros familiares no conyugales/ no familiares

- (2) Está presente el cónyuge del jefe
- (3) Pareja con hijos
- (4) Pareja con hijos y otros familiares/no familiares
- (5) Jefe (sin pareja) e hijo(s)
- (6) Jefe (sin pareja) e hijo(s)
- (7) Jefe (sin pareja), hijo(s) y otros familiares/ no familiares

Fuente: DGSA, 2013.

Gráfico 7. Porcentaje de hogares con jefe mujer según tipo. 24 Partidos del GBA y Wilde Este, 2010 y 2013.



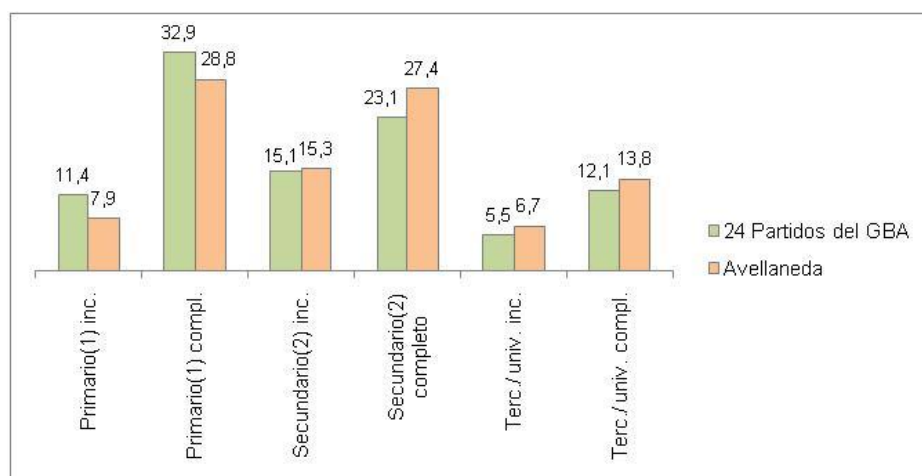
Fuente: DGSA, 2013.

#### IV.5. Máximo nivel educativo alcanzado

En Avellaneda, el 28,8 % de la población de 25 años y más alcanzó como máximo nivel educativo el primario completo y en los 24 partidos del GBA, fue del 32,9%.

En relación al secundario completo el 27,4% de la población Avellaneda lo completó mientras que en los 24 partidos del GBA, fue del 23,1%.

Gráfico 8. Nivel educativo alcanzado. 24 Partidos del GBA y Avellaneda, 2010.

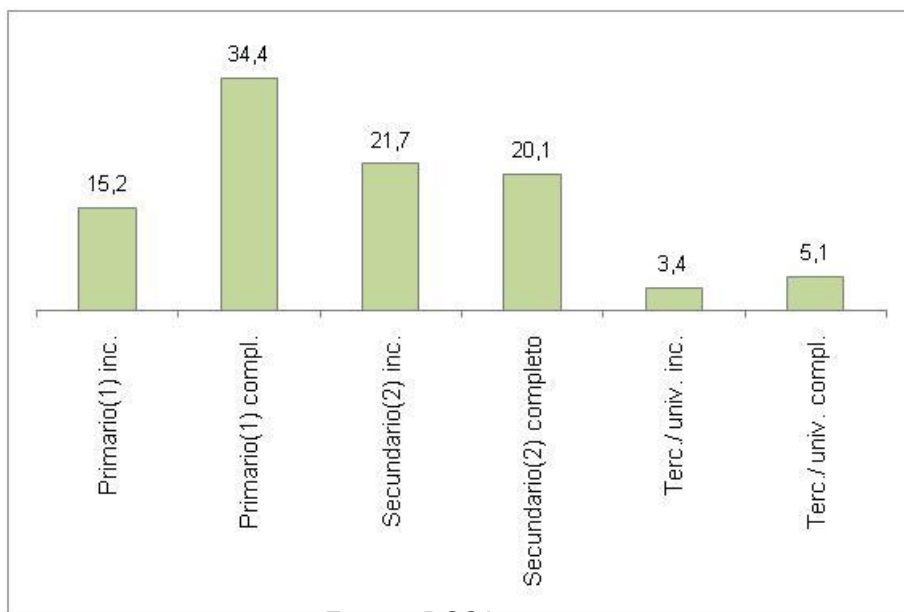


Fuente: DGSA, 2013.

- (1) Primario de 7 años. (2) Secundario de 5 años.

A diferencia de lo observado tanto en Avellaneda como en los 24 partidos del GBA, en Wilde este el porcentaje de la población de 25 años y más que completó el nivel primario, fue mayor: 34,4% Vs. 28,8% y 32,9% respectivamente.

Gráfico 9. Nivel educativo alcanzado Wilde Este.



Fuente: DGSA, 2013.

(1) Primario de 6 años. (2) Secundario de 6 años.

#### IV.6. Posición social y económica: pobreza

El 11,8 % de los hogares encuestados en Wilde Este, se encontró por debajo de la línea de pobreza. Estos porcentajes alcanzaron el 7,9 % en el aglomerado GBA. En relación a los pobres indigentes los porcentajes son similares en ambos lugares.

Tabla 5. Distribución de los hogares según condición de pobreza. Aglomerado GBA y Wilde Este, 2012.

Condición de pobreza	Aglomerado Gran Buenos Aires <sup>1</sup>	Wilde Este
Pobre(1)	7,9	11,8
<i>Pobre indigente(2)</i>	2,4	2,1
<i>Pobre no indigente</i>	5,5	9,7
No pobre	92,1	88,2
Total(3)	100,0	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

<sup>1</sup>Incluye Ciudad de Buenos Aires. Datos correspondientes al primer semestre de 2012.

- (1) Con ingresos insuficientes para adquirir la Canasta Básica Total.
- (2) Con ingresos insuficientes para adquirir la Canasta Básica de Alimentos.
- (3) Excluye a hogares sin información.

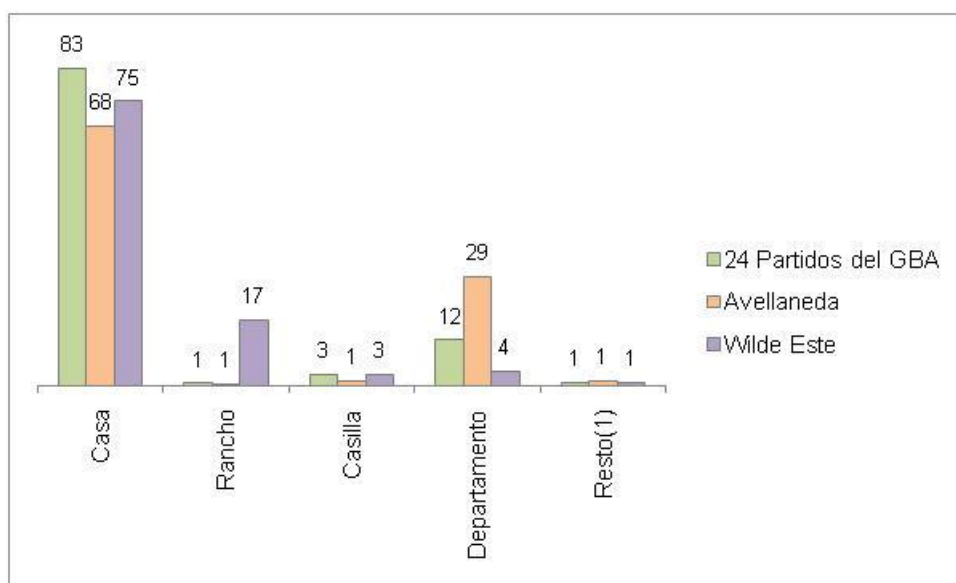
#### IV.7. Circunstancias materiales

El 83% de los hogares de los 24 partidos de GBA residían en viviendas tipo casa, y el 71% refirió tener la propiedad del terreno y la vivienda.

En Wilde este y Avellaneda también predominaron las viviendas tipo casa. En el 80 % de los hogares de Wilde y en el 69% de los de Avellaneda refirieron tener la propiedad del terreno y la vivienda.

En Wilde este, el 17% tenían viviendas tipo rancho, un porcentaje muy superior al observado en los 24 partidos del GBA y Avellaneda.

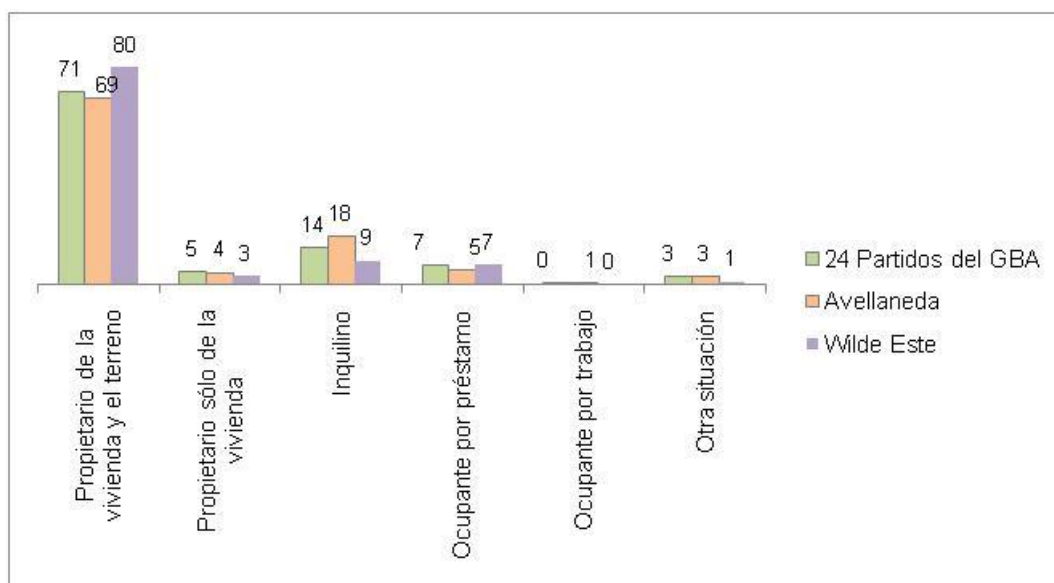
Gráfico 10. Hogares según tipo de vivienda, en porcentajes. 24 Partidos del GBA, Avellaneda y Wilde Este.



Fuente: DGSA, 2013.

- (1) Incluye Pieza/s en inquilinato, Pieza/s en hotel o pensión, Local no construido para habitación y Vivienda móvil.

Gráfico 11. Distribución de los hogares según régimen de tenencia de la vivienda. 24 Partidos del GBA, Avellaneda y Wilde Este, 2010 y 2013.



Fuente: DGSA, 2013.

El 2% de los hogares de Wilde este, tiene provisión de agua dentro de la vivienda, por perforación, pozo, transporte por cisterna, o Agua de lluvia, río, canal, arroyo o acequia. Este porcentaje es tres veces superior al observado en el partido de Avellaneda. En los 24 partidos del GBA, el porcentaje según provisión y procedencia es del 22%. Los hogares que tienen conexión a red pública por cañería dentro de la vivienda son el 67% en los 24 Partidos del GBA, el 95,1 % de Avellaneda y el 66,6% de Wilde Este.

Asimismo, el 9,9%, 3,8% y 27,3% respectivamente utilizan el agua que está fuera de la vivienda pero dentro del terreno.

Tabla 6. Distribución de los hogares según provisión y procedencia del agua. 24 Partidos del GBA, Avellaneda y Wilde Este, 2010 y 2013.

Provisión y procedencia del agua	24 Partidos del GBA	Avellaneda	Wilde Este
Por cañería dentro de la vivienda	88,7	95,8	68,3
<i>Red pública</i>	67,0	95,1	66,6
<i>Perforación con bomba de motor</i>	20,3	0,4	0,7
<i>Perforación con bomba manual</i>	0,2	0,0	0,1
<i>Pozo</i>	1,1	0,0	0,3
<i>Transporte por cisterna</i>	0,1	0,2	0,3
<i>Agua de lluvia, río, canal, arroyo o acequia</i>	0,1	0,0	0,4
Fuera de la vivienda pero dentro del terreno	9,9	3,8	27,3
Fuera del terreno	1,4	0,4	4,4
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: DGSA, 2013.



El 25% de los hogares de Wilde Este no tienen inodoro o lo tienen sin descarga, valores inferiores se observaron en los 24 partidos del GBA y Avellaneda.

Solo el 20,6% de las viviendas de Wilde este tienen inodoro con descarga a red pública, en los 24 Partidos del GBA y Avellaneda estos valores ascienden al 41,3% y 67,3% respectivamente.

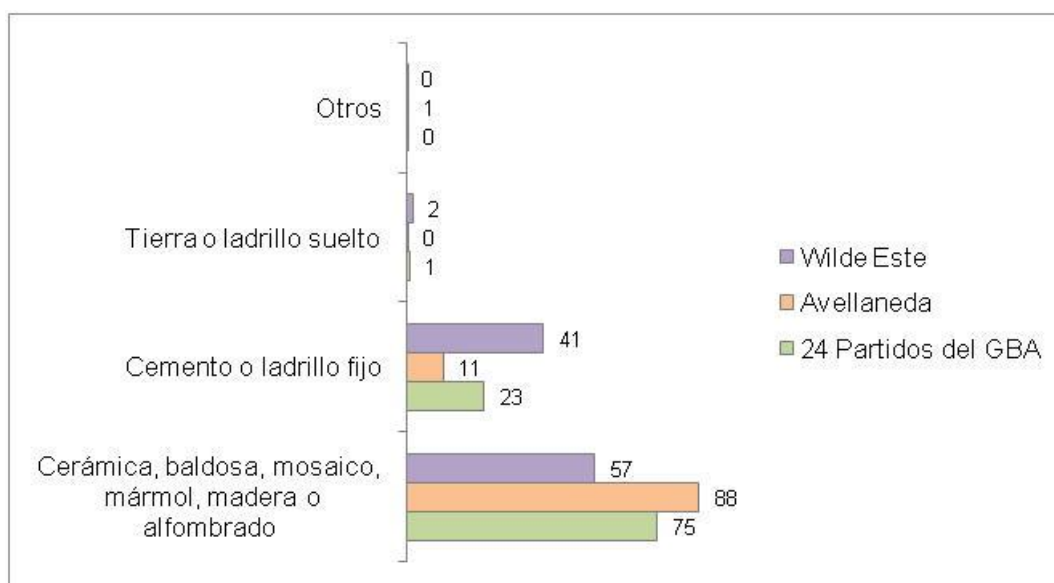
Tabla 7. Distribución de los hogares según servicio sanitario. 24 Partidos del GBA, Avellaneda y Wilde Este, 2010y 2013.

Tenencia de retrete/ Tipo de desagüe del inodoro	24 Partidos del GBA	Avellaneda	Wilde Este
Con inodoro	98,0	98,7	75,0
<i>A red pública (cloaca)</i>	41,3	67,3	20,6
<i>A cámara séptica y pozo ciego</i>	32,2	14,8	21,8
<i>A pozo ciego</i>	24,1	16,4	31,7
<i>A hoyo, excavación en la tierra</i>	0,3	0,2	0,8
Inodoro sin descarga o sin inodoro	2,0	1,3	25,0
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

El 2% de las viviendas de Wilde este tienen como material predominante del piso, el ladrillo suelto o la tierra, y el 41% es de cemento o de ladrillo fijo.

Gráfico 12. Distribución de los hogares según material predominante de los pisos. 24 Partidos del GBA, Avellaneda y Wilde Este, 2010 y 2013.

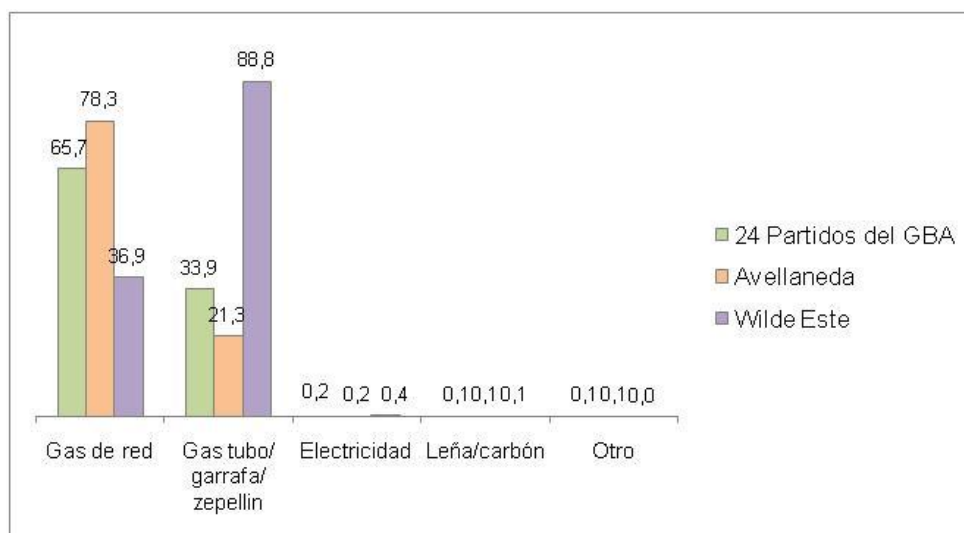


Fuente: DGSA, 2013.

En 78,3 % de los hogares de Avellaneda utilizan para cocinar el gas de red, mientras que en Wilde este lo hacen el 36,9%.

En cambio el gas de garrafa es utilizado como combustible para cocinar, por el 88% de los hogares de Wilde.

Gráfico 13. Distribución de los hogares según combustible que utilizan para cocinar. 24 Partidos del GBA, Avellaneda y Wilde Este, 2010 y 2013.



Fuente: DGSA, 2013.

#### IV.8. Estadísticas Vitales de Avellaneda

En el partido de Avellaneda nacieron 6.315 niños durante el año 2010 y murieron un total de 3.908 personas.

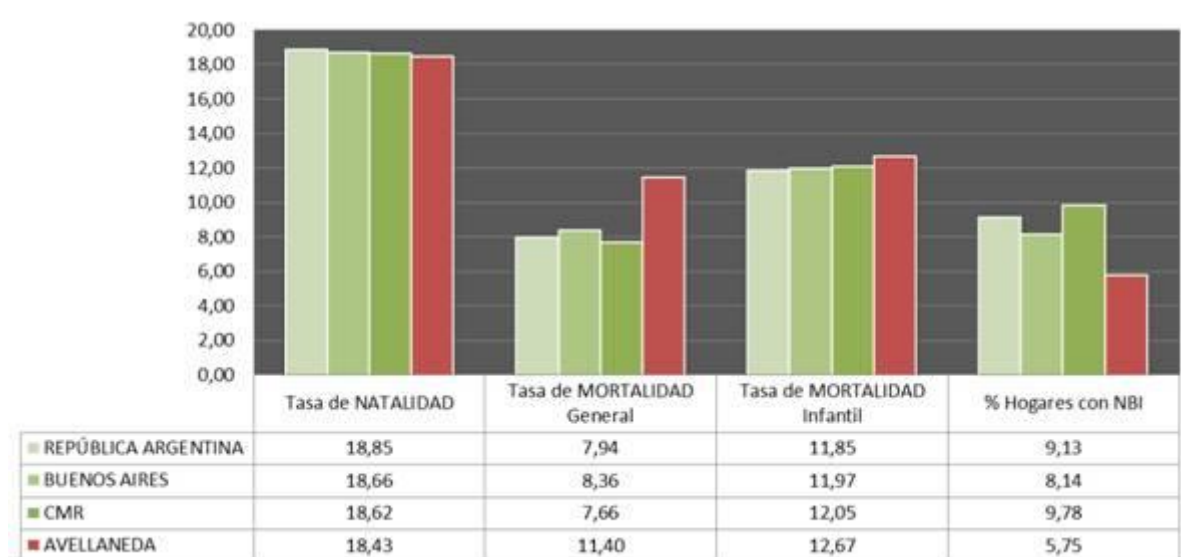
Tabla 8. Resumen estadísticas vitales Avellaneda. 2010.

Departamento	Población	Nacidos vivos	Defunciones	
			Totales	Menores de un año
Avellaneda	342.677	6.315	3.908	80

Fuente: Unidad Sanitaria ambiental de Avellaneda, 2013

Presenta una tasa de natalidad de 18,4 0/00, ligeramente inferior a todas las unidades geográficas que la contienen: República Argentina, provincia de Buenos Aires y CMR. Paralelamente presenta la mayor tasa de mortalidad general respecto de las mismas jurisdicciones, explicada por la estructura envejecida de la población descripta anteriormente y una mortalidad infantil de 12,7 0/00 NV, mayor a las jurisdicciones que la contienen.

Gráfico 14. Indicadores comparados Avellaneda, Prov. de Buenos Aires, CMR y Argentina. 2010.



Fuente: Unidad Sanitaria ambiental de Avellaneda, 2013

#### IV.9. Atención de la Salud en Avellaneda.

El partido de Avellaneda pertenece a la Región VI de la Provincia de Buenos Aires junto con los Municipios de Lanús, Quilmes, Berazategui, Florencio Varela, Lomas de Zamora, Esteban Echeverría, Ezeiza y Almirante Brown y cuenta con establecimientos públicos, privados y de seguridad social.

#### Establecimientos de Salud en Avellaneda

El municipio cuenta con 48 establecimientos de salud oficiales y 613 camas de internación.

Tabla 9. Establecimientos oficiales de Avellaneda. Año 2011

Establecimientos oficiales		N° Camas
Con internación	Sin internación	
Provinciales		
3	3	546
Municipales		
1	41	67
Total		
4	44	613

Fuente: Unidad Sanitaria ambiental de Avellaneda, 2013

A continuación se presentan los establecimientos de salud pertenecientes al subsector público.

Tabla 10. Detalle de establecimientos de Salud del departamento de Avellaneda.

<b>Establecimientos de Salud</b>
Hospital Interzonal de Agudos "Presidente Perón"
Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Pedro Fiorito"
Hosp. Subzonal Materno Infantil "Ana Goitia"
Hosp. Subzonal General de Agudos "Dr. Eduardo Wilde"
Hospital Municipal de Oftalmología
Instituto Municipal de Rehabilitación
Instituto de Odontología Infantil
Instituto de Medicina del Deporte, Parque de los Derechos del Trabajador
Instituto Municipal de Prevención de Adicciones (IMPA)
Instituto Municipal de Resolución Inmediata
Departamento de Vacunas
Departamento de libretas Sanitarias
Unidad de emergencia vial
Unidades Sanitarias (27)
Casa del Discapacitado
Unidad de Pronta Atención (UPA)

Fuente: Unidad Sanitaria ambiental de Avellaneda, 2013

### Profesionales de la Salud

En las 27 Unidades Sanitarias se desempeñan 359 profesionales del equipo de Salud según la siguiente distribución:

Tabla 11. Distribución de los profesionales del equipo de salud en las Unidades Sanitarias. Avellaneda.

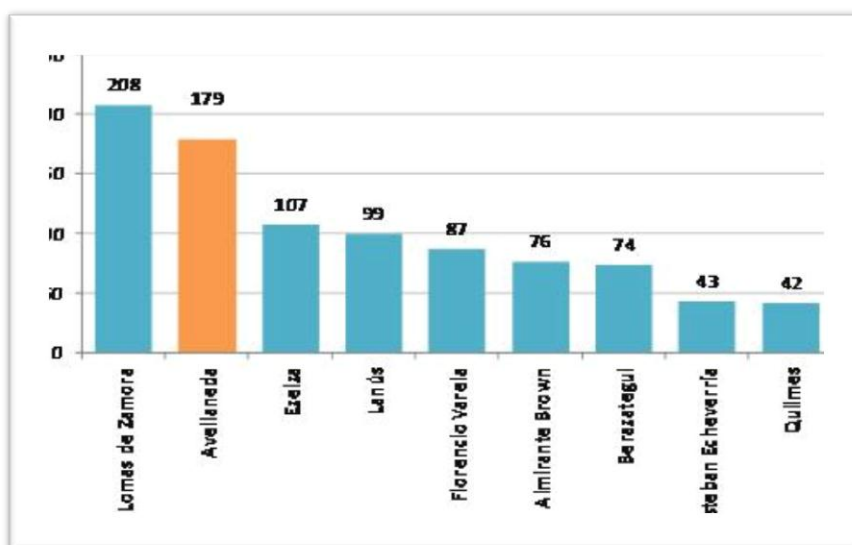
<b>Profesión/especialidad</b>	<b>Nº</b>	<b>Profesión/especialidad</b>	<b>Nº</b>
Pediatría	54	Odontología	34
Ginecología	29	Estimulación Temprana	6
Clínica	43	Psicopedagoga	7
Médica General	4	Toxicología	1
Psicología	43	Obstetricia	22
Fonoaudiología	6	Promotores de salud	23
Trabajo Social	17	Enfermería	68
Nutrición	3		

Fuente: Unidad Sanitaria ambiental de Avellaneda, 2013.

## Dotación de Camas

El municipio de Avellaneda tiene la mayor dotación de camas del sector público de la Región Sanitaria VI luego de Lomas de Zamora.<sup>2</sup> En relación con la población, hay un total de 179 camas cada 100.000 habitantes.

Gráfico 15. Camas del sector público cada 100.000 habitantes, Región Sanitaria VI por Municipio.



Fuente: Unidad Sanitaria ambiental de Avellaneda, 2013.

### IV.10. Programas ejecutados en el territorio

- **Infección Respiratoria Aguda Baja (IRAb):** Tiene una dependencia provincial, se llenan unas planillas de consolidación de datos mensuales y semanales exclusivamente durante los tres meses de invierno. Se atienden menores de 5 años, con diagnóstico de infección respiratoria aguda baja. Durante los meses de invierno se agrega a la atención un enfermero capacitado que tiene la función de completar dichas planillas y realizar el tratamiento necesario.
- **Programa Materno Infantil:** Tiene como objetivos generales mejorar el acceso y la calidad de la atención de la salud de las mujeres, niños y adolescentes y promover estilos de vida saludables en la población. Sus objetivos específicos son:
  - 1) Promover la implementación de un modelo de atención integral, con énfasis

<sup>2</sup>Quien supera al resto de la región a expensas de la presencia de un hospital interzonal especializado en salud mental que suma más de 800 camas de internación psiquiátrica.

en acciones preventivas.2) Promover la conformación de redes entre los diferentes servicios de salud y entre estos con otros sectores y actores sociales.3) Desarrollar estrategias de prevención primordial y medidas de autocuidado 4) desarrollar y mantener actualizado un diagnóstico regional acerca de la situación de salud de la población infantil, adolescente y materna. A su vez intenta facilitar a los efectores municipales y provinciales la gestión y desarrollo de los Programas Sanitarios de la Provincia de Buenos Aires (Programa de Salud Reproductiva, Plan Nacer, PROGEMA, Seguro Público de Salud) y del Ministerio de Salud de la Nación (Plan Nacer, Salud Sexual y Procreación Responsable, Remediar, Programa de Fortalecimiento de Maternidades) y tendientes a dar respuesta a las necesidades regionales.

- **Plan Más Vida-Programa CO MADRES:** El objetivo General del Programa Plan Mas Vida es mejorar las condiciones de nutrición, crecimiento y desarrollo de la población materno-infantil, fortaleciendo las capacidades de las familias y consolidando redes sociales. La implementación del Plan Más Vida se compone de tres ejes: Alimentario, Salud y Organización Comunitaria

Se brinda una Tarjeta de Débito emitida por el BAPRO, que permite acceder a un monto fijo que el Ministerio de Desarrollo Social acredita mensualmente a cada beneficiaria según su número de hijos (\$80 por un niño y \$100 en caso de dos menores), y que está destinada a la compra de alimentos. Los destinatarios del plan Más Vida son las embarazadas, madres en período de lactancia y niños desde 6 meses hasta el ingreso al primer año de educación general básica, EGB. El Plan está focalizado territorialmente en la totalidad de los distritos de la Provincia de Bs. As.

El programa CO Madres otorga ajuares a las mujeres embarazadas que se realizan los controles prenatales

- **Programa Alimentos Libres de Gluten:** Es un programa que detecta personas celiacas y brinda algunos alimentos libres de trigo, avena, cebada, centeno (TACC). Es ejecutado en el Hospital Fiorito del partido de Avellaneda.
- **PRODIABA:** El Prodiaba es el Programa de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Diabético que pertenece al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Está dirigido a la población que padece esta enfermedad crónica y que no tengan cobertura de obra social brinda insulina inyectable y en comprimidos.
- **PROBAS:** Es un Programa bonaerense de prevención del Asma Infantil y está dirigido a todos los chicos desde el nacimiento hasta los 18 años que padecen la enfermedad y que no cuentan con cobertura de obra social. El Probas

entrega en forma totalmente gratuita las drogas contra el asma Salbutamol, metilprednisona y Budesonide, las que se retiran de las farmacias hospitalarias con la presentación de un carnet del programa que garantiza el tratamiento por un año con posibilidad de renovación.

- **PROEPI:** Es un Programa de Epilepsia de la Provincia de Buenos Aires dirigido a las personas que padecen esta enfermedad y no tienen cobertura social ni recursos para acceder a los medicamentos.
- **REMIEDIAR-REMIEDIAR +REDES:** Es un programa establecido desde el Ministerio de Salud de la Nación, que tiene como objetivo asegurar el acceso a los medicamentos genéricos de la población sin seguro de salud o bajo la línea de pobreza y fortalecer el primer nivel de atención de la salud.
- **Programa de control de Tuberculosis:** Tiene como objetivos reducir la morbimortalidad por tuberculosis y la transmisión de la infección tuberculosa, enfocando las acciones y priorizando aquellas regiones, partidos o áreas donde la magnitud del problema es mayor. Se encarga de implementar el método de tratamiento observado, se entrega la medicación y luego se realiza un seguimiento.

#### IV.11. Avellaneda: Enfermedades de Notificación obligatoria

En cuanto a los indicadores de la morbilidad registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) y en relación a enfermedades priorizadas para la vigilancia en la CMR, el municipio de Avellaneda presenta una tasa de notificación superior desde 2008 y similar desde 2009. Esto se observó en enfermedades de alta frecuencia como las Diarreas, ETI, Neumonías y Bronquilitis en menores de dos años. En los Años 2011 y 2012 la tasa de notificación de diarreas prácticamente se duplicó con respecto a los años anteriores mientras que la de Hepatitis A y sin especificar disminuyó, sin presentarse casos en el año 2012.

Tabla 12. Casos y tasas de eventos priorizados. Avellaneda 2008 a 2012

Evento	2008		2009		2010		2011		2012		Tendencia
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	
Bronquiolitis en menores de 2 Años	1080	11591,7	1200	12710,5	2289	22835,20	4113	41031,5	3690	36811,7	
Diarreas	3664	1069,48	3142	917,46	5264	1536,14	8010	2337,48	7780	2270,36	
ETI	1790	522,48	4050	1182,59	3194	932,07	3979	1161,15	3598	1049,97	
Hepatitis A y Hepatitis sin especificar	9	2,63	1	0,29	7	2,04	8	2,33	0		
Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG)	3	0,88	110	32,12	16	4,67	43	12,55	82	23,93	
Neumonía	424	123,76	641	187,17	1085	316,62	1556	454,07	1502	438,31	

Fuente: SNVS-Módulo C2, 2013.

A continuación se presentan según año, los casos de eventos priorizados en la CMR, correspondientes a notificaciones por localidad del partido de Avellaneda.

Tabla 13. Diarreas. Casos Acumulados Hasta la 52<sup>o</sup> semana epidemiológica. PARTIDO AVELLANEDA. por Localidad. Años 2008 – 2012.

LOCALIDAD	2008	2009	2010	2011	2012	Tendencia
AVELLANEDA	2673	1871	3260	4658	4388	
DOCK SUD	202	241	263	419	503	
GERLI	32	28	51	80	205	
ISLA MACIEL	119	211	241	238	261	
PIÑEYRO	7	22	37	54	51	
SARANDI	69	226	120	464	451	
VILLA CASTELLINO	9	0	16	71	70	
VILLA DOMINICO	105	183	167	263	323	
WILDE	448	360	1109	1763	1528	
<b>Total PARTIDO AVELLANEDA</b>	<b>3664</b>	<b>3142</b>	<b>5264</b>	<b>8010</b>	<b>7780</b>	

Fuente: SNVS-Módulo C2, 2013.

Tabla 14. Bronquiolitis en menores de 2 años. Casos Acumulados Hasta la 52<sup>o</sup> semana epidemiológica. Partido Avellaneda por Localidad. Años 2008 – 2012.

LOCALIDAD	2008	2009	2010	2011	2012	Tendencia
AVELLANEDA	962	1028	1400	2460	1795	
DOCK SUD	20	24	263	385	407	
GERLI	0	1	6	8	109	
ISLA MACIEL	0	0	65	156	90	
PIÑEYRO	0	0	31	29	33	
SARANDI	7	27	84	360	316	
VILLA CASTELLINO	0	0	6	18	41	
VILLA DOMINICO	16	39	36	166	254	
WILDE	75	81	398	531	645	
<b>Total PARTIDO AVELLANEDA</b>	<b>1080</b>	<b>1200</b>	<b>2289</b>	<b>4113</b>	<b>3690</b>	

Fuente: SNVS-Módulo C2, 2013.



Tabla 15. Enfermedad Tipo Influenza (ETI). Casos Acumulados Hasta la 52º semana epidemiológica. PARTIDO AVELLANEDA por Localidad. Años 2008 – 2012.

LOCALIDAD	2008	2009	2010	2011	2012	Tendencia
AVELLANEDA	1296	2315	1359	1706	1644	
DOCK SUD	152	447	266	501	567	
GERLI	50	176	115	272	332	
ISLA MACIEL	56	391	163	130	78	
PIÑEYRO	14	106	35	52	61	
SARANDI	41	63	83	516	360	
VILLA CASTELLINO	2	13	20	35	25	
VILLA DOMINICO	105	233	232	283	171	
WILDE	74	306	921	484	360	
<b>Total PARTIDO AVELLANEDA</b>	<b>1790</b>	<b>4050</b>	<b>3194</b>	<b>3979</b>	<b>3598</b>	

Tabla 16. Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG). Casos Acumulados Hasta la 52º semana epidemiológica. Partido Avellaneda por localidad. años 2008 – 2012.

v	2008	2009	2010	2011	2012	Tendencia
AVELLANEDA	0	110	16	35	82	
DOCK SUD	0	0	0	6		
VILLA CASTELLINO	0	0	0	1		
VILLA DOMINICO	3					
WILDE	0	0	0	1		
<b>Total PARTIDO AVELLANEDA</b>	<b>3</b>	<b>110</b>	<b>16</b>	<b>43</b>	<b>82</b>	

Tabla 17. Neumonía. Casos Acumulados Hasta la 52º semana epidemiológica. PARTIDO AVELLANEDA por Localidad. Años 2008 – 2012.

LOCALIDAD	2008	2009	2010	2011	2012	Tendencia
AVELLANEDA	326	529	646	982	896	
DOCK SUD	20	52	93	136	155	
GERLI	2	0	8	4	41	
ISLA MACIEL	0	0	18	29	24	
PIÑEYRO	0	0	12	11	31	
SARANDI	13	26	14	133	89	
VILLA CASTELLINO	0	0	2	3	8	
VILLA DOMINICO	3	16	21	45	68	
WILDE	60	18	271	213	190	
<b>Total PARTIDO AVELLANEDA</b>	<b>424</b>	<b>641</b>	<b>1085</b>	<b>1556</b>	<b>1502</b>	

Fuente: SNVS-Módulo C2, 2013.

## Conclusión sobre el perfil de morbimortalidad de Wilde Este

En correspondencia con otras localidades del partido de Avellaneda, Wilde Este presentó una tasa de notificación superior de enfermedades priorizadas durante el periodo 2008-2012. Entre ellas la tasa de diarrea e influenza pasaron a ser de aproximadamente el doble, la de bronquiolitis casi 10 veces superior y la de neumonía el triple.

### V. Niños Menores de 6 años. Determinantes sociales de la salud.

#### V.1. Determinantes estructurales y determinantes sociales de las desigualdades en salud.

##### V.1.i. Estructura y tamaño de los hogares

El 77,9% de los niños menores de 6 años viven en hogares tipo familia completa, es decir que está presente el cónyuge del jefe/a. Este tipo de hogares tiene un tamaño promedio de 5,4 personas.

El 19,7% de los hogares relevados en Wilde, son familias monoparentales, es decir sin pareja y con hijos, y cuyo tamaño promedio es de 5,8 integrantes. En este último caso predomina el jefe de sexo femenino.

Tabla 18. Hogares con niños menores de 6 años: distribución por Tipo de hogar según Sexo del jefe. Wilde, 2013

Tipo de hogar	Sexo Jefe		
	Masculino	Femenino	Total
Hogar unipersonal	0,0	0,4	0,2
Hogar multipersonal no conyugal(1)	0,0	2,9	1,5
Familia completa(2)	96,9	60,2	77,9
<i>Familia completa nuclear(3)</i>	<i>71,1</i>	<i>44,0</i>	<i>57,1</i>
<i>Familia completa extensa/ compuesta(4)</i>	<i>25,8</i>	<i>16,2</i>	<i>20,8</i>
Familia monoparental(5)	2,7	35,7	19,7
Familia monoparental nuclear(6)	0,4	15,4	8,2
Familia monoparental extensa/ compuesta(7)	2,2	20,3	11,6
Total	100,0	100,0	100,0

(1) Jefe y otros familiares no conyugales

(2) Está presente el cónyuge del jefe

(3) Pareja con hijos

(4) Pareja con hijos y otros familiares/no familiares

(5) Jefe (sin pareja) e hijo(s)

- (6) Jefe (sin pareja) e hijo(s)
- (7) Jefe (sin pareja), hijo(s) y otros familiares/ no familiares

Fuente: DGSA, 2013.

Tabla 19. Hogares con niños menores de 6 años: Tamaño promedio según Tipo de hogar. Wilde, 2013

Tipo de hogar	Tamaño del hogar
Hogar multipersonal no conyugal(1)	5,0
Familia completa(2)	5,4
<i>Familia completa nuclear(3)</i>	4,8
<i>Familia completa extensa/ compuesta(4)</i>	7,1
Familia monoparental(5)	5,8
Familia monoparental nuclear(6)	4,0
Familia monoparental extensa/ compuesta(7)	7,1
Total	5,4

- (1) Jefe y otros familiares no conyugales
- (2) Está presente el cónyuge del jefe
- (3) Pareja con hijos
- (4) Pareja con hijos y otros familiares/no familiares
- (5) Jefe (sin pareja) e hijo(s)
- (6) Jefe (sin pareja) e hijo(s)
- (7) Jefe (sin pareja), hijo(s) y otros familiares/ no familiares

Fuente: DGSA, 2013.

#### V.1.ii. Género

La EISAR de Wilde mostró que el 40% de los hogares tipo familia completa están a cargo de una mujer, mientras que en los hogares monoparentales este porcentaje alcanzó al 93% de los hogares. Ello es importante por la amenaza que representa para la vulnerabilidad sociodemográfica de estos hogares.

En la condición de actividad del jefe o jefa se observó la inequidad de género: el 90,7% de los jefes estaban ocupados, mientras que si la jefa era mujer, solo el 40,7% estaba ocupada, y casi el 50% inactiva. El porcentaje de desocupación de las jefas fue 4,5 veces mayor (10%) que la observada en los jefes de hogar (2,2%).

Tabla 20. Hogares con niños menores de 6 años: porcentaje con Jefa mujer según Tipo de hogar. Wilde, 2013

Tipo de hogar	% con jefa mujer
Hogar familiar no conyugal (1)	100
Familia completa (2)	40
<i>Familia completa nuclear (3)</i>	40
<i>Familia completa extensa/ compuesta (4)</i>	40
Familia monoparental (5)	93
<i>Familia monoparental nuclear (6)</i>	97
<i>Familia monoparental extensa/ compuesta (7)</i>	91
Total	52

- (1) Jefe y otros familiares no conyugales  
 (2) Está presente el cónyuge del jefe  
 (3) Pareja con hijos  
 (4) Pareja con hijos y otros familiares/no familiares  
 (5) Jefe (sin pareja) e hijo(s)  
 (6) Jefe (sin pareja) e hijo(s)  
 (7) Jefe (sin pareja), hijo(s) y otros familiares/ no familiares

Fuente: DGSA, 2013.

Tabla 21. Hogares con niños menores de 6 años: Condición de actividad del jefe según Sexo en porcentajes. Wilde, 2013

Condición de actividad	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
Ocupado	91,1	40,7	65,0
Desocupado	2,2	10,0	6,2
Inactivo	6,7	49,4	28,8
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

#### V.1.iii. Máximo nivel educativo del jefe/a de hogar

El 1,1% de los jefes de hogar con niños menores de 6 años no tenían instrucción y no completaron el nivel primario el 11,6%. Sólo el 3,2% tenía el terciario o universitario completo.

Tabla 22. Hogares con niños menores de 6 años: Nivel educativo del jefe. Wilde, 2013

Nivel educativo	%
Sin instrucción	1,1
Primario incompleto	11,6
Primario completo	31,3
Secundario incompleto	26,8
Secundario completo	19,7
Terciario/ universitario incompleto	3,4
Terciario/ universitario completo	3,2
Ns/Nc	0,2
Total (1)	100,0

1) Excluye Jefes sin información

Fuente: DGSA, 2013.

#### V.1.iv. Pueblos originarios, afrodescendientes, y población migrante

En el 0,6% de los hogares donde residían niños menores de 6 años, al menos un miembro se reconoció como descendiente de un pueblo originario y en el 0,4% de los hogares, como afrodescendiente.

Tabla 23. Hogares con niños menores de 6 años: distribución según indicadores seleccionados. Wilde, 2013

Indicadores	%
Con personas afrodescendientes	0,4
Con personas pertenecientes a pueblos originarios	0,6

Fuente: DGSA, 2013.

En el 14,2% de los hogares con menores de 6 años, el jefe de hogar nació en un país extranjero y principalmente limítrofe, entre los que se destaca el Paraguay y Perú.

Tabla 24. Hogares con niños menores de 6 años: distribución según País de nacimiento del jefe. Wilde, 2013

País de nacimiento	%
Argentina	85,8
País extranjero	14,2
<i>Bolivia</i>	1,5
<i>Chile</i>	0,6
<i>Paraguay</i>	6,2
<i>Perú</i>	3,9
<i>Uruguay</i>	1,5
<i>Otro país</i>	0,4
Total	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

Lo mismo ocurre si se considera el país de nacimiento de la madre o responsable del niño/a, en donde en el 4,7% de los casos, nació en el Paraguay y 4,1% en el Perú.

Tabla 25. Niños menores de 6 años: distribución de sus madres según País de nacimiento. Wilde, 2013

País de nacimiento	%
Argentina	88,1
<i>Bolivia</i>	1,0
<i>Chile</i>	0,3
<i>Paraguay</i>	4,7
<i>Perú</i>	4,1
<i>Uruguay</i>	1,4
<i>Otro País</i>	0,4
Total (1)	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

(1) Excluye niños con madre sin información

Si se considera el tiempo de residencia en la vivienda de los jefes de hogar con niños menores de 6 años, el 37,1 % de ellos hace 11 años o más que residen en Wilde este.

Si se analiza el tiempo de residencia según país de nacimiento, mientras que el 39% de los nacidos en Argentina hace 11 años o más que residen en esa vivienda, el 59,1% de los nacidos en un país extranjero lo hace desde hace 5 años o menos.

Tabla 26. Jefes de hogares con niños menores de 6 años: Tiempo de residencia en la vivienda según País de nacimiento. Wilde, 2013

Tiempo de residencia en la vivienda	País de nacimiento		
	Argentina	País extranjero	Total
Menos de 1 año	9,5	13,6	10,1
De 1 a 5 años	31,5	45,5	33,5
De 6 a 10 años	20,0	15,2	19,3
11 años y más	39,0	25,8	37,1
Total (1)	100,0	100,0	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

(1) Excluye jefes sin información

#### V.1.v. Fragilidad social

En el marco de la vulnerabilidad social y demográfica se seleccionó un grupo de indicadores (amenazas) de la fragilidad social de los hogares en donde residían los menores de 6 años. Se destaca que el 65,3% no tiene obra social o prepaga y se asisten en los servicios públicos de salud. Le sigue en magnitud los jóvenes que no estudian ni trabajan (22,3%).

Tabla 27. Hogares con niños menores de 6 años: distribución según indicadores de Fragilidad social. Wilde, 2013

Indicadores de fragilidad social	%
Con adolescentes madres o embarazadas	7,3
Con niños de 6 a 17 años no escolarizados	8,2
Con jóvenes de 15 a 24 años que no estudian ni trabajan (1)	22,3
Sin obra social o prepaga	65,3

Fuente: DGSA, 2013.

(1) Excluye a los que no trabajan, pero buscan trabajo (desocupados)

#### V.1.vi. Posición social y económica

Desde el punto de vista de la pobreza por ingresos, el 16% de los hogares con menores de 6 años son pobres, y de ellos el 2,5% son pobres indigentes.

Tabla 28. Hogares con niños menores de 6 años: Porcentaje por debajo de las líneas de pobreza e indigencia. Wilde, 2013

Condición de pobreza	%
Pobre	16,0
<i>Pobre indigente (1)</i>	2,5
<i>Pobre no indigente (2)</i>	13,5
No pobre	84,0

Fuente: DGSA, 2013

(1) Con ingresos insuficientes para adquirir la Canasta Básica Total.

(2) Con ingresos insuficientes para adquirir la Canasta Básica de Alimentos.

Analizando la población encuestada desde la perspectiva de la pobreza estructural, el 64,7% de los hogares tienen al menos una necesidad básica insatisfecha. De ellas, las más relevantes fueron capacidad de subsistencia (35,6%), más de tres personas por cuarto (33,3%), y condiciones sanitarias inadecuadas (32 %).

Tabla 29. Hogares con niños menores de 6 años: distribución según Necesidades Básicas Insatisfechas. Wilde, 2013

<b>Necesidades Básicas Insatisfechas</b>	<b>%</b>
Con NBI (al menos una) (1)	64,7
Con NBI hacinamiento (2)	33,3
Con NBI vivienda (3)	6,2
Con NBI instalaciones sanitarias (4)	32,0
Con NBI escolaridad (5)	0,9
Con NBI capacidad de subsistencia (6)	35,6

Fuente: DGSA, 2013

(1) Excluye Hogares sin información

(2) Hacinamiento: hogares con más de tres personas por cuarto.

(3) Vivienda: hogares que habitan una vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo, lo que excluye casa, departamento y rancho).

(4) Condiciones sanitarias: hogares que no tienen retrete con descarga de agua.

(5) Asistencia escolar: hogares que tienen al menos un niño en edad escolar (5 a 12 años) que no asiste a la escuela.

(6) Capacidad de subsistencia: hogares que tienen cuatro o más personas por miembro ocupado, o cuyo jefe no hubiese completado el tercer grado de escolaridad primaria.

#### V.1.vii. Capital social

El 17,2% de los hogares con menores de 6 años tienen acceso a cloaca y el 89,1% a agua de red dentro de su vivienda. El 14,4% de los hogares tienen recolección de residuos al menos dos veces por semana, y el 60,3% vive sobre una calle pavimentada. Se destaca que el 44,4% son beneficiarios de la Asignación Universal por hijo.



Tabla 30. Hogares con niños menores de 6 años: distribución según indicadores de Capital social. Wilde, 2013

Indicadores de capital social	%
Percibe la Asignación Universal por Hijo	44,4
Con provisión de agua de red pública dentro de la vivienda	89,1
Con provisión de redes cloacales	17,2
Con energía eléctrica por red	99,6
Con recolección de residuos al menos 2 veces por semana	14,4
En calle pavimentada (1)	60,3

Fuente: DGSA, 2013.

(1) No se considera calle mejorada debido a que la categoría incluye a las calles de tierra.

## V.2. Determinantes sociales intermedios de la salud

### V.2.i. Circunstancias materiales

El 37,3% de los hogares con niños menores de 6 años, residen en viviendas tipo B, ranchos y casillas u otro tipo (hogares en inquilinato, locales no construidos para habitación y viviendas móviles).

Tabla 31. Hogares con niños menores de 6 años: distribución según Tipo de vivienda. Wilde este, 2013.

Tipo de vivienda	%
Casa tipo A	62,7
Casa tipo B	23,0
Rancho	7,5
Casilla	6,2
Otro	0,6
Total	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

(1) Casa tipo B son las que presenta al menos una de las siguientes condiciones: tiene piso de tierra o ladrillo suelto u otro material (no tiene piso de cerámica, baldosa, mosaico, mármol, madera, alfombra, cemento o ladrillo fijo); o no tiene provisión de agua por cañería dentro de la vivienda; o no dispone de inodoro con descarga de agua. Casas tipo A son el resto de las casas

Si se considera el régimen de tenencia de la vivienda la mayoría de los hogares (78,1%) es propietario del terreno y la vivienda, siguiéndole en porcentaje los inquilinos (9,7%) y los ocupantes por préstamo (9,4%).

Tabla 32. Hogares con niños menores de 6 años: Distribución según Régimen de tenencia de la vivienda. Wilde, 2013

Régimen de tenencia de la vivienda	%
Propietario de la vivienda y el terreno	78,1
Propietario sólo de la vivienda	2,1
Inquilino	9,7
Ocupante por préstamo	9,4
Otra situación	0,6
Total	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

Al considerar el servicio sanitario, solo el 17,2% tiene inodoro con descarga a la red pública y el 32% no tiene inodoro o lo tiene sin descarga.

Tabla 33. Hogares con niños menores de 6 años: distribución según Servicio sanitario. Wilde, 2013

Servicio sanitario	%
Inodoro con descarga y desague a red pública	17,2
Inodoro con descarga y desague a cámara séptica	9,0
Inodoro con descarga y desague a pozo ciego	41,0
Inodoro con descarga a hoyo o excavación en la tierra	0,9
Inodoro sin descarga o sin inodoro	32,0
Total	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

Respecto del combustible utilizado en el hogar, el 22,7% tiene acceso a gas de red. Por ello aproximadamente el 76,8 % utiliza garrafa para cocinar. Respecto de los riesgos para la salud que representa la calidad del aire interior (intoxicación por monóxido de carbono, enfermedades respiratorias) según el tipo de combustible utilizado, alrededor del 20% de los hogares utiliza para calefaccionar la vivienda, gas de tubo, leña, carbón u otro.

El 57,9% usa electricidad para calefaccionar su vivienda.

Tabla 34. Hogares con niños menores de 6 años: distribución según Combustible utilizado para cocinar. Wilde, 2013

Combustible utilizado para cocinar	%
Gas de red	22,7
Gas tubo/garrafa/zepellin	76,8
Electricidad	0,2
Leña/carbón	0,2
Total	100,0
Fuente: Elaboración propia en base a EISAR 2013	

Fuente: DGSA, 2013.

Tabla 35. Hogares con niños menores de 6 años: distribución según Combustible utilizado para calefaccionar o calentar la casa. Wilde, 2013

Combustible utilizado para calefaccionar o calentar la casa	%
Gas de red	18,5
Gas tubo/garrafa/zepellin	16,1
Electricidad	57,9
Kerosene	0,2
Leña/carbón	2,6
Otro	4,7
Total	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

#### V.2.ii. Factores psicosociales y de comportamiento

El 24% de los hogares refieren percibir alrededor de sus viviendas la presencia de ruidos molestos, o contaminación sonora.

La frecuencia de ventilación de la vivienda es alta, 96,8% de los hogares. Respecto de la distribución de personas que fuman dentro de la vivienda lo que incluye a la madre o tutor del niño es del 99,1%, un porcentaje notablemente alto.

Tabla 36. Hogares con niños menores de 6 años: distribución según Percepción de ruidos molestos a su alrededor. Wilde, 2013

Percepción de ruidos molestos	%
Si	24,0
No	76,0
Total	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

Tabla 37. Hogares con niños menores de 6 años: distribución según Frecuencia con que se ventila la vivienda. Wilde, 2013

Frecuencia con que se ventila la vivienda	%
Siempre (todos los días)	96,8
A veces (algunos días de la semana)	3,2
Total	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

Tabla 38. Hogares con niños menores de 6 años: distribución según presencia de personas que fuman dentro de la vivienda. Wilde, 2013

Personas que fuman en la vivienda	%
Si	99,1
No	0,9

Fuente: DGSA, 2013.

## Sistema de salud

Como se mencionó anteriormente, la mayoría de los hogares con niños menores de 6 años, no tienen obra social de ningún tipo y se asisten fundamentalmente en los servicios públicos de salud. De los que la poseen, el mayor porcentaje tiene PAMI y solo el 1,8% prepaga a través de una obra social.

Tabla 39. Hogares con niños menores de 6 años: distribución según Cobertura médica más frecuentemente usada en el hogar. Wilde, 2013

<b>Vivienda precaria</b>	<b>%</b>
Su obra social (incluye PAMI)	32,4
Prepaga a través de una obra social	1,8
Prepaga sólo por contratación voluntaria	0,4
No tiene obra social, prepaga o plan estatal	65,3
Total	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

## IV. Mujeres Embarazadas

A continuación se presentan los resultados de los análisis descriptivos realizados sobre los indicadores de determinantes estructurales y determinantes sociales de las desigualdades en salud, y de los determinantes sociales intermedios de la salud seleccionados, en embarazadas.

### Determinantes estructurales y determinantes sociales de las desigualdades en salud:

#### Estructura y tamaño de los hogares

El 77,5 % de las embarazadas residían en hogares tipo familia completa y en el 20 % de los casos vivían en familias monoparentales. El tamaño de hogar promedio fue de 4,7 integrantes.

Tabla 40. Hogares con embarazadas: distribución por Tipo de hogar según Sexo del jefe .Wilde, 2013

Tipo de hogar	Sexo Jefe		Total
	Masculino	Femenino	
Hogar unipersonal	0,0	0,0	0,0
Hogar familiar no conyugal (1)	0,0	3,7	2,5
Familia completa (2)	100,0	66,7	77,5
<i>Familia completa nuclear (3)</i>	<i>84,6</i>	<i>63,0</i>	<i>70,0</i>
<i>Familia completa extensa/ compuesta (4)</i>	<i>15,4</i>	<i>3,7</i>	<i>7,5</i>
Familia monoparental (5)	0,0	29,6	20,0
<i>Familia monoparental nuclear (6)</i>	<i>0,0</i>	<i>18,5</i>	<i>12,5</i>
<i>Familia monoparental extensa/ compuesta (7)</i>	<i>0,0</i>	<i>11,1</i>	<i>7,5</i>
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

- (1) Jefe y otros familiares no conyugales
- (2) Está presente el cónyuge del jefe
- (3) Pareja con hijos
- (4) Pareja con hijos y otros familiares/no familiares
- (5) Jefe (sin pareja) e hijo(s)
- (6) Jefe (sin pareja) e hijo(s)
- (7) Jefe (sin pareja), hijo(s) y otros familiares/ no familiares

Tabla 41. Hogares con embarazadas: Tamaño promedio según Tipo de hogar. Wilde, 2013

Tipo de hogar	Tamaño del hogar
Hogar unipersonal	-
Hogar familiar no conyugal (1)	4,0*
Familia completa (2)	5
<i>Familia completa nuclear (3)</i>	<i>4,0</i>
<i>Familia completa extensa/ compuesta (4)</i>	<i>10,3*</i>
Familia monoparental (5)	5*
<i>Familia monoparental nuclear (6)</i>	<i>3,4*</i>
<i>Familia monoparental extensa/ compuesta (7)</i>	<i>8,3*</i>
Total	4,7

Fuente: DGSA, 2013.

- (1) Jefe y otros familiares no conyugales
- (2) Está presente el cónyuge del jefe
- (3) Pareja con hijos
- (4) Pareja con hijos y otros familiares/no familiares
- (5) Jefe (sin pareja) e hijo(s)
- (6) Jefe (sin pareja) e hijo(s)
- (7) Jefe (sin pareja), hijo(s) y otros familiares/ no familiares

\* ADVERTENCIA: tamaño del hogar calculado en base a un número reducido de hogares (entre 3 y 7).

## Género

El 68% de las embarazadas en promedio, viven en hogares cuya jefa de hogar es mujer. En el tipo de hogar completo dicha jefatura es del 58% y en el monoparental del 100%.

Tabla 42. Hogares con embarazadas: porcentaje con Jefa mujer según Tipo de hogar. Wilde, 2013

Tipo de hogar	% con jefa mujer
Hogar unipersonal	0
Hogar familiar no conyugal (1)	100
Familia completa (2)	58
<i>Familia completa nuclear (3)</i>	61
<i>Familia completa extensa/ compuesta (4)</i>	33
Familia monoparental (5)	100*
<i>Familia monoparental nuclear (6)</i>	100*
<i>Familia monoparental extensa/ compuesta (7)</i>	100*
Total	68

(1) Jefe y otros familiares no conyugales

(2) Está presente el cónyuge del jefe

(3) Pareja con hijos

(4) Pareja con hijos y otros familiares/no familiares

(5) Jefe (sin pareja) e hijo(s)

(6) Jefe (sin pareja) e hijo(s)

(7) Jefe (sin pareja), hijo(s) y otros familiares/ no familiares

\* ADVERTENCIA: porcentajes calculados en base a un número reducido de hogares (entre 3 y 7).

Fuente: DGSA, 2013.

La inequidad de género está también presente en este grupo. De aquellos hogares cuya jefa es mujer el 44,4% de ellas está ocupada, el 3,7% desocupada y el 51,9 % inactiva.

Tabla 43. Hogares con embarazadas: Condición de actividad del jefe según Sexo. Wilde, 2013

Condición de actividad	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
Ocupado	100,0	44,4	62,5
Desocupado	0,0	3,7	2,5
Inactivo	0,0	51,9	35,0
Total*	100,0	100,0	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

\* Excluye hogares con jefe sin información

## Educación

En aproximadamente el 18% de los hogares en los que residen las embarazadas, están a cargo de jefes/as que no completaron el nivel primario.

Tabla 44. Hogares con embarazadas: Nivel educativo del jefe. Wilde, 2013

Nivel educativo	%
Sin instrucción	-
Primario incompleto	17,9
Primario completo	30,8
Secundario incompleto	28,2
Secundario completo	15,4
Terciario/ universitario incompleto	5,1
Terciario/ universitario completo	2,6
Total	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

\* Excluye hogares con jefe sin información

Respecto del nivel de instrucción el 13,5% no completó el nivel primario y solo el 16% completó el nivel secundario.

Tabla 45. Hogares con embarazadas: Nivel educativo de la embarazada. Wilde, 2013

Nivel educativo	%
Sin instrucción	-
Primario incompleto	13,5
Primario completo	16,2
Secundario incompleto	40,5
Secundario completo	16,2
Terciario/ universitario incompleto	13,5
Terciario/ universitario completo	-
Total	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

## Pueblos originarios, afrodescendientes y población migrante

Ninguna de las embarazadas reside en hogares en donde algún miembro se identifica como perteneciente a un pueblo originario o afrodescendientes.

Tabla 46. Hogares con embarazadas: distribución según indicadores. Wilde, 2013

Indicadores de Condición étnica	%
Con personas afrodescendientes	0,0
Con personas pertenecientes a pueblos originarios	0,0

Fuente: DGSA, 2013.

El 7,5% de las embarazadas residen en hogares donde el jefe de hogar es nacido en un país extranjero, de ellos el 5% es de Perú y el 2,5 % de Uruguay.

Tabla 47. Hogares con embarazadas: distribución según País de nacimiento del jefe. Wilde, 2013

<b>País de nacimiento</b>	<b>%</b>
Argentina	92,5
País extranjero	7,5
<i>Perú</i>	5,0
<i>Uruguay</i>	2,5

Fuente: DGSA, 2013.

### Fragilidad social

Entre otros indicadores un 2,5% de las embarazadas conviven en hogares con otras embarazadas o madres adolescentes. Es elevado el porcentaje (20%) de hogares con jóvenes de 15 a 24 años que no estudian ni trabajan, así como también con los que no tienen obra social o prepaga (78%), y que sólo se asisten en los servicios públicos de salud.

Tabla 48. Hogares con embarazadas: distribución según indicadores de Fragilidad social. Wilde, 2013

<b>Indicadores de fragilidad social</b>	<b>%</b>
Con adolescentes madres o embarazadas	2,5
Con niños de 5 a 17 años no escolarizados	8,3
Con jóvenes de 15 a 24 años que no estudian ni trabajan (1)	20,0
Sin obra social o prepaga	70,3

Fuente: DGSA, 2013.

(1) Excluye a los que no trabajan, pero buscan trabajo (desocupados)

### Posición social y económica

El 17,2% de los hogares en los que viven las embarazadas, son pobres y cerca de un 6,9% de ellos son pobres indigentes. El 4% de los hogares en donde residen las embarazadas, tienen como economía de subsistencia el acarreo de chatarra.



Tabla 49. Hogares con Embarazadas: Porcentaje por debajo de las líneas de pobreza e indigencia. Wilde, 2013

Condición de pobreza	%
Pobre	17,2
<i>Pobre indigente (1)</i>	6,9
<i>Pobre no indigente (2)</i>	10,3
No pobre	82,8
Total (3)	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

(1) Con ingresos insuficientes para adquirir la Canasta Básica Total.

(2) Con ingresos insuficientes para adquirir la Canasta Básica de Alimentos.

(3) Excluye Hogares sin información

De forma similar a lo que ocurre con los hogares en donde residen niños menores de 6 años, el 67,5% de las embarazadas viven en hogares con al menos una condición NBI. Estos hogares fundamentalmente no tienen retrete con descarga de agua (50%), tienen cuatro o más personas por miembro ocupado, o con jefe de hogar que no completó el tercer grado de escolaridad primaria (25%), y con más de tres personas por cuarto (30%).

Tabla 50. Hogares con embarazadas: distribución según Necesidades Básicas Insatisfechas. Wilde, 2013

Necesidades Básicas Insatisfechas	%
Con NBI (al menos una) (1)	67,5
Con NBI hacinamiento (2)	30,0
Con NBI vivienda (3)	10,0
Con NBI instalaciones sanitarias (4)	50,0
Con NBI escolaridad (5)	0,0
Con NBI capacidad de subsistencia (6)	25,0

(1) Excluye Hogares sin información

(2) Hacinamiento: hogares con más de tres personas por cuarto.

(3) Vivienda: hogares que habitan una vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo, lo que excluye casa, departamento y rancho).

(4) Condiciones sanitarias: hogares que no tienen retrete con descarga de agua.

(5) Asistencia escolar: hogares que tienen al menos un niño en edad escolar (5 a 12 años) que no asiste a la escuela.

(6) Capacidad de subsistencia: hogares que tienen cuatro o más personas por miembro ocupado, o cuyo jefe no hubiese completado el tercer grado de escolaridad primaria.

Fuente: DGSA, 2013.

## Capital social

El 15% de los hogares en donde residen las embarazadas tienen provisión de redes cloacales, el 27,3% de ellos tiene recolección de residuos al menos 2 veces por semana. En el 42,5% de sus hogares se percibe al menos una asignación universal por hijo.

Tabla 51. Hogares con embarazadas: distribución según indicadores de Capital social.

Wilde, 2013

Indicadores de capital social	%
Percibe la Asignación Universal por Hijo	42,5
Con provisión de agua de red pública dentro de la vivienda	80,0
Con provisión de redes cloacales	15,0
Con energía eléctrica por red	97,5
Con recolección de residuos al menos 2 veces por semana	27,3
En calle pavimentada	67,5

Fuente: DGSA, 2013.

(1) No se considera calle mejorada debido a que la categoría incluye a las calles de tierra

## Determinantes sociales intermedios de la salud

### Circunstancias materiales

El 47,5% de las embarazadas residen en viviendas de tipo deficitaria, es decir en casas tipo B, ranchos y casillas, hogares en casa de inquilinato, locales no construidos para habitación o viviendas móviles.

Tabla 52. Hogares con embarazadas: distribución según Tipo de vivienda. Wilde, 2013

Tipo de vivienda	%
Casa tipo A (1)	47,5
Casa tipo B (1)	35,0
Rancho	7,5
Casilla	10,0
Total	100,0

(1) Casa tipo B son las que presenta al menos una de las siguientes condiciones: tiene piso de tierra o ladrillo suelto u otro material (no tiene piso de cerámica, baldosa, mosaico, mármol, madera, alfombra, cemento o ladrillo fijo); o no tiene provisión de agua por cañería dentro de la vivienda; o no dispone de inodoro con descarga de agua. Casas tipo A son el resto de las casas

Fuente: DGSA, 2013.

En el 77,5% de los hogares son propietarios del terreno y la vivienda y el 10% inquilino. En relación al servicio sanitario, el 50% tenía inodoro con descarga de agua o no lo tenía.

Tabla 53. Hogares con embarazadas: distribución según Vivienda deficitaria. Wilde, 2013

Vivienda deficitaria(1)	%
No	47,5
Si	52,5
Total	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

(1) Viviendas deficitarias son Casas tipo B, Ranchos y casillas, y los hogares en casa de inquilinato, los locales no construidos para habitación y las viviendas móviles.

Tabla 54. Hogares con embarazadas: Distribución según Régimen de tenencia de la vivienda. Wilde, 2013

Régimen de tenencia de la vivienda	%
Propietario de la vivienda y el terreno	77,5
Propietario sólo de la vivienda	2,5
Inquilino	10,0
Ocupante por préstamo	10,0
Ocupante por trabajo	-
Otra situación	-
Total	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

Tabla 55. Hogares con embarazadas: distribución según Servicio sanitario. Wilde, 2013

Servicio sanitario	%
Inodoro con descarga y desagüe a red pública	15,0
Inodoro con descarga y desagüe a cámara séptica	15,0
Inodoro con descarga y desagüe a pozo ciego	20,0
Inodoro con descarga a hoyo o excavación en la tierra	-
Inodoro sin descarga o sin inodoro	50,0
Total	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

Respecto del combustible utilizado en el hogar, el 17,5% tiene acceso a gas de red, mientras que el 80% de sus hogares utilizan garrafa para cocinar y el 62,5% usa electricidad para calefaccionar su vivienda.

Tabla 56. Hogares con embarazadas: distribución según Combustible utilizado para cocinar. Wilde, 2013

Combustible utilizado para cocinar	%
Gas de red	17,5
Gas tubo/garrafa/zepellin	80,0
Electricidad	2,5
Total	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

Respecto de los riesgos para la salud que representa la calidad del aire interior, entre otros la intoxicación por monóxido de carbono, las enfermedades respiratorias, etc., según el tipo de combustible utilizado el 12,5% de los hogares utiliza para calefaccionar la vivienda, otro combustible distinto del gas de tubo, kerosene, leña o carbón.

Tabla 57. Hogares con embarazadas: distribución según Combustible utilizado para calefaccionar o calentar la casa. Wilde, 2013

Combustible utilizado para calefaccionar o calentar la casa	%
Gas de red	15,0
Gas tubo/garrafa/zepellin	10,0
Electricidad	62,5
Kerosene	-
Leña/carbón	5,0
Otro	7,5
Total	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

#### Factores psicosociales y de comportamiento

En relación a los ruidos molestos, en el 22,5% de los hogares los percibieron.

Tabla 58. Hogares con embarazadas: distribución según Percepción de ruidos molestos a su alrededor. Wilde, 2013

Percibe alrededor de su hogar ruidos molestos	%
Si	22,5
No	77,5
Total	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

Respecto a la calidad del aire de la vivienda, el 100% la ventila a diario, no obstante en el 60% alguna persona fuma dentro del hogar.

Tabla 59. Hogares con embarazadas: distribución según Frecuencia con que se ventila la vivienda. Wilde, 2013

Frecuencia con que se ventila la vivienda	%
Siempre (todos los días)	100,0
A veces (algunos días de la semana)	-
Nunca	-
Total	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

Tabla 60. Hogares con embarazadas: distribución según presencia de personas que fuman dentro de la vivienda. Wilde, 2013

	%
Hogares con personas que fuman dentro de la vivienda*	60,0

Fuente: DGSA, 2013.

\* Excluye hogares sin información

## Sistema de salud

El 70,3% de los hogares donde residen las embarazadas, no tienen cobertura médica de ningún tipo para la asistencia de su embarazo, parto y puerperio, realizándose sus controles en los sistemas públicos de salud.

Tabla 61. Hogares con embarazadas: distribución según Cobertura médica más frecuentemente usada en el hogar. Wilde, 2013

Cobertura Médica	%
Su obra social (incluye PAMI)	29,7
No tiene obra social, prepaga o plan estatal	70,3
Total	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

## V. Adultos Mayores. Determinantes sociales de la salud.

A continuación se presentan los resultados en adultos mayores de los análisis descriptivos realizados sobre los indicadores determinantes estructurales y sociales de las desigualdades en salud, y de los determinantes sociales intermedios de la salud seleccionados.

Determinantes estructurales y determinantes sociales de las desigualdades en salud:  
Composición Familiar.

El 19,6% de los adultos mayores vive sólo. El 20% vive en hogares con jefe/a sin pareja o con hijos, de los cuales aproximadamente un tercio están a cargo de una jefa mujer.

Tabla 62. Hogares con adultos Mayores: Distribución según tipo de hogar y sexo del jefe. Wilde, 2013.

Tipo de hogar	Sexo Jefe		
	Masculino	Femenino	Total
Hogar unipersonal	10,6	26,7	19,6
Hogar familiar no conyugal (1)	1,0	7,6	4,7
Familia completa (2)	79,8	35,9	55,3
<i>Familia completa nuclear (3)</i>	<i>54,8</i>	<i>21,4</i>	<i>36,2</i>
<i>Familia completa extensa/ compuesta (4)</i>	<i>25,0</i>	<i>14,5</i>	<i>19,1</i>
Familia monoparental (5)	8,7	29,1	20,0
<i>Familia monoparental nuclear (6)</i>	<i>4,8</i>	<i>11,5</i>	<i>8,5</i>
<i>Familia monoparental extensa/ compuesta (7)</i>	<i>3,8</i>	<i>17,6</i>	<i>11,5</i>
Total	100,0	100,0	100,0

- (1) Jefe y otros familiares no conyugales/ no familiares
- (2) Está presente el cónyuge del jefe
- (3) Pareja con hijos
- (4) Pareja con hijos y otros familiares/no familiares
- (5) Jefe (sin pareja) e hijo(s)
- (6) Jefe (sin pareja) e hijo(s)
- (7) Jefe (sin pareja), hijo(s) y otros familiares/ no familiares

Fuente: DGSA, 2013.

Si bien el tamaño del hogar en donde viven los adultos mayores varía según el tipo, es en promedio de 3,3 integrantes (rango: 1 a 6,4).

Tabla 63. Hogares con adultos mayores: Tamaño promedio según tipo de hogar. Wilde, 2013.

Tipo de hogar	Tamaño del hogar
Hogar unipersonal	1,0
Hogar multipersonal no conyugal(1)	2,7
Familia completa(2)	3,9
<i>Familia completa nuclear(3)</i>	2,6
<i>Familia completa extensa/ compuesta(4)</i>	6,4
Familia monoparental(5)	4,0
Familia monoparental nuclear(6)	2,1
Familia monoparental extensa/ compuesta(7)	5,4
Total	3,3

(1) Jefe y otros familiares no conyugales/ no familiares

(2) Está presente el cónyuge del jefe

(3) Pareja con hijos

(4) Pareja con hijos y otros familiares/no familiares

(5) Jefe (sin pareja) e hijo(s)

(6) Jefe (sin pareja) e hijo(s)

(7) Jefe (sin pareja), hijo(s) y otros familiares/ no familiares

Fuente: DGSA, 2013.

## Género

En promedio la mitad de los hogares en donde viven adultos mayores están a cargo de una mujer (rango: 23,3 a 78,3 %), y el 65% de los adultos mayores que viven solos son mujeres.

Tabla 64. Hogares con Adultos Mayores. Porcentaje con jefa mujer según tipo de hogar. Wilde, 2013.

Tipo de hogar	% con jefa mujer
Hogar unipersonal	64,7
Hogar no conyugal (1)	70,0
Familia completa (2)	31,1
<i>Familia completa nuclear (3)</i>	41,9
<i>Familia completa extensa/ compuesta (4)</i>	23,3
Familia monoparental (5)	75,9
<i>Familia monoparental nuclear (6)</i>	66,7
<i>Familia monoparental extensa/ compuesta (7)</i>	78,3
Total	50,3

(1) Jefe y otros familiares no conyugales/ no familiares

(2) Está presente el cónyuge del jefe

(3) Pareja con hijos

(4) Pareja con hijos y otros familiares/no familiares

- (5) Jefe (sin pareja) e hijo(s)
- (6) Jefe (sin pareja) e hijo(s)
- (7) Jefe (sin pareja), hijo(s) y otros familiares/ no familiares

Fuente: DGSA, 2013.

En los hogares con adultos mayores, la condición de actividad del jefe/a es ocupado en el 36% de los casos; los jefes/as desocupados alcanzan el 3%; y el 62% están inactivos.

Cuando se analiza la condición de actividad según el sexo del jefe, se observa que en aquellos hogares con adultos mayores y la jefatura a cargo de una mujer, la ocupación es menor, la desocupación es mayor al igual que la condición de inactivo.

Tabla 65. Hogares con adultos mayores: condición de actividad del jefe según sexo. Wilde, 2013.

Condición de actividad	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
Ocupado	41,3	31,3	35,7
Desocupado	1,0	3,8	2,6
Inactivo	57,7	64,9	61,7
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: DGSA, 2013

## Educación

Un 36% de los jefes/as del hogar en donde viven los adultos mayores completaron el primario, y el 10% completaron el secundario.

Tabla 66. Hogares con adultos mayores según nivel educativo del jefe. Wilde, 2013.

Nivel educativo	%
Sin instrucción	6,8
Primario incompleto	28,9
Primario completo	36,2
Secundario incompleto	12,8
Secundario completo	10,2
Terciario/ universitario incompleto	0,4
Terciario/ universitario completo	3,4
Post Universitario completo	0,9

Fuente: DGSA, 2013.

- (1) Excluye jefes sin información

El 37% de los adultos mayores completaron el nivel primario, y sólo el 5% el secundario



Tabla 67. Hogares con Adultos Mayores según nivel educativo. Wilde, 2013.

Nivel educativo	%
Sin instrucción	8,1
Primario incompleto	34,0
Primario completo	37,4
Secundario incompleto	9,8
Secundario completo	4,7
Terciario/Universitario incompleto	1,3
Terciario/Universitario completo	4,7

Fuente: DGSA, 2013.

(1)Excluye adultos mayores sin información

### Pueblos originarios, afro descendientes y población migrante

El 1,3% de los adultos mayores viven en hogares con integrantes que se reconocen como afro descendientes o pertenecientes a pueblos originarios.

Tabla 68. Hogares con adultos mayores: distribución según pertenencia a pueblos originarios o su reconocimiento como afro descendiente. Wilde, 2013

Indicadores	%
Con personas afrodescendientes	0,4
Con personas pertenecientes a pueblos originarios	0,9

Fuente: DGSA, 2013.

En el 19,1 % de los hogares con adultos mayores, el jefe/a de hogar nació en un país extranjero, el cual en su mayoría correspondió al Paraguay.

Tabla 69. Hogares con adultos mayores: distribución según País de nacimiento del jefe. Wilde, 2013.

País de nacimiento	%
Argentina	80,9
País Extranjero	19,1
<i>Bolivia</i>	0,4
<i>Chile</i>	2,1
<i>Paraguay</i>	6,8
<i>Perú</i>	2,1
<i>Uruguay</i>	3,4
<i>Otro país</i>	4,3
Total	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

## Fragilidad social

El 21% de los hogares con adultos mayores no tienen obra social o prepaga y se asisten sólo en el servicio público de salud, el 8% tienen integrantes jóvenes que no estudian ni trabajan, el 10% con niños no escolarizados.

Tabla 70. Hogares con adultos mayores: distribución según indicadores de fragilidad social. Wilde, 2013

Indicadores de fragilidad social	%
Con adolescentes madres o embarazadas	2,1
Con niños de 5 a 17 años no escolarizados	9,7
Con jóvenes de 15 a 24 años que no estudian ni trabajan	8,1
Sin obra social o prepaga	20,9

Fuente: DGSA, 2013.

1) Excluye a los que no trabajan, pero buscan trabajo (desocupados)

## Posición social y económica

Desde la perspectiva de la pobreza por ingresos, el 10% de los hogares con adultos mayores son pobres y el 2% pobres indigentes.

Tabla 71. Hogares con adultos mayores: Porcentaje por debajo de las líneas de pobreza e indigencia. Wilde, 2013.

Condición	%
Pobre	9,6
<i>Pobre indigente (1)</i>	1,7
<i>Pobre no indigente (2)</i>	7,9
No pobre	90,4
Total	100,0

(1) Con ingresos insuficientes para adquirir la Canasta Básica Total.

(2) Con ingresos insuficientes para adquirir la Canasta Básica de Alimentos.

(3) Excluye Hogares sin información

Fuente: DGSA, 2013.

El 60% de sus hogares tienen al menos una NBI, siendo las principales: cuatro o más personas por miembro ocupado, o cuyo jefe no hubiese completado el tercer grado de

escolaridad primaria, no tienen retrete con descarga de agua y condiciones de hacinamiento.

Tabla 72. Hogares con adultos mayores: distribución según Necesidades Básicas Insatisfechas. Wilde, 2013

<b>Necesidades Básicas Insatisfechas</b>	<b>%</b>
Con NBI (al menos una)(1)	60,0
Con NBI hacinamiento(2)	6,4
Con NBI vivienda(3)	4,3
Con NBI instalaciones sanitarias(4)	14,9
Con NBI escolaridad(5)	0,0
Con NBI capacidad de subsistencia(6)	51,5

(1) Excluye Hogares sin información

(2) Hacinamiento: hogares con más de tres personas por cuarto.

(3) Vivienda: hogares que habitan una vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo, lo que excluye casa, departamento y rancho).

(4) Condiciones sanitarias: hogares que no tienen retrete con descarga de agua.

(5) Asistencia escolar: hogares que tienen al menos un niño en edad escolar (5 a 12 años) que no asiste a la escuela.

(6) Capacidad de subsistencia: hogares que tienen cuatro o más personas por miembro ocupado, o cuyo jefe no hubiese completado el tercer grado de escolaridad primaria.

Fuente: DGSA, 2013.

## Capital social

En relación a los indicadores de capital social se destaca el bajo porcentaje de hogares que posee provisión de redes cloacales.

Tabla 73. Hogares con adultos mayores: distribución según indicadores de Capital social. Wilde, 2013

<b>Indicadores de capital social</b>	<b>%</b>
Con provisión de agua de red pública dentro de la vivienda	93,2
Con provisión de redes cloacales	19,6
Con energía eléctrica por red	99,6
Con recolección de residuos al menos 2 veces por semana	6,4
En calle pavimentada(1)	76,6

Fuente: DGSA, 2013.

(1) No se considera calle mejorada debido a que la categoría incluye a las calles de tierra

## Determinantes sociales intermedios de la salud

### Circunstancias materiales

El 17% de los adultos mayores residen en viviendas deficitarias. El 83,2% son propietarios del terreno y la vivienda. El 6% son inquilinos u ocupantes por préstamo.

Tabla 74. Hogares con adultos mayores: distribución según Tipo de vivienda. Wilde, 2013

Tipo de vivienda	%
Casa tipo A (1)	83,0
Casa tipo B (1)	12,3
Rancho	0,4
Casilla	3,8
Otro	0,4
Total	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

(1) Casa tipo B son las que presenta al menos una de las siguientes condiciones: tiene piso de tierra o ladrillo suelto u otro material (no tiene piso de cerámica, baldosa, mosaico, mármol, madera, alfombra, cemento o ladrillo fijo); o no tiene provisión de agua por cañería dentro de la vivienda; o no dispone de inodoro con descarga de agua. Casas tipo A son el resto de las casas

Tabla 75. Hogares con adultos mayores: distribución según Vivienda deficitarias. Wilde, 2013

Vivienda deficitarias(1)	%
No	83,0
Si	17,0
Total	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

(1) Viviendas deficitarias son Casas tipo B, Ranchos y casillas, y los hogares en casa de inquilinato, los locales no construidos para habitación y las viviendas móviles.

Tabla 76. Hogares con adultos mayores: Distribución según Régimen de tenencia de la vivienda. Wilde, 2013

Régimen de tenencia de la vivienda	%
Propietario de la vivienda y el terreno	87,2
Propietario sólo de la vivienda	4,3
Inquilino	3,0
Ocupante por préstamo	3,0
Ocupante por trabajo	-
Otra situación	2,6
Total	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

Solo el 20% de los hogares con adultos mayores tienen descarga y desagüe a la red pública, el 15% no tiene inodoro o lo tiene pero sin descarga.

Tabla 77. Hogares con adultos mayores: distribución según Servicio sanitario. Wilde, 2013

<b>Servicio sanitario</b>	<b>%</b>
Inodoro con descarga y desagüe a red pública	19,6
Inodoro con descarga y desagüe a cámara séptica	50,6
Inodoro con descarga y desagüe a pozo ciego	14,9
Inodoro sin descarga o sin inodoro	14,9
Total	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

Más de la mitad de los hogares usan gas envasado tipo garrafa o zepellin para cocinar. Para calefaccionar en cambio la mayoría usa electricidad.

Tabla 78. Hogares con adultos mayores: distribución según Combustible utilizado para cocinar. Wilde, 2013

<b>Combustible utilizado para cocinar</b>	<b>%</b>
Gas de red	45,5
Gas tubo/garrafa/zepellin	54,0
Electricidad	0,4
Total	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

Tabla 79. Hogares con adultos mayores: distribución según Combustible utilizado para calefaccionar o calentar la casa. Wilde, 2013

<b>Combustible utilizado para calefaccionar o calentar la casa</b>	<b>%</b>
Gas de red	40
Gas tubo/garrafa/zepellin	8,9
Electricidad	45,5
Kerosene	0,9
Leña/carbón	0,9
Otro	3,8
Total	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

## Factores psicosociales y de comportamiento

El 18% de los hogares encuestados perciben la contaminación sonora alrededor de su vivienda. La mayoría ventila todos los días la vivienda, y el 19% tienen personas que fuman dentro del hogar.

Tabla 80. Hogares con adultos mayores: distribución según Percepción de ruidos molestos a su alrededor. Wilde, 2013

Percibe alrededor de su hogar ruidos molestos	%
Si	17,9
No	82,1
Total	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

Tabla 81. Hogares con adultos mayores: distribución según frecuencia con que se ventila la vivienda. Wilde, 2013

Frecuencia con que se ventila la vivienda	%
Siempre (todos los días)	97,9
A veces (algunos días de la semana)	2,1
Total	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

Tabla 82. Hogares con adultos mayores: distribución según presencia de personas que fuman dentro de la vivienda. Wilde, 2013

	%
Hogares con personas que fuman dentro de la vivienda	18,7

Fuente: DGSA, 2013.

## Cobertura de salud

El 21% de los adultos mayores viven en hogares que tienen sólo cobertura pública de salud y la mayoría de los que poseen obra social tienen PAMI.

Tabla 83. Hogares con adultos mayores: distribución según cobertura médica más frecuentemente usada en el hogar. Villa 21-24, 2012

Cobertura Médica	%
Obra social (incluye PAMI)	77,9
Prepaga a través de una obra social	1,3
No tiene obra social, prepaga o plan estatal	20,8
Total	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

## VI. Componente Sala de Situación

### Introducción

Entre los días 12 y 21 de diciembre de 2012 y entre el 13 de febrero de 2013 y 31 de mayo de 2013, se realizó la Evaluación Integral de Salud en el predio WILDE, Avellaneda.

A continuación se presenta un resumen del trabajo en terreno con los indicadores finales del desarrollo del campo. Vale aclarar que todos los gráficos y tablas finales expuestas fueron siguiéndose diariamente en la Sala de Situación.

### Metas

En la tabla siguiente se presenta la meta de las viviendas a relevar. Todas las evaluaciones comienzan con esta estimación para luego adecuar el trabajo de los componentes a los números previstos a partir del trabajo del primer componente, Sensibilizadores y Encuestadores (SyE).

Para el área de análisis se estimaron 711 niños y 2.133 viviendas en 55 manzanas<sup>3</sup>.

Tabla 84. Área Espacial Metas=2133 Viviendas

Partido	Sitio	N° Viviendas	N° Niños
Avellaneda	Barrio Wilde Este	2.133	711

Fuente: DGSA, 2013.

De las 2.133 viviendas estimadas se listaron<sup>4</sup> en campo al final del trabajo 2815, superando a la meta estimada en un 32%. De las 2815 viviendas identificadas se logró acceder o "listar" 1.079 y las 1.736 restantes se dividieron entre Ausentes, Deshabitadas y Rechazos.

Se detallan en la siguiente tabla los motivos por los cuales no se pudieron sensibilizar 1.736 viviendas.

<sup>3</sup> Estas estimaciones son provistas por el Área Espacial del Equipo de Investigación de la DGSA.

<sup>4</sup> Viviendas Listadas son aquellas a las que georreferenció el equipo de Listadores/Sensibilizadores. Cada vivienda es identificada y localizada por un punto GPS, independientemente del acceso a la misma y la identificación de sus habitantes.

Tabla 85.Motivos de no sensibilización de las viviendas

<b>Motivos de no sensibilización</b>	<b>N° Viviendas</b>
Ausentes	1437
Deshabitadas	56
No responde	15
Rechazo	228
Total de Viviendas sin poder listar	1736

Fuente: DGSA, 2013.

Como se dijo, el Componente SyE es el primero que comienza el Trabajo de Campo (TDC), y realiza el contacto inicial con las familias de los hogares objetivos. Los equipos explican a los habitantes de las viviendas los objetivos de las EISAR, completan una encuesta y obtienen el Consentimiento Informado para poder realizar a posteriori las pruebas que realizarán los demás componentes.

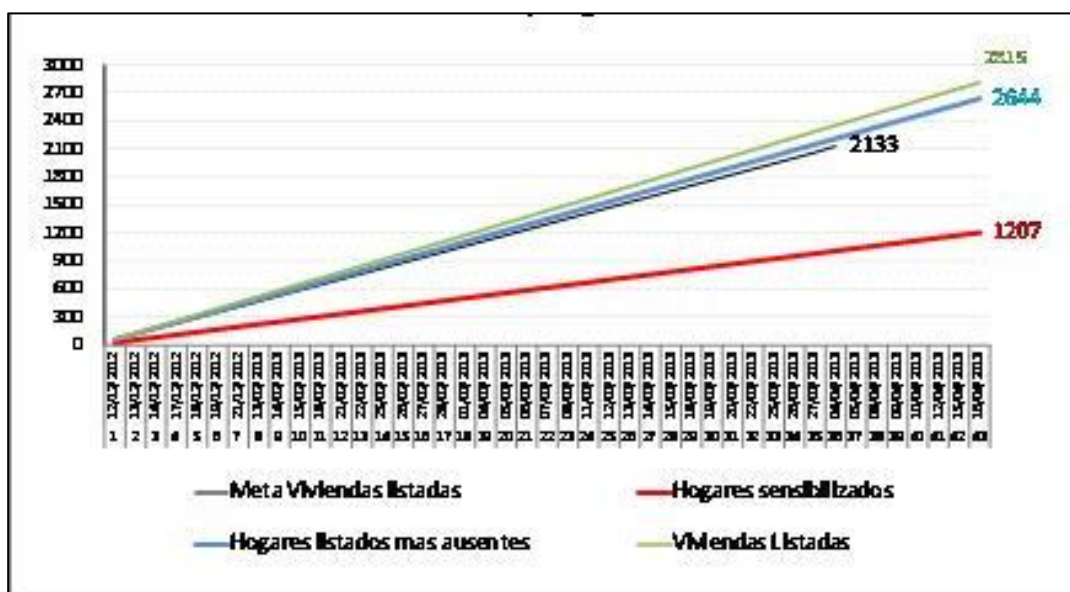
A través del trabajo del componente SyE se obtiene información sobre:

- viviendas listadas (identificadas y georreferenciadas),
- viviendas accedidas (aquellas que son visitadas y se contacta a alguno de sus habitantes),
- hogares listados (persona o grupo de personas que viven bajo el mismo techo y comparten los gastos de alimentación).
- Hogares sensibilizados: hogares en los que se logró explicar los objetivos de la Evaluación y firmaron el Consentimiento Informado para la evaluación de la población objetivo (niños menores de 6 años, embarazadas y adultos mayores de 60 años y más).

En el gráfico siguiente se observa el detalle del TDC del componente SyE.



Gráfico 16. TDC del componente Sensibilizadores y Encuestadores, Wilde 2013.



Fuente: DGSA, 2013.

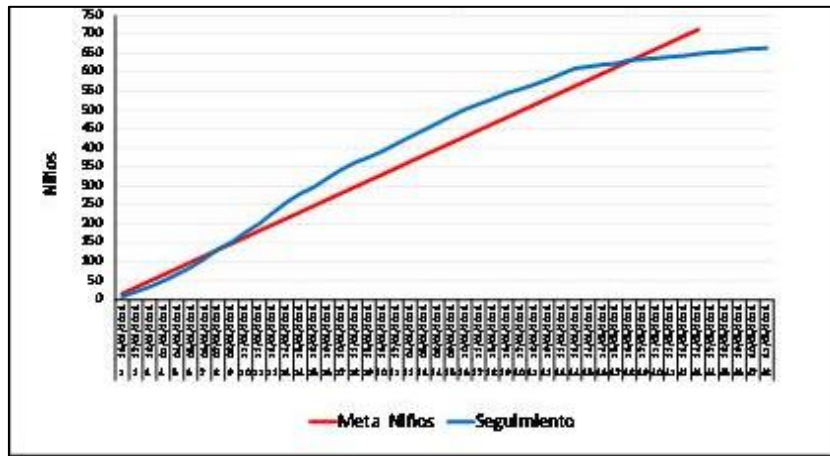
Como se observa, se logró superar la meta teórica de 2.133 viviendas. Cabe resaltar que a través de las acciones de recupero se lograron sensibilizar 98 hogares.

Una semana después, los componentes de Desarrollo y Nutrición salen a campo y comienzan a recorrer los hogares listados por el Componente SyE, realizando encuestas en hogares y/o en el tráiler que se instalaron para tal fin. Estos dos componentes finalmente ven un número semejante de niños ya que es habitual que los equipos se desplacen juntos.

El componente Toxicología es el último en comenzar el TDC, por razones de organización y también termina el trabajo de campo más tarde.

En el gráfico siguiente se observa el promedio de niños evaluados por los tres componentes, acumulados por día y los niños a evaluar por día según la meta estimada inicial y en el gráfico siguiente el detalle de cada uno.

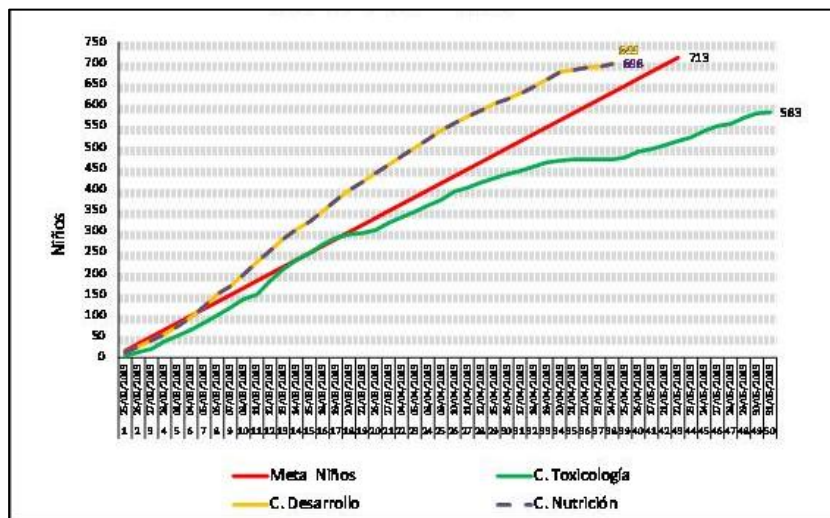
Gráfico 17. Promedio de niños evaluados por los componentes Nutrición, Toxicología, y Desarrollo(N: 1980)



Fuente: DGSA, 2013.

El gráfico precedente muestra a través de un valor promedio una idea general y amplia del TDC. Teniendo en cuenta que la meta a alcanzar era para cada uno los componentes de 711 niños, al finalizar el campo se estuvo cerca de completarla.

Gráfico 18. Evaluaciones de niños acumuladas por día según componente(N: 1.893)

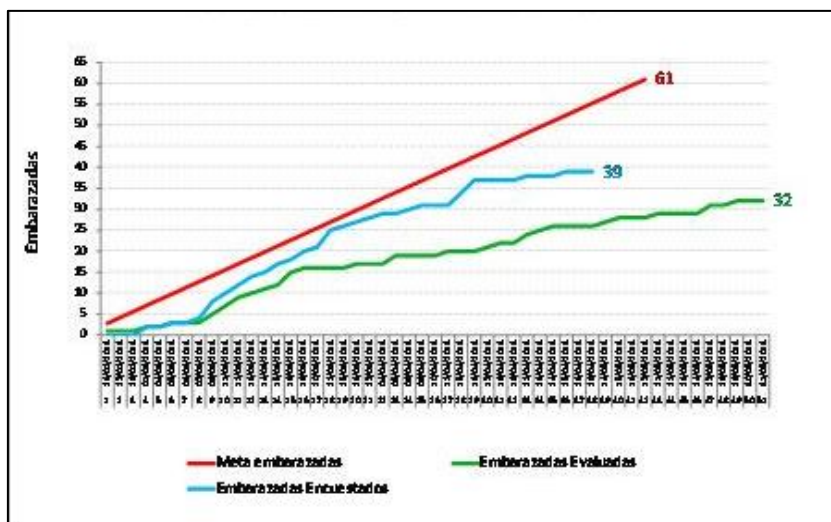


Fuente: DGSA, 2013.

En relación con esto, el gráfico anterior aporta la mirada de los 3 componentes por separado, observándose que el componente toxicológico logró evaluar a 583 niños, 115 menos que los demás componentes. Cabe recordar que la evaluación por parte del componente toxicológico depende de que la población concurra al tráiler para realizar la toma de muestra mientras que los demás componentes comienzan y muchas veces completan la evaluación en el domicilio de las personas evaluadas.

En el gráfico siguiente se observan las embarazadas evaluadas por los componentes Nutrición y Toxicología, la meta y las evaluaciones según cada componente.

Gráfico 19. Evaluación de embarazadas(N: 61) de los componentes Nutrición(N: 39) y Toxicología(N: 32) según día



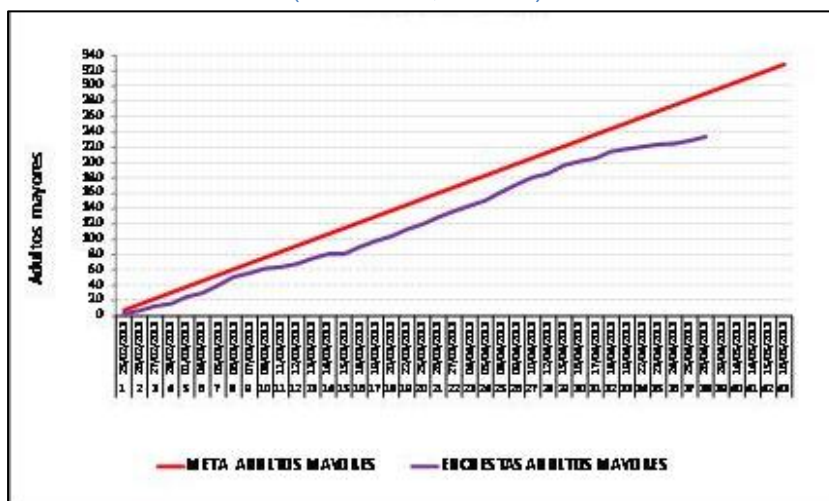
Fuente: DGSA, 2013.

Como se constata en el gráfico, las embarazadas evaluadas no fueron las esperadas.

### Resultados del Componente de Adultos Mayores

En el gráfico siguiente se observa la evaluación realizada durante el TDC por el Componente de Adultos Mayores.

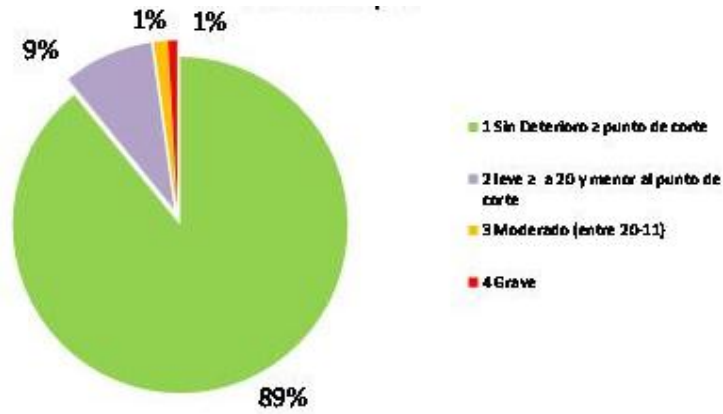
Gráfico 20. : Evaluación del componente adultos mayores (Meta=329, N=234)



Fuente: DGSA, 2013.

Este componente evaluó la presencia o no de deterioro cognitivo y el impacto en sus actividades diarias.

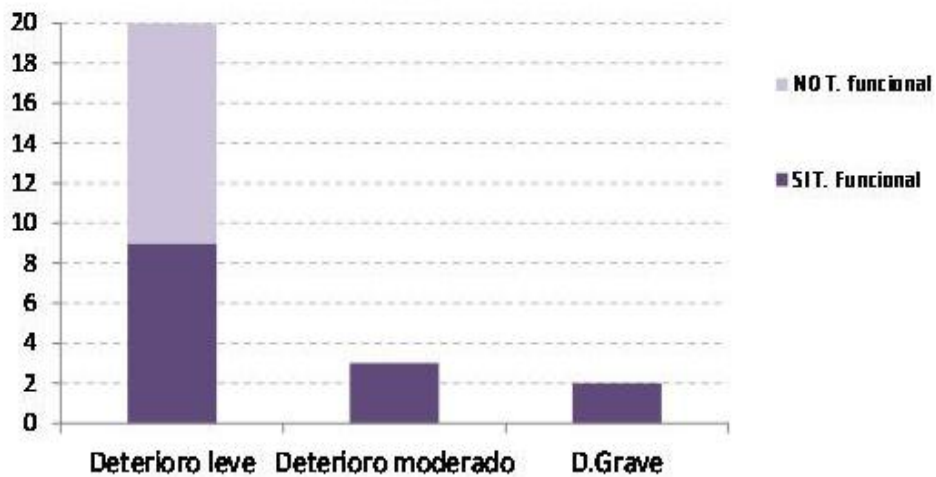
Gráfico 21. Evaluación de deterioro cognitivo en adultos mayores(N= 229)



Fuente: DGSA, 2013.

En los adultos mayores que presentaron deterioro cognitivo se evaluó la presencia o no de trastorno funcional, los resultados se reflejan en el siguiente Gráfico.

Gráfico 22. Evaluación de la presencia de trastorno funcional en adultos mayores con deterioro cognitivo(N=25).

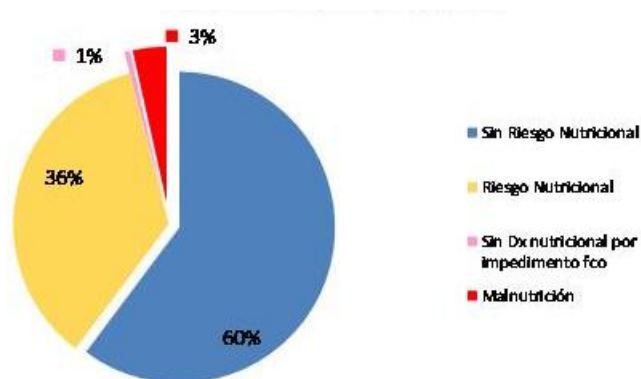


Fuente: DGSA, 2013.

## Resultados Componente de Nutrición

De la evaluación nutricional de los adultos Mayores se observó que el 36% se encontraba en riesgo nutricional, el 3% presentaba malnutrición y el 60% no tenía riesgo. El 1% no pudo ser evaluado por impedimentos físicos

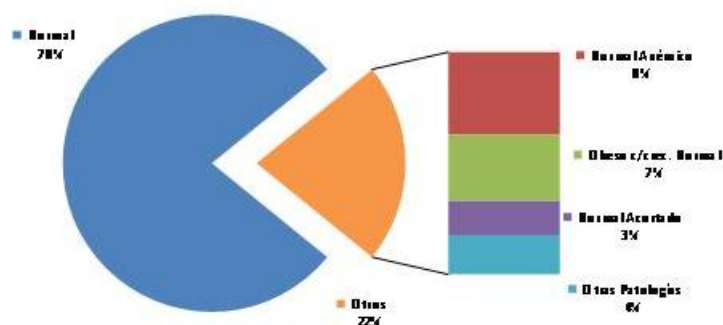
Gráfico 23. Evaluación Nutricional en Adultos Mayores(N=171)



Fuente: DGSA, 2013.

De la evaluación de los niños se observó que el 78% tenía diagnóstico normal. Del 22% restante el 8% presentó diagnóstico normal con anemia, el 7% obesidad con crecimiento normal, el 3% normal acortado y el 4% otras patologías.

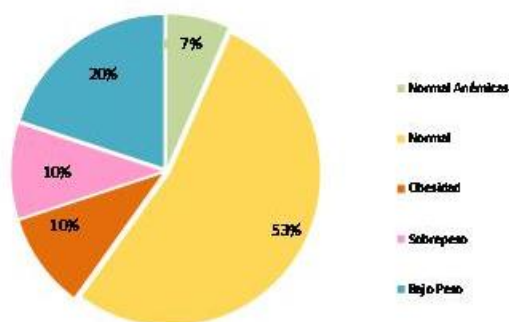
Gráfico 24. Evaluación Nutricional Niños(N=570).



Fuente: DGSA, 2013.

En las embarazadas evaluadas se observó que el 53% tenía diagnóstico normal, el 20% bajo peso, el 10% obesidad, el 10% sobrepeso y el 7% normal con anemia.

Gráfico 25. Evaluación Nutricional Embarazadas (N=30).

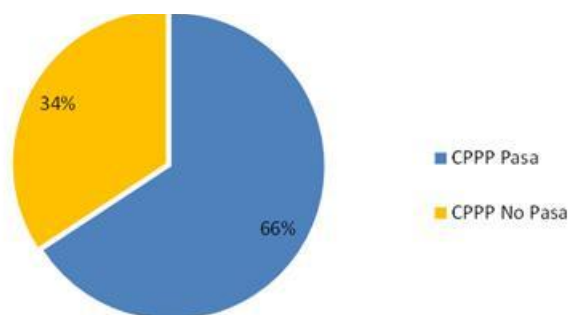


Fuente: DGSA, 2013.

#### Resultados del Componente de Desarrollo

El componente de Desarrollo obtuvo los siguientes resultados en el trabajo de campo: A continuación se exponen los resultados en los niños mayores de 6 meses:

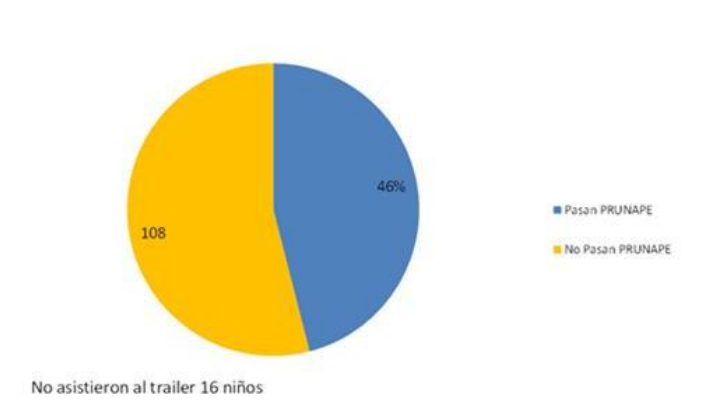
Gráfico 26. CPPP en el Hogar, niños >6 meses de edad. (N=631)\*



Fuente: DGSA, 2013.

\*12 niños fueron excluidos por no cumplir con los criterios de inclusión.

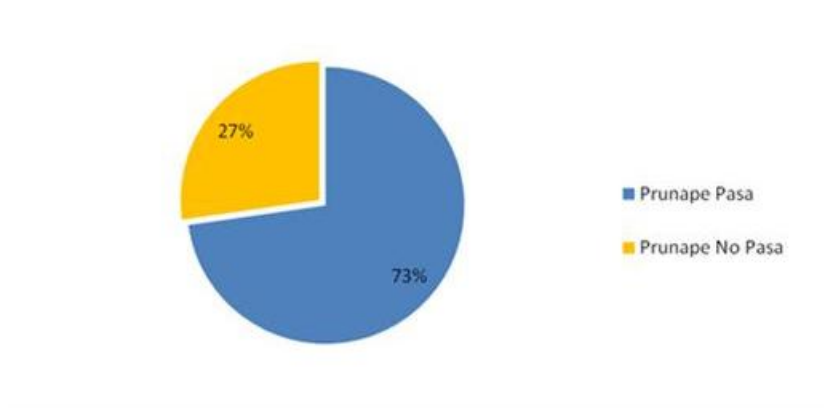
Gráfico 27. PRUNAPE en el Trailer a niños >6 meses que fracasaron el CPPP en el hogar(N=200)



Fuente: DGSA, 2013.

Los resultados en los niños menores de 6 meses fueron los siguientes:

Gráfico 28. PRUNAPE en el hogar a niños < 6 meses(N=55)

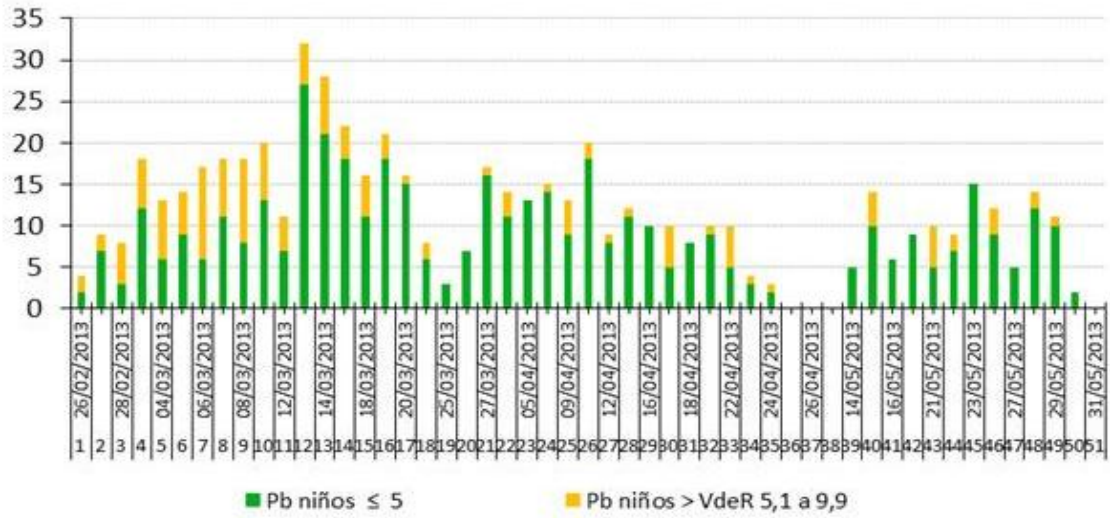


Fuente: DGSA, 2013.

#### Resultados componente Toxicológico

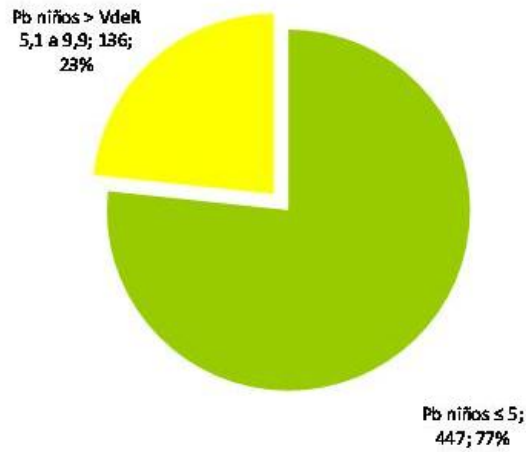
Los resultados del Componente Toxicológico fueron los siguientes:

Gráfico 29. Valores de plomo en niños por día en sangre capilar(N=583).



Fuente: DGSA, 2013.

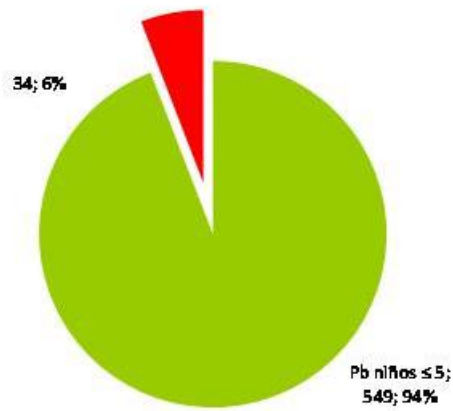
Gráfico 30. Valores de plomo ≥5,1 a 9,9 en niños acumulados(N=583)



Fuente: DGSA, 2013.

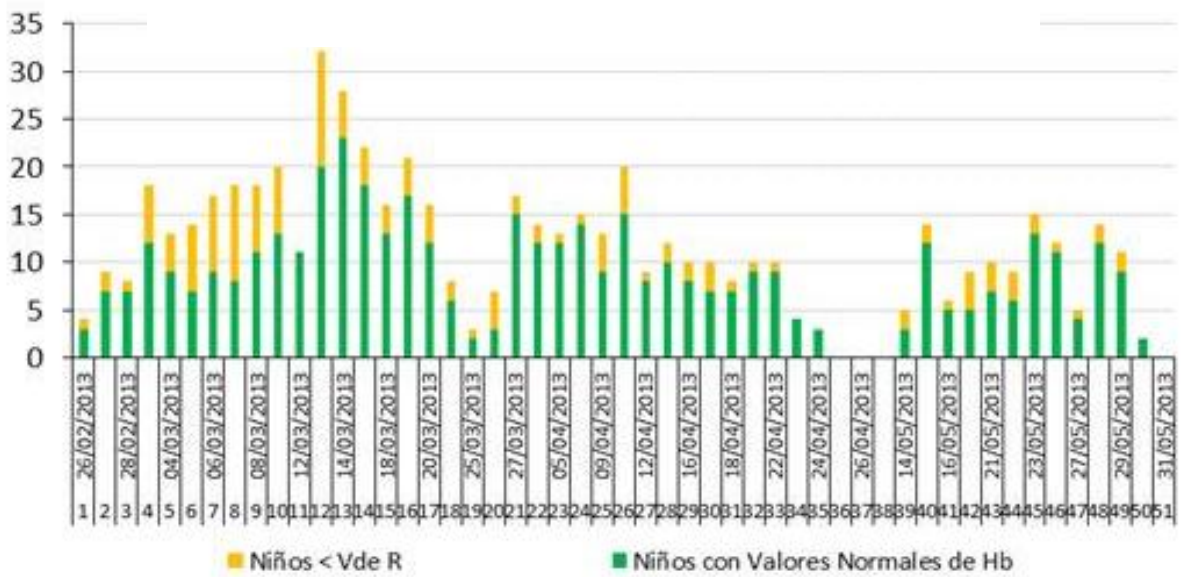


Gráfico 31. Valores de plomo  $\geq 10$  en niños acumulados (N=583)



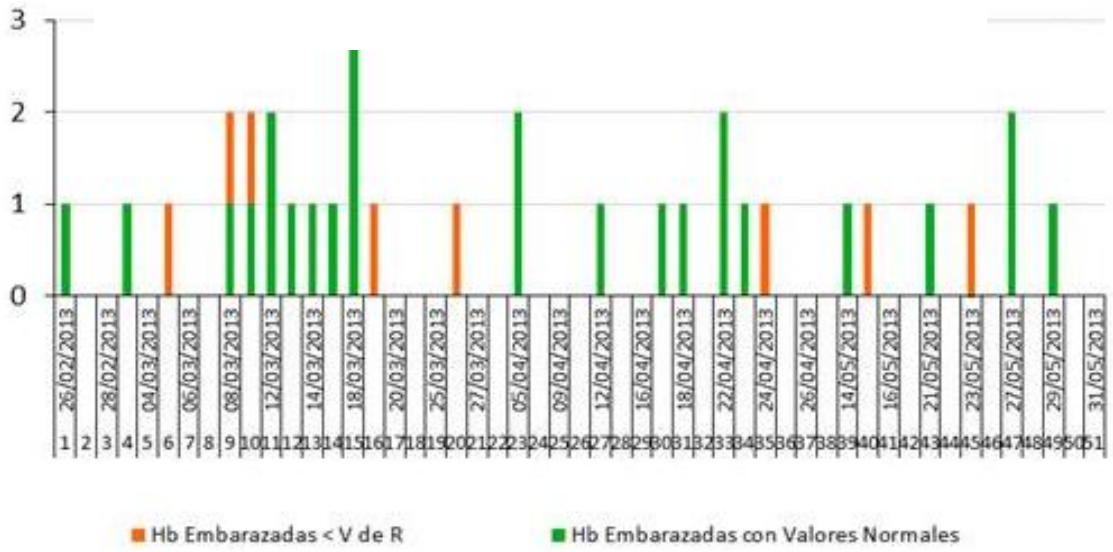
Fuente: DGSA, 2013.

Gráfico 32. Valores de hemoglobina en niños por día (N=583)



Fuente: DGSA, 2013.

Gráfico 33. Valores de hemoglobina en embarazadas por día



Fuente: DGSA, 2013.

De las 32 embarazadas evaluadas solo una (1) presentó valores de plomo por encima del valor de referencia.



## **RESULTADOS**

### **Informe de la Evaluación Integral de Salud en Áreas de Riesgo (EISAR) del Barrio Wilde Este, partido de Avellaneda.**

CAPITULO 2: Componente de diagnóstico nutricional.

ACUMAR

DIRECCIÓN DE SALUD AMBIENTAL



## I. Contenido

I.	Introducción .....	9
II.	Evaluación de niños/as menores de 6 años.....	9
	Descripción según edad y sexo.....	9
	Condiciones del Hogar del niño, el entorno, el contexto socioeconómico .....	15
	Diagnostico nutricional.....	31
	Diagnóstico nutricional acertado.....	32
	I.1.i. Diagnóstico nutricional Emaciado-Bajo Peso.....	33
	Diagnóstico nutricional obeso.....	33
	Anemia .....	37
	Lactancia materna .....	41
	Alimentación complementaria .....	45
	Ingesta Alimentaria de los niños.....	47
III.	Evaluación de Embarazadas.....	66
	Distribución según edad.....	66
	Diagnostico Nutricional Antropométrico .....	68
	Anemia en Embarazadas .....	69
	Controles médicos del embarazo .....	71
	Número de Embarazos.....	73
	Período intergenésico.....	76
	Ingesta de hierro medicamentoso en embarazadas.....	76
	Ingesta de Ac. Fólico medicamentoso .....	77
	Ingesta de Calcio y Flúor medicamentoso.....	79
	Tabaquismo en el Embarazo.....	79
	Condiciones del Hogar de la embarazada, el entorno, el contexto socioeconómico.....	80
	Resultados de la ingesta Alimentaria en embarazadas.....	91
IV.	Adultos Mayores.....	95
	Estado nutricional .....	96
	Factores de riesgo en Adultos Mayores.....	104
	Consumo Alimentario .....	108
V.	Conclusiones sobre los resultados Preliminares del componente Nutricional.	
	EISAR Wilde. Año 2013 .....	119
	Niños .....	119
	Embarazadas.....	123
	Adultos Mayores .....	125
VI.	Recomendaciones.....	127

## Índice de Tablas

Tabla 1. Niños evaluados. Distribución por sexo.....	9
Tabla 2. Distribución según edad de los niños. ....	10
Tabla 3. Distribución según edad agrupada de las madres y/o tutores .....	11
Tabla 4. Nivel Educativo de las madres o tutores .....	12
Tabla 5. Condición de actividad de las madres y/o tutores .....	13
Tabla 6. Tipo de actividad de madres y/o tutores.....	14
Tabla 7. Hogares que reciben asignación universal por hijo.....	15
Tabla 8. Características de la cuadra donde se encuentra la vivienda.....	16
Tabla 9. Tipo de vivienda. ....	17
Tabla 10. Condición de Vivienda Deficitaria. ....	18
Tabla 11. Material predominante del techo. EISAR Wilde. 2013 .....	19
Tabla 12. Vivienda con Heladera para conservar alimentos.....	20
Tabla 13. Familias que comparten su heladera.....	20
Tabla 14. Tipo de agua en la Vivienda. ....	21
Tabla 15. Procedencia del Agua. EISAR Wilde. 2013.....	22
Tabla 16. Vivienda con Servicio Sanitario .....	23
Tabla 17. Vivienda con Cloacas.....	24
Tabla 18. Niños que viven en Hogares con NBI.....	24
Tabla 19. Niños que viven en Hogares con Hacinamiento. ....	25
Tabla 20. Niños que viven por debajo de la Línea de pobreza e indigencia. ....	26
Tabla 21. Distribución según semanas de gestación. ....	27
Tabla 22. Distribución según rangos de peso al nacer. ....	28
Tabla 23. Proporción de rangos de edad de peso al nacer según .....	29
Tabla 24. Diagnóstico Nutricional de niños y niñas según peso al nacer.....	30
Tabla 25. Niños según diagnóstico nutricional .....	31
Tabla 26. Niños según diagnóstico nutricional agrupado Acortados. ....	32
Tabla 27. Niños según diagnóstico nutricional Emaciado-Bajo Peso.....	33
Tabla 28. Niños según diagnóstico nutricional sobrepeso y obeso acortado, normal y alto .....	33
Tabla 29. Distribución de niños según tengan o no anemia. ....	37
Tabla 30. Prevalencia de anemia en niños y niñas según grupos de edad. En números absolutos y relativos .....	38
Tabla 31. Porcentaje de niños según toman hierro medicamentoso. ....	39
Tabla 32. Niños/as Anémicos según toman hierro medicamentoso .....	40
Tabla 33. Niños/as anémicos según indicadores de pobreza.....	40
Tabla 34. Distribución de niños que actualmente toman pecho. ....	42
Tabla 35. Distribución de niños según edad que dejaron el pecho. ....	43
Tabla 36. Distribución de niños según edad en que incorporó leche diferente a la materna.....	44
Tabla 37. Distribución de niños según edad en que incorporó el primer alimento .....	45
Tabla 38. Distribución de niños según quien orientó la decisión de incorporar la alimentación complementaria.....	46
Tabla 39. Ingesta de nutrientes en niños(N: 652).....	48

Tabla 40. Comparación de medianas de Energía y nutrientes seleccionados de Wilde con la ENNyS. N: 207). Menores de 2 años.....	49
Tabla 41. Comparación de medianas de Energía y nutrientes seleccionados de Wilde con la ENNyS. N: 207). Niños de 2 a 5 años. (N: 445) .....	51
Tabla 42. Mediana de Energía y de nutrientes seleccionados según Línea de Pobreza e indigencia. EISAR Wilde 2013. ....	53
Tabla 43. Adecuación de la ingesta de energía en niños .....	55
Tabla 44. Adecuación de la Ingesta de proteínas en niños .....	56
Tabla 45. Adecuación de la ingesta de calcio en niños.....	57
Tabla 46. Adecuación de la ingesta de hierro en niños.....	58
Tabla 47. Adecuación de la ingesta de Zinc en niños .....	59
Tabla 48. Adecuación de la ingesta de folatos en niños .....	59
Tabla 49. Adecuación de la ingesta de vitamina A en niños.....	60
Tabla 50. Adecuación de la ingesta de Vitamina C.....	61
Tabla 51. Ingesta de calcio según línea de pobreza e indigencia en niños.....	62
Tabla 52. Adecuación de la ingesta de calcio según NBI en niños .....	63
Tabla 53. Adecuación de la ingesta de hierro según línea de pobreza e indigencia ..	63
Tabla 54. Adecuación de la ingesta de hierro según NBI en niños .....	64
Tabla 55. Adecuación de la ingesta de energía según línea de pobreza e indigencia	64
Tabla 56. Adecuación de la ingesta de energía según NBI en niños .....	65
Tabla 57. Edad de las mujeres embarazadas agrupada.....	66
Tabla 58. Edad gestacional agrupada .....	67
Tabla 59. Diagnóstico nutricional antropométrico según IMC en embarazadas .....	68
Tabla 60. Embarazadas con Anemia según Hb. en sangre. Eisar Wilde. Año 2013 ...	69
Tabla 61. Embarazadas con y sin Anemia según edad consignada. ....	70
Tabla 62. Número de controles médicos del embarazo realizados. ....	71
Tabla 63. Número de controles médicos del embarazo realizados según edad gestacional.....	72
Tabla 64. Mujeres embarazadas según N° de Embarazos.....	73
Tabla 65. Controles realizados hasta la fecha y número de embarazos anteriores...	74
Tabla 66. Correlación entre número de embarazos y de controles realizados. ....	74
Tabla 67. Porcentaje de Embarazadas con Primigesta .....	75
Tabla 68. Porcentaje de embarazadas según el tiempo que transcurrió desde su último embarazo.....	76
Tabla 69. Porcentaje de Embarazadas que ingieren hierro medicamentoso. ....	76
Tabla 70. Controles realizados y consumo actual de hierro medicamentoso .....	77
Tabla 71. Porcentaje de Embarazadas que ingieren Ac. Fólico .....	77
Tabla 72. Porcentaje de Embarazadas que tomaron Ac. Fólico antes de quedar embarazadas.....	78
Tabla 73. Embarazadas que fuman actualmente .....	79
Tabla 74. Porcentaje de embarazadas según condición de NBI. ....	80
Tabla 75. Porcentaje de embarazadas según condición de NBI y edad consignada..	81
Tabla 76. Porcentaje de embarazadas según nivel educativo y edad consignada. EISAR Wilde. Año 2013 .....	82
Tabla 77. Porcentaje de embarazadas según tipo de hogar agrupado y edad consignada .....	82
Tabla 78. Porcentaje de embarazadas que cumplen condición de NBI o no según reciban bolsas o cajas de alimentos. ....	83

Tabla 79. Porcentaje de embarazadas que cumplen condición de NBI o no según reciban tickets o vales de programas. ....	83
Tabla 80. Porcentaje de embarazadas según pobreza e indigencia. ....	84
Tabla 81. Porcentaje de embarazadas según cobertura de salud.....	85
Tabla 82. Porcentaje de embarazadas según la cuadra en la que se encuentra la vivienda.....	86
Tabla 83. Porcentaje de embarazadas según provisión de agua. ....	87
Tabla 84. Porcentaje de embarazadas según tenga baño o letrina y tipo de desagüe	88
Tabla 85. Porcentaje de embarazadas con baño con descarga de agua y desagüe del inodoro .....	88
Tabla 86. Porcentaje de embarazadas según tengan cuarto de cocina con o sin instalación de agua.....	89
Tabla 87. Porcentaje de embarazadas según principal combustible para cocinar.....	89
Tabla 88. Porcentaje de embarazadas según principal combustible para calefaccionarse.....	90
Tabla 89. Adecuación de la ingesta de proteínas en embarazadas .....	91
Tabla 90. Adecuación de la ingesta de proteínas en embarazadas .....	91
Tabla 91. Adecuación de la ingesta de folato en embarazadas.....	92
Tabla 92. Adecuación de la ingesta de Zinc en embarazadas.....	92
Tabla 93. Porcentaje de embarazadas con Ingestas inadecuadas de nutrientes seleccionados según NBI.....	93
Tabla 94. Distribución de AM por sexo .....	95
Tabla 95. Distribución del Estado Nutricional de AM según categoría del MNA .....	96
Tabla 96. Adultos Mayores según sexo y Línea de pobreza e indigencia.....	97
Tabla 97. Porcentaje de Adultos Mayores según NBI y sexo. ....	98
Tabla 98. Distribución de los Adultos Mayores según tipo de Hogar y sexo .....	99
Tabla 99. Distribución de los AM según País de Nacimiento y Sexo .....	100
Tabla 100. Distribución de los AM según si convive en pareja o matrimonio y sexo..	101
Tabla 101. Pérdida de peso de los AM en los últimos 3 meses según sexo.....	102
Tabla 102. Diagnóstico nutricional según IMC en AM.....	104
Tabla 103. Prevalencia de Hipercolesterolemia en AM evaluados.....	105
Tabla 104. Prevalencia de HTA en AM evaluados.....	105
Tabla 105. Prevalencia de Hiperglucemia en AM evaluados.....	105
Tabla 106. Prevalencia de Circunferencia de la Cintura elevada en AM evaluados..	106
Tabla 107. Prevalencia de Factores de Riesgo en AM con circunferencia de la cintura elevada. ....	107
Tabla 108. Número de comidas completas diarias del AM según sexo. ....	108
Tabla 109. Consumo de lácteos al menos una vez al día según sexo.....	110
Tabla 110. Consumo de huevos y legumbres (dos porciones o más por semana) según sexo. ....	111
Tabla 111. Consumo diario de carnes, pescados o aves según sexo.....	112
Tabla 112. Consumo de frutas o verduras al menos 2 veces al día según sexo. ....	113
Tabla 113. Forma de alimentarse según sexo. ....	114
Tabla 114. Percepción del estado nutricional según sexo.....	115
Tabla 115. Adultos Mayores desnutridos y la percepción de tal condición según sexo. ....	116
Tabla 116. Cobertura médica más frecuentemente usada .....	118
Tabla 117 Nivel educativo que cursa o cursó el AM. ....	118

## Índice de gráficos

Gráfico 1. Niños evaluados. Distribución por sexo.....	10
Gráfico 2. Distribución según edad agrupada de niños < 6 años .....	11
Gráfico 3. Distribución según edad agrupada de la madre .....	12
Gráfico 4. Distribución según Nivel educativo de la madre y/o tutores.....	13
Gráfico 5. Condición de actividad de la madre .....	14
Gráfico 6. Tipo de actividad de madre y/o tutores.....	15
Gráfico 7. Porcentaje de Hogares que recibe AUH.....	16
Gráfico 8. Características de la cuadra donde se encuentra la vivienda.....	17
Gráfico 9. Tipo de Vivienda según clasificación Acumar. ....	18
Gráfico 10. Condición de Vivienda Deficitaria .....	18
Gráfico 11. Material predominante del techo.....	19
Gráfico 12. Vivienda con Heladera para conservar alimentos .....	20
Gráfico 13. Familias que comparten su heladera.....	21
Gráfico 14. Tipo de agua en la Vivienda.....	22
Gráfico 15. Procedencia del Agua .....	22
Gráfico 16. Vivienda con Servicio Sanitario.....	23
Gráfico 17. Vivienda con Cloacas .....	24
Gráfico 18. Niños que viven en Hogares con NBI .....	25
Gráfico 19. Niños que viven en Hogares con Hacinamiento.....	25
Gráfico 20. Niños que viven por debajo de la Línea de pobreza e indigencia.....	26
Gráfico 21. Distribución según semanas de gestación .....	27
Gráfico 22. Distribución según rangos de peso al nacer.....	28
Gráfico 23. Proporción de rangos de edad de peso al nacer según.....	29
Gráfico 24. Diagnostico Nutricional de niños y niñas según peso al nacer. ....	30
Gráfico 25. Niños según diagnostico nutricional.....	32
Gráfico 26. Distribución Peso/Edad. Niños menores de 6 años. ....	34
Gráfico 27. Distribución de Peso/Edad según sexo. Niños menores de 6 años .....	34
Gráfico 28. Talla-Longitud/Edad. Niños menores de 6 años.....	35
Gráfico 29. Talla-Longitud/Edad según sexo. Niños menores de 6 años.....	35
Gráfico 30. IMC/Edad. Niños menores de 6 años. ....	36
Gráfico 31. IMC/Edad según sexo. Niños menores de 6 años. ....	36
Gráfico 32. Prevalencia de niños con o sin anemia .....	38
Gráfico 33. Prevalencia de anemia en niños y niñas según grupos de edad.....	39
Gráfico 34. Porcentaje de niños según toman hierro medicamentoso .....	39
Gráfico 35. Porcentaje de Niños/as anémicos según indicadores de pobreza. ....	41
Gráfico 36. Distribución de niños que actualmente toman pecho.....	42
Gráfico 37. Distribución de niños según edad que dejaron el pecho.....	43
Gráfico 38. Distribución de niños según edad en que incorporó leche diferente a la materna.....	44
Gráfico 39. Distribución de niños según edad en que incorporó el primer alimento. ....	45
Gráfico 40. Distribución de niños según por quien orientó la decisión de incorporar la alimentación complementaria.....	46
Gráfico 41. Edad de incorporación de leche diferente a la materna y alimentación complementaria .....	47



Gráfico 42. Mediana de Energía y de nutrientes seleccionados en niños y niñas menores de 2 años de Wilde. Comparación con ENNyS.....	50
Gráfico 43. Mediana de Energía y de nutrientes seleccionados en niños y niñas de 2 a 5 años de Wilde. Comparación con ENNyS .....	52
Gráfico 44. Valores de la mediana de ingesta de Energía y Proteínas según línea de pobreza e indigencia .....	54
Gráfico 45. Valores de la Mediana de ingesta de Hierro, Zinc y Vit C según Línea de Pobreza e Indigencia.....	54
Gráfico 46. Valores de la Mediana de ingesta de Calcio, folatos y Vitamina A según línea de pobreza e indigencia. ....	55
Gráfico 48. Adecuación de la ingesta de proteínas en niños .....	56
Gráfico 47. Adecuación de la ingesta de energía en niños .....	56
Gráfico 49. Adecuación de la ingesta de calcio en niños .....	57
Gráfico 50. Adecuación de la ingesta de hierro en niños.....	58
Gráfico 51. Adecuación de la ingesta de Zinc en niños .....	59
Gráfico 52. Adecuación de la ingesta de folatos en niños .....	60
Gráfico 53. Adecuación de la ingesta de Vitamina A en niños.....	61
Gráfico 54. Adecuación de la ingesta de Vitamina C .....	62
Gráfico 55. Edad de las mujeres embarazadas por rangos .....	66
Gráfico 56. . Diagnóstico nutricional antropométrico según IMC en embarazadas.....	68
Gráfico 57. Embarazadas con Anemia según Hb. en sangre. ....	69
Gráfico 58. Comparación de prevalencias de Anemia en embarazadas entre estudios de la DGSA y ENNyS .....	70
Gráfico 59. Anemia en embarazadas según edad consignada.....	71
Gráfico 60. Número de controles médicos del embarazo realizados.....	72
Gráfico 61. Porcentaje de Embarazadas con Primigesta.....	75
Gráfico 62. Porcentaje de Embarazadas que ingieren hierro medicamentoso. ....	77
Gráfico 63. Porcentaje de Embarazadas que ingieren Ac. Fólico.....	78
Gráfico 64. Porcentaje de Embarazadas que tomaron Ac. Fólico antes de quedar embarazadas .....	79
Gráfico 65. Porcentaje de embarazadas que fuman actualmente según edad consignada. ....	80
Gráfico 66. Porcentaje de embarazadas según condición de NBI.....	81
Gráfico 67. Porcentaje de embarazadas según pobreza e indigencia. ....	84
Gráfico 68. Porcentaje de embarazadas según cobertura de salud. ....	85
Gráfico 69. Porcentaje de embarazadas según tipo de vivienda .....	85
Gráfico 70. Porcentaje de embarazadas según tipo de vivienda.....	86
Gráfico 71. . Porcentaje de embarazadas según la cuadra en la que se encuentra la vivienda.....	86
Gráfico 72. Porcentaje de embarazadas según provisión de agua. ....	87
Gráfico 73. Porcentaje de embarazadas con baño con descarga de agua y desagüe del inodoro .....	88
Gráfico 74. Porcentaje de embarazadas según tengan cuarto de cocina con o sin instalación de agua.....	89
Gráfico 75. Porcentaje de embarazadas según principal combustible para cocinar ....	90
Gráfico 76. Porcentaje de embarazadas según principal combustible utilizado para calefaccionar.....	91
Gráfico 77. Inadecuación en la ingesta de nutrientes seleccionados en embarazadas	92

Gráfico 78. Porcentaje de embarazadas con Ingestas inadecuadas de nutrientes seleccionados según NBI.....	94
Gráfico 79. Distribución de AM por sexo .....	95
Gráfico 80. Distribución del Estado Nutricional de AM según categoría del MNA .....	96
Gráfico 81. Adultos Mayores según sexo y Línea de pobreza e indigencia .....	97
Gráfico 82. Porcentaje de Adultos Mayores según NBI y sexo. ....	98
Gráfico 83. Distribución de los Adultos Mayores según tipo de Hogar y sexo .....	100
Gráfico 84. Distribución de los AM según País de Nacimiento y Sexo.....	101
Gráfico 85. . Distribución de los AM según si convive en pareja o matrimonio y sexo .....	102
Gráfico 86. Pérdida de peso de los AM en los últimos 3 meses según sexo .....	103
Gráfico 87. Diagnóstico nutricional según IMC en AM.....	104
Gráfico 88. Prevalencia de Factores de riesgo seleccionados en AM.....	106
Gráfico 89. Prevalencia de Circunferencia de la Cintura elevada en AM evaluados. ....	107
Gráfico 90. . Prevalencia de Factores de Riesgo en AM con circunferencia de la cintura elevada. ....	108
Gráfico 91. Número de comidas completas diarias del AM según sexo.....	109
Gráfico 92. Consumo de lácteos al menos una vez al día según sexo. ....	110
Gráfico 93. Consumo de huevos y legumbres (dos porciones o más por semana) según sexo. ....	111
Gráfico 94. Consumo diario de carnes, pescados o aves según sexo. ....	112
Gráfico 95. Consumo de frutas o verduras al menos 2 veces al día según sexo.....	113
Gráfico 96. Forma de alimentarse según sexo.....	114
Gráfico 97. Percepción del estado nutricional según sexo .....	115
Gráfico 98. Adultos Mayores desnutridos y la percepción de tal condición según sexo. ....	116

## I. Introducción

En el marco del EISAR, el componente de Nutrición evaluó en Wilde un total de 698 niños y niñas menores de 6 años, un total de 39 embarazadas y 232 adultos mayores (AM).

En niños/as y embarazadas se realizó una encuesta nutricional y alimentaria. En AM se realizó la evaluación nutricional con un instrumento validado internacionalmente Mini Nutritional Assessment (MNA) que permite una valoración del anciano sencilla, práctica y breve. La evaluación nutricional se complementa con la determinación de factores de riesgo cardiovasculares (medición de tensión arterial, colesterolemia y glucemia realizada por el personal del Componente de Cuidarse en Salud)

Para todos los grupos de edad evaluados se determinó la hemoglobina capilar (realizada por el personal del Componente de Toxicología). El siguiente informe presenta resultados del diagnóstico nutricional y su relación con las demás variables relevadas.

El trabajo de campo se desarrolló durante el período que fue del 25/02//2013 al 29/04/2013 y el cronograma se llevó a cabo de acuerdo a lo programado, salvo unos pocos días que por razones climáticas u operativas, no se pudo cumplir estrictamente.

## II. Evaluación de niños/as menores de 6 años

El siguiente análisis se realiza sobre 686 niños. Nutricionistas administraron una encuesta en donde relevaron datos nutricionales. De la misma surgen los siguientes datos:

### Descripción según edad y sexo

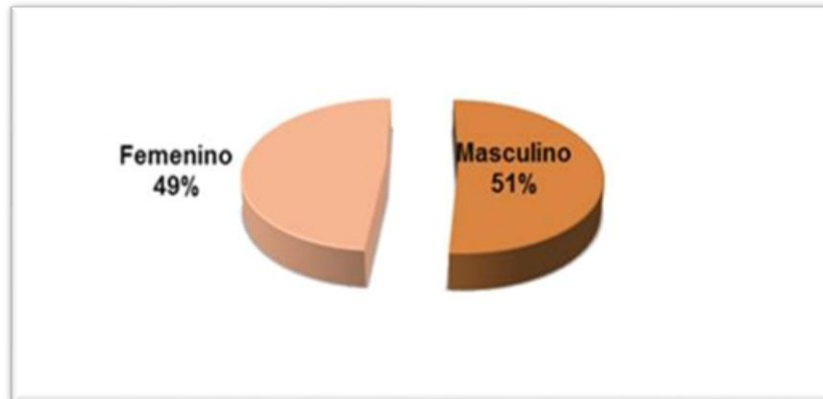
### Distribución por sexo de los niños/as evaluados

Tabla 1. Niños evaluados. Distribución por sexo.

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	353	51,5
Femenino	333	48,5
Total	686	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

Gráfico 1. Niños evaluados. Distribución por sexo.



Fuente: DGSA, 2013.

#### Distribución según edad de los niños/as evaluados

Tabla 2. Distribución según edad de los niños.

Edad	Frecuencia	%
0 (<1año)	118	17,2
1	127	18,5
2	121	17,6
3	114	16,6
4	120	17,5
5 (5 años y 11 meses)	86	12,5
Total	686	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

Gráfico 2. Distribución según edad agrupada de niños < 6 años



Fuente: DGSA, 2013

Con relación a la distribución de < 1 año y hasta los 5 años y 11 meses cumplidos, se observa básicamente la homogeneidad en los porcentajes para cada grupo, siendo el más bajo el de 5 a 11 meses.

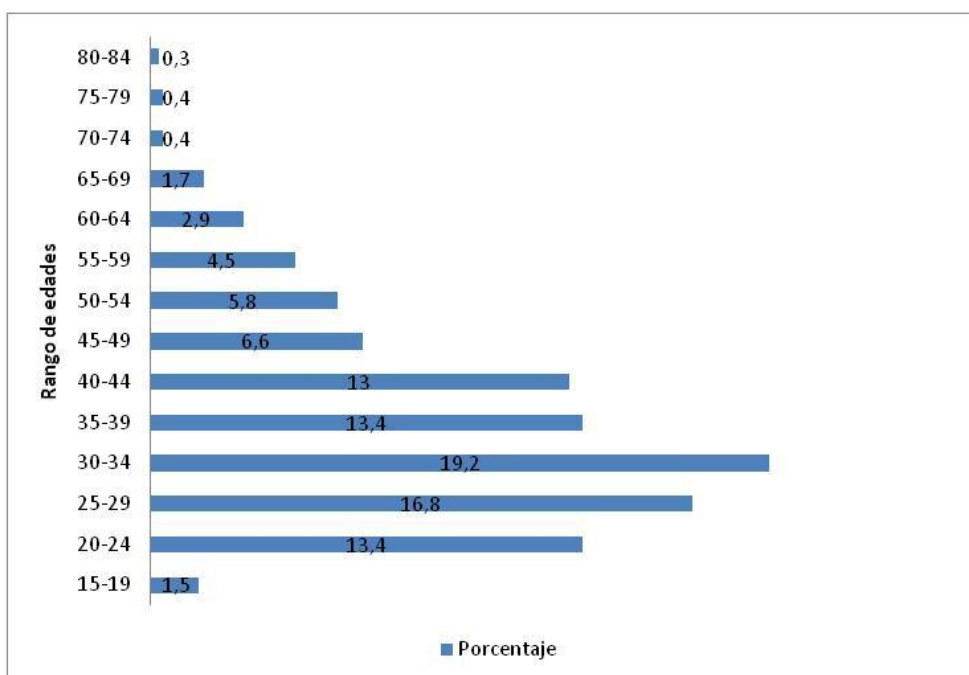
#### Distribución según edad agrupada de las madres y/o tutores

Tabla 3. Distribución según edad agrupada de las madres y/o tutores

	Frecuencia	%
15-19	10	1,5
20-24	92	13,4
25-29	115	16,8
30-34	132	19,2
35-39	92	13,4
40-44	89	13,0
45-49	45	6,6
50-54	40	5,8
55-59	31	4,5
60-64	20	2,9
65-69	12	1,7
70-74	3	,4
75-79	3	,4
80-84	2	,3
<b>Total</b>	<b>686</b>	<b>100,0</b>

Fuente: DGSA, 2013

Gráfico 3. Distribución según edad agrupada de la madre



Fuente: DGSA, 2013

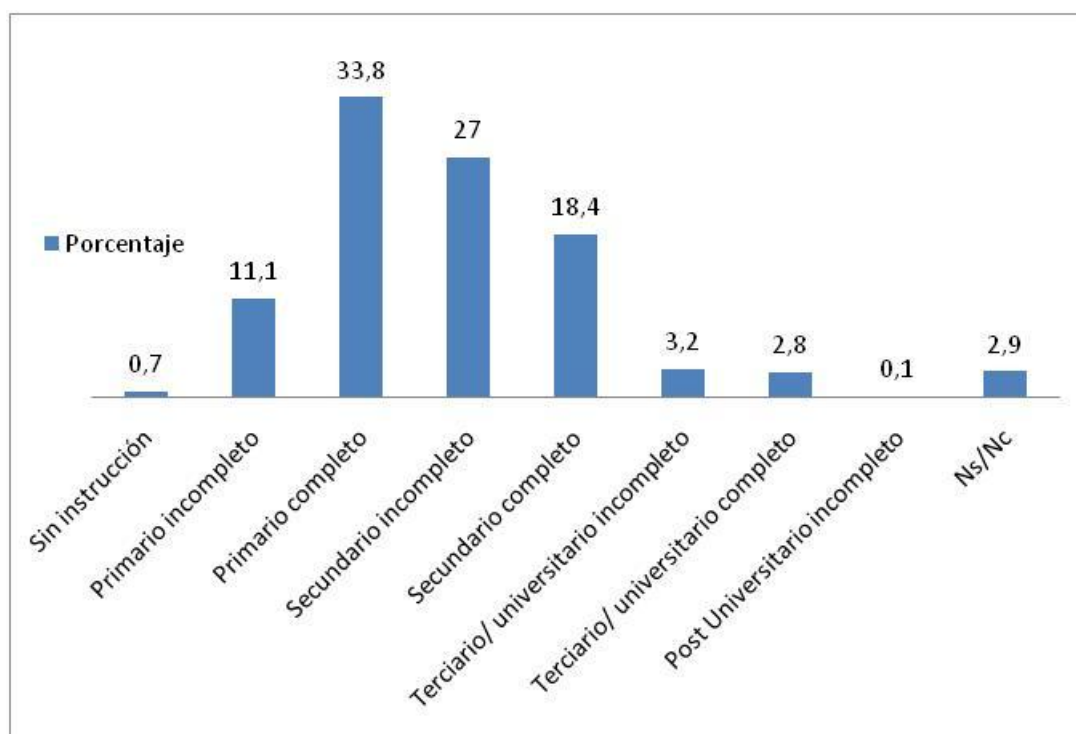
El 49,4% de los niños encuestados tienen madres con edades entre los 20 a 34 años, solo el 1,5% de los niños tienen madres adolescentes al momento de la encuesta.

Tabla 4. Nivel Educativo de las madres o tutores

Nivel Educativo	Frecuencia	%
Sin instrucción	5	,7
Primario incompleto	76	11,1
Primario completo	232	33,8
Secundario incompleto	185	27,0
Secundario completo	126	18,4
Terciario/ universitario incompleto	22	3,2
Terciario/ universitario completo	19	2,8
Post Universitario incompleto	1	,1
Ns/Nc	20	2,9
Total	686	100,0

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 4. Distribución según Nivel educativo de la madre y/o tutores.



Fuente: DGSA, 2013

El 33,8% de las madres tienen el primario completo y el 18,4% terminaron el secundario. Se destaca que el 0,7% de las madres o tutores carecían de instrucción y el 11,1% no habían culminado la educación primaria.

Tabla 5. Condición de actividad de las madres y/o tutores

Condición de actividad	Frecuencia	%
Ocupado	442	64,4
Desocupado	43	6,3
Inactivo	201	29,3
Total	686	100,0

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 5. Condición de actividad de la madre



Fuente: DGSA, 2013

El 65% de las madres estaban con algún tipo de ocupación. El 6% refirió estar desocupada.

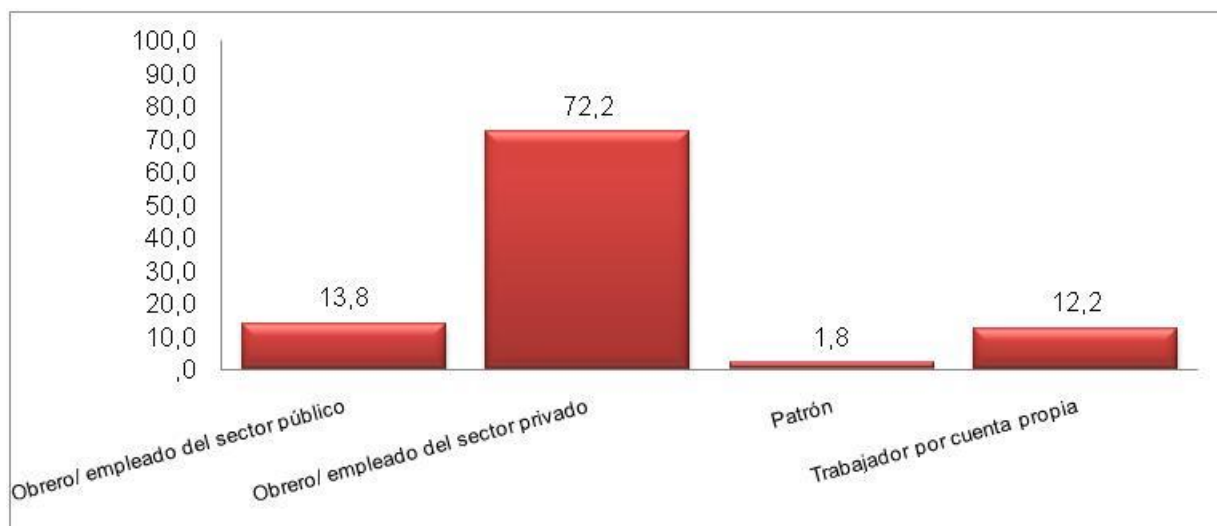
Tabla 6. Tipo de actividad de madres y/o tutores

Categoría ocupacional	Frecuencia	%	% válido
Obrero/ empleado del sector público	61	8,9	13,8
Obrero/ empleado del sector privado	319	46,5	72,2
Patrón	8	1,2	1,8
Trabajador por cuenta propia	54	7,9	12,2
<b>Total</b>	442	64,4	100,0
<b>SD/NA</b>	244	35,6	
<b>Total</b>	686	100,0	

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica



Gráfico 6. Tipo de actividad de madre y/o tutores.



Fuente: DGSA, 2013

El 72,2% de las madres o tutores refirieron ser obreros o empleados del sector privado. El 13,8% trabajan en el sector público y el 12,2% por cuenta propia.

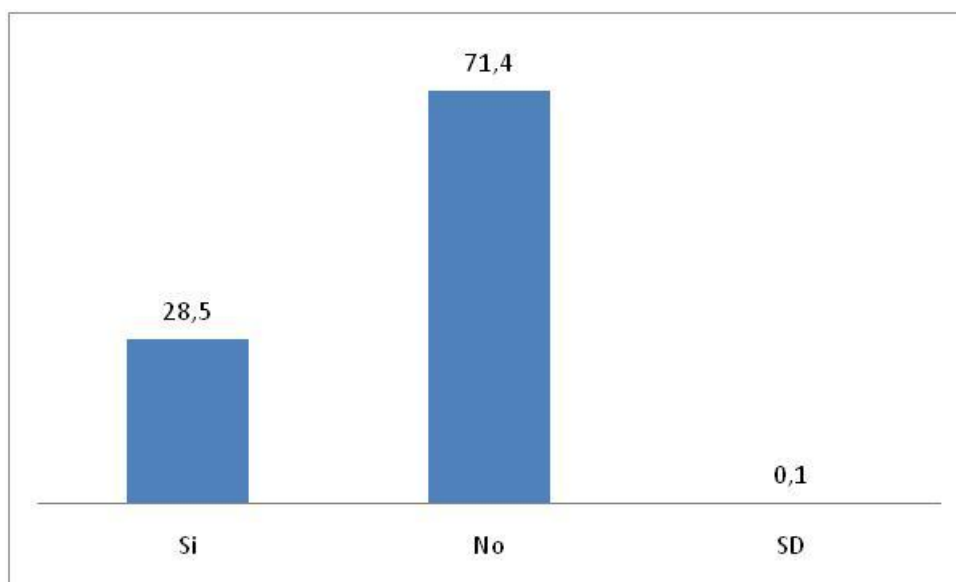
Condiciones del Hogar del niño, el entorno, el contexto socioeconómico.

Tabla 7. Hogares que reciben asignación universal por hijo.

	Frecuencia	%	% válido
Si	277	22,9	28,5
No	693	57,2	71,4
SD	1	,1	,1
Total	971	80,2	100,0
Sistema	240	19,8	
Total	1211	100,0	

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 7. Porcentaje de Hogares que recibe AUH.



Fuente: DGSA, 2013

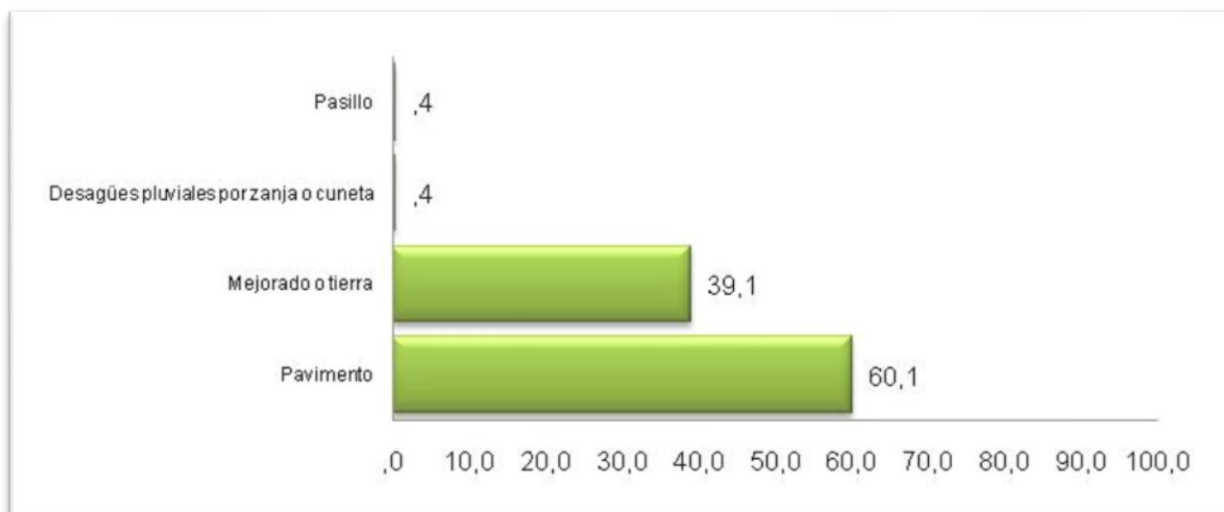
El 71,5% de los casos, refirieron no recibir en el Hogar la AUH.

Tabla 8. Características de la cuadra donde se encuentra la vivienda.

Características de la cuadra de la vivienda	Frecuencia	%
Pavimento	412	60,1
Mejorado o tierra	268	39,1
Desagües pluviales por zanja o cuneta	3	,4
Pasillo	3	,4
Total	686	100,0

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 8. Características de la cuadra donde se encuentra la vivienda.



Fuente: DGSA, 2013

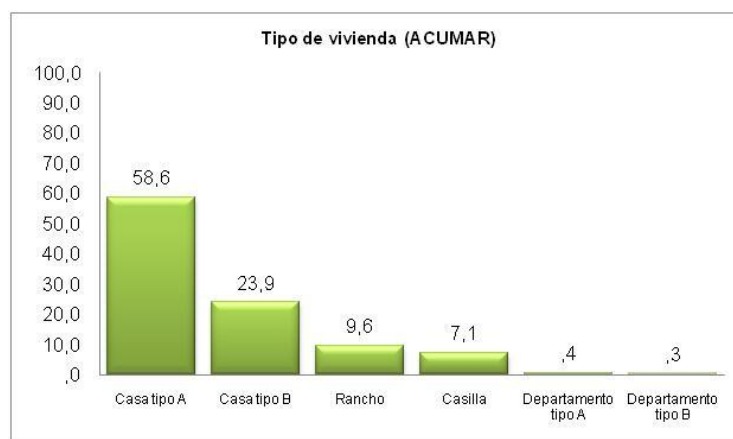
Es de destacar que el 39% de los niños/as se encuentran en hogares/viviendas sobre calles de mejorado o tierra, y solo el 60% sobre pavimento, elemento que incide negativamente en la calidad ambiental del entorno.

Tabla 9. Tipo de vivienda.

	Frecuencia	%	% válido
<b>Casa tipo A</b>	402	58,6	58,6
<b>Casa tipo B</b>	164	23,9	23,9
<b>Rancho</b>	66	9,6	9,6
<b>Casilla</b>	49	7,1	7,1
<b>Departamento tipo A</b>	3	,4	,4
<b>Departamento tipo B</b>	2	,3	,3
<b>Total</b>	686	100,0	100,0

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 9. Tipo de Vivienda según clasificación Acumar.



Fuente: DGSA, 2013

De acuerdo al glosario consensuado ACUMAR, se entiende por **Casa tipo B** a la vivienda que presenta al menos una de las siguientes condiciones deficitarias: tiene piso de tierra o ladrillo suelto u otro material (no tiene piso de cerámica, baldosa, mosaico, mármol, madera, alfombra, cemento o ladrillo fijo); o no tiene provisión de agua por cañería dentro de la vivienda o no dispone de inodoro con descarga de agua. Con esta lógica se observa que el 24% de las viviendas (casas y dptos.) tienen esta característica.

Tabla 10. Condición de Vivienda Deficitaria.

Vivienda deficitaria	Frecuencia	%
No	407	59,3
Si	279	40,7
<b>Total</b>	<b>686</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 10. Condición de Vivienda Deficitaria



Fuente: DGSA, 2013

Se entiende por vivienda deficitaria a las casas tipo B, ranchos y casillas, los hogares en casas de inquilinatos, los locales no construidos para habitación, y las viviendas móviles.

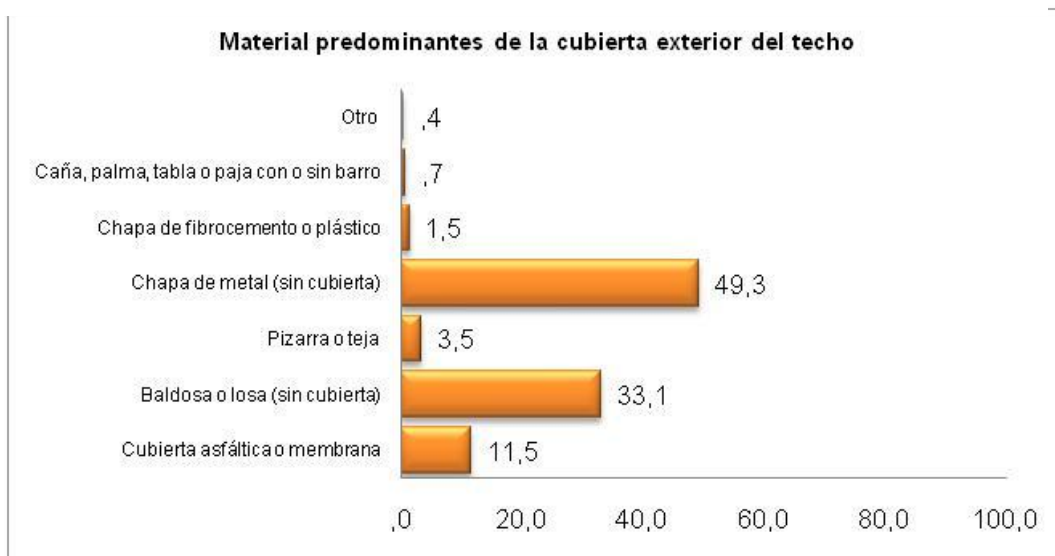
En este sentido se ha observado que el 41% de los niños/as habitan viviendas de estas características.

Tabla 11. Material predominante del techo. EISAR Wilde. 2013

Material predominante de la cubierta exterior del techo	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Cubierta asfáltica o membrana	79	11,5	11,5	11,5
Baldosa o losa (sin cubierta)	227	33,1	33,1	44,6
Pizarra o teja	24	3,5	3,5	48,1
Chapa de metal (sin cubierta)	338	49,3	49,3	97,4
Chapa de fibrocemento o plástico	10	1,5	1,5	98,8
Caña, palma, tabla o paja con o sin barro	5	,7	,7	99,6
Otro	3	,4	,4	100,0
Total	686	100,0	100,0	

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 11. Material predominante del techo



Fuente: DGSA, 2013

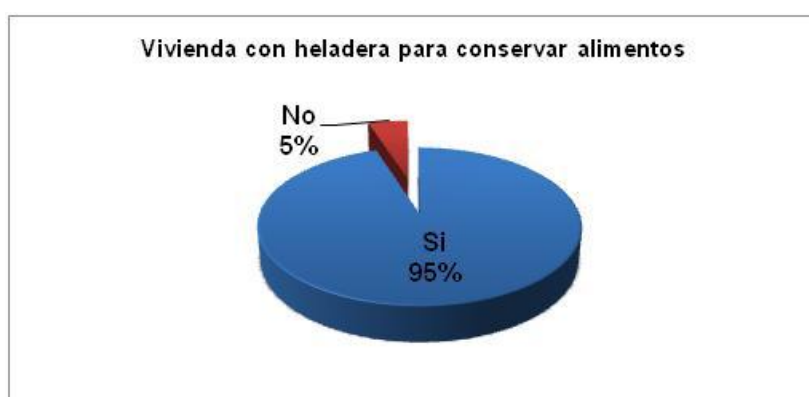
El 49,3% de los niños viven en una vivienda donde el material predominante del techo es chapa de metal.

Tabla 12. Vivienda con Heladera para conservar alimentos.

Vivienda con heladera	Frecuencia	%
<b>Si</b>	652	95,0
<b>No</b>	34	5,0
<b>Total</b>	686	100,0

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 12. Vivienda con Heladera para conservar alimentos



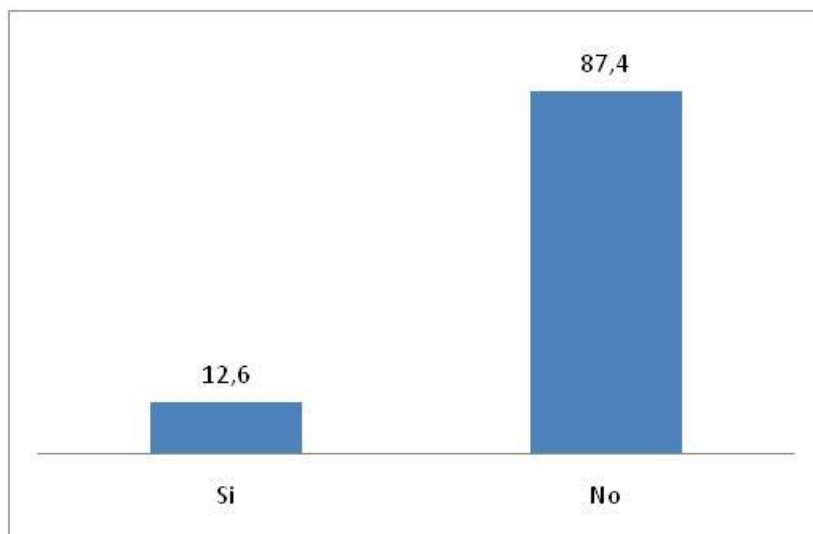
Fuente: DGSA, 2013

Tabla 13. Familias que comparten su heladera

Familias que comparten su heladera con otras familias o vecinos	Frecuencia	%	% válido
Si	82	12,0	12,6
No	570	83,1	87,4
Total	652	95,0	100,0
Sistema	34	5,0	
<b>Total</b>	686	100,0	

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 13. Familias que comparten su heladera.



Fuente: DGSA, 2013

Se observó que un 12% de los niños/as viven en hogares/familias en donde se comparte la heladera para conservar alimentos, es razonable pensar que es ese porcentaje el déficit de heladera en estos grupos.

Tabla 14. Tipo de agua en la Vivienda.

Tiene agua	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
<b>Por cañería dentro de la vivienda</b>	602	87,8	87,8	87,8
<b>Fuera de la vivienda pero dentro del terreno</b>	76	11,1	11,1	98,8
<b>Fuera del terreno</b>	8	1,2	1,2	100,0
<b>Total</b>	686	100,0	100,0	

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 14. Tipo de agua en la Vivienda.



Fuente: DGSA, 2013.

Tabla 15. Procedencia del Agua. EISAR Wilde. 2013

Procedencia del Agua.	Frecuencia	%
Red pública	682	99,4
Perforación con bomba a motor	2	,3
Perforación con bomba manual	1	,1
Pozo	1	,1
<b>Total</b>	<b>686</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 15. Procedencia del Agua



Fuente: DGSA, 2013.



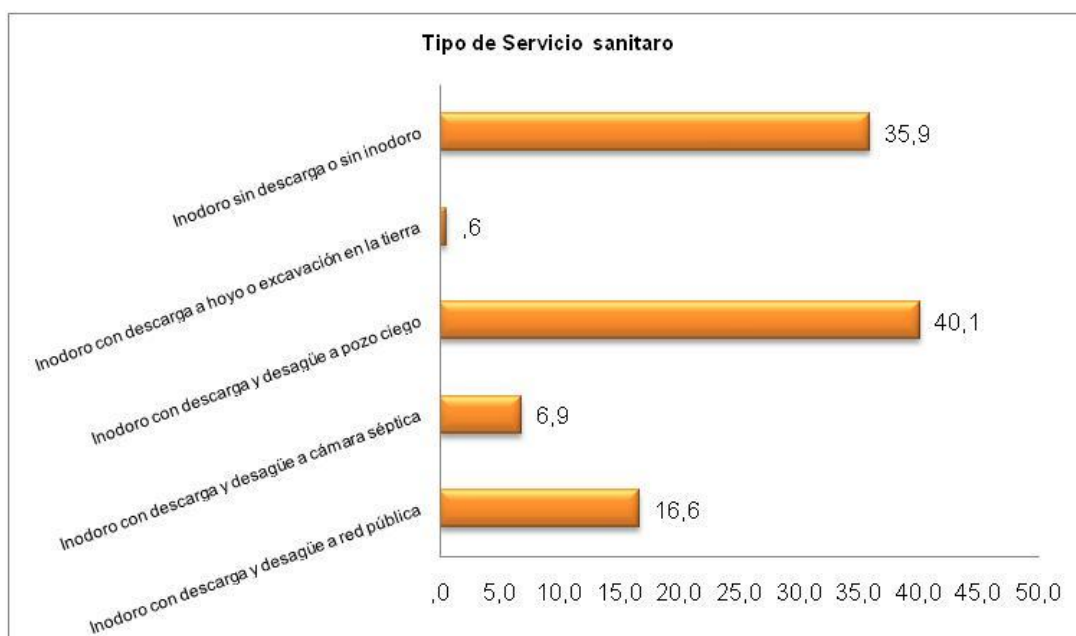
Como se observa, no todos los niños/as encuestados tienen en sus casas agua, el 13%, se provee de la misma por cañerías o servicios fuera de la casa y dentro del terreno y fuera de la casa y del terreno, de todas maneras se ve que a pesar de lo expuesto el 99,4% del agua viene por red pública.

Tabla 16. Vivienda con Servicio Sanitario

Servicio sanitario	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Inodoro con descarga y desagüe a red pública	114	16,6	16,6	16,6
Inodoro con descarga y desagüe a cámara séptica	47	6,9	6,9	23,5
Inodoro con descarga y desagüe a pozo ciego	275	40,1	40,1	63,6
Inodoro con descarga a hoyo o excavación en la tierra	4	,6	,6	64,1
Inodoro sin descarga o sin inodoro	246	35,9	35,9	100,0
<b>Total</b>	<b>686</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 16. Vivienda con Servicio Sanitario.



Fuente: DGSA, 2013.

Según se observa en el gráfico anterior el 40,1 % de los niños/as viven en casas que poseen inodoros con descarga y desagüe a pozo ciego. Se observa que la descarga

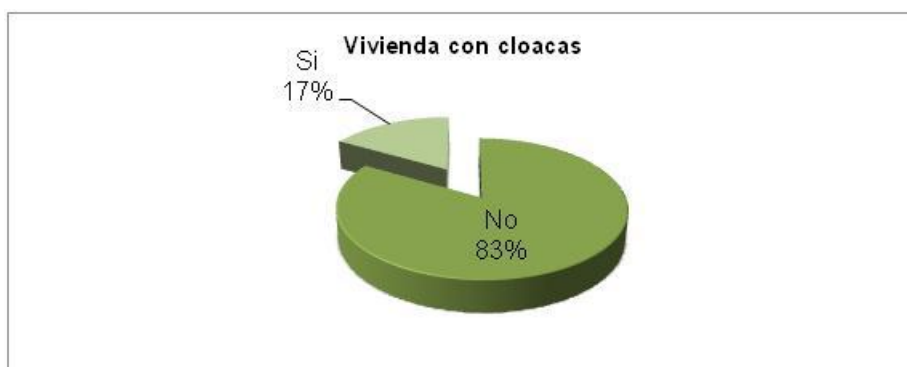
de inodoro a hoyo o excavación de tierra (0,6%) o sin inodoros asciende al 35,9%, aumentando la vulnerabilidad de los mismos desde el punto de vista ambiental. La tabla siguiente muestra que el 83% no tienen cloacas.

Tabla 17. Vivienda con Cloacas

Vivienda con cloacas	Frecuencia	%	% válido
No	572	83,4	83,4
Si	114	16,6	16,6
<b>Total</b>	<b>686</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 17. Vivienda con Cloacas



Fuente: DGSA, 2013.

Tabla 18. Niños que viven en Hogares con NBI.

Niños/as que viven en hogares con NBI	Frecuencia	%	% válido
Sin NBI	196	28,6	28,7
Con NBI	488	71,1	71,3
<b>Total</b>	<b>684</b>	<b>99,7</b>	<b>100,0</b>
<b>Sistema</b>	<b>2</b>	<b>,3</b>	
<b>Total</b>	<b>686</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 18. Niños que viven en Hogares con NBI



Fuente: DGSA, 2013.

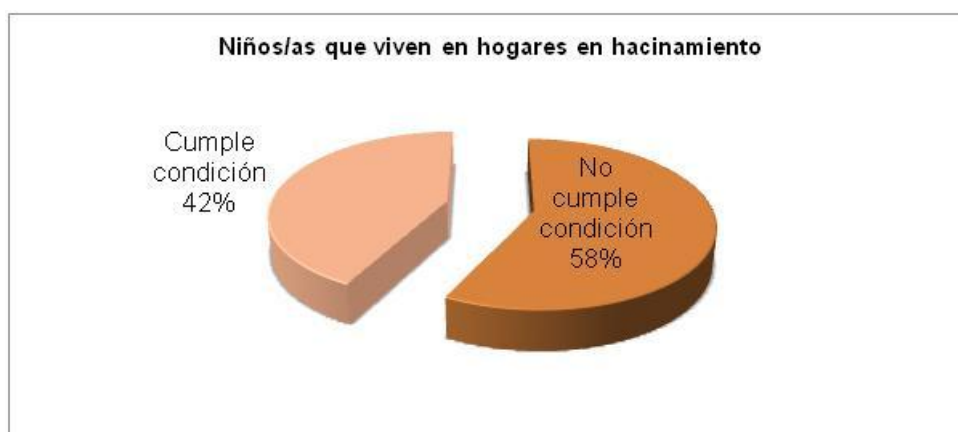
El 71% de los niños viven en Hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas.

Tabla 19. Niños que viven en Hogares con Hacinamiento.

Niños/as que viven en hogares con hacinamiento (INDEC)	Frecuencia	%	% válido
No cumple condición	395	57,6	57,6
Cumple condición	291	42,4	42,4
<b>Total</b>	<b>686</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 19. Niños que viven en Hogares con Hacinamiento



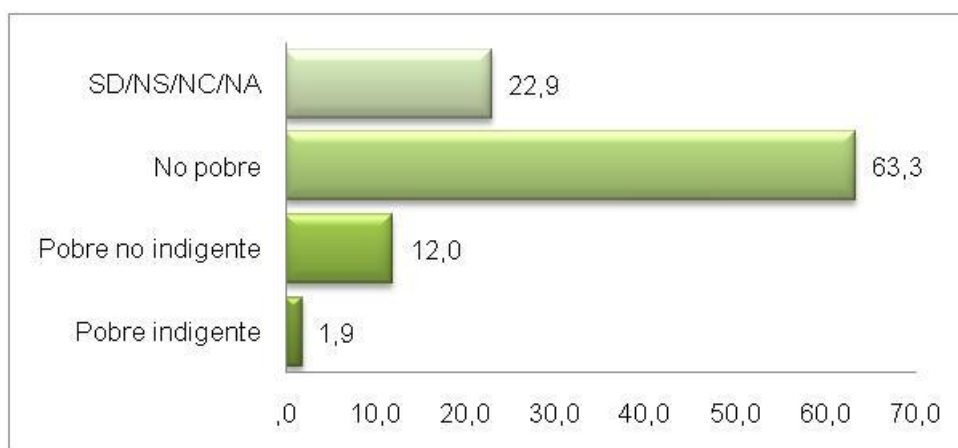
Fuente: DGSA, 2013.

Tabla 20. Niños que viven por debajo de la Línea de pobreza e indigencia.

Niños/as que viven por debajo de la Línea de pobreza e indigencia	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Pobre indigente	13	1,9	1,9	1,9
Pobre no indigente	82	12,0	12,0	13,8
No pobre	434	63,3	63,3	77,1
NS/NC/NA	157	22,9	22,9	100,0
<b>Total</b>	<b>686</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 20. Niños que viven por debajo de la Línea de pobreza e indigencia.



## Nacidos Pretérmino

Tabla 21. Distribución según semanas de gestación.

Semanas de gestación por rango		Frecuencia	%	% válido
Válidos	Menor o igual a 36 semanas (RNPT)	91	12,9	13,3
	37 a 42 semanas (RNT)	591	83,7	86,2
	Mayor a 42 semanas (RNPOSTT)	1	,1	,1
	SD/NA	3	,4	,4
	Total	686	97,2	100,0
Perdidos	Sistema	20	2,8	
Total		706	100,0	

RNPRET = Recién Nacido Pretermino \*

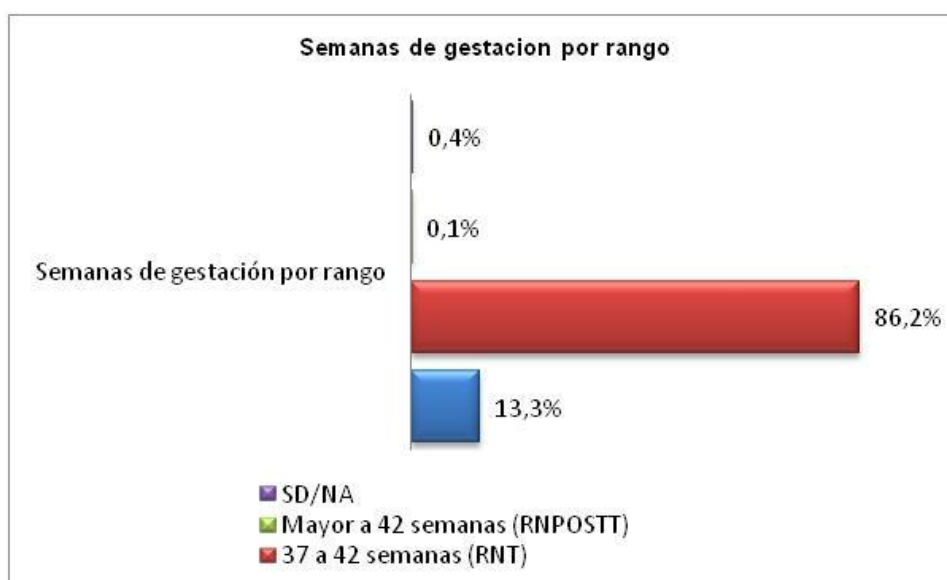
RNT = Recién Nacido a Terminio \*\*

RNPOTT = Recién Nacido Post Terminio \*\*\*

SD/NA = Sin Datos / No Aplica \*\*\*\*

Fuente: DGSA, 2013

Gráfico 21. Distribución según semanas de gestación



Fuente: DGSA, 2013

El 13,3% de los niños encuestados fueron prematuros

## Peso al Nacer

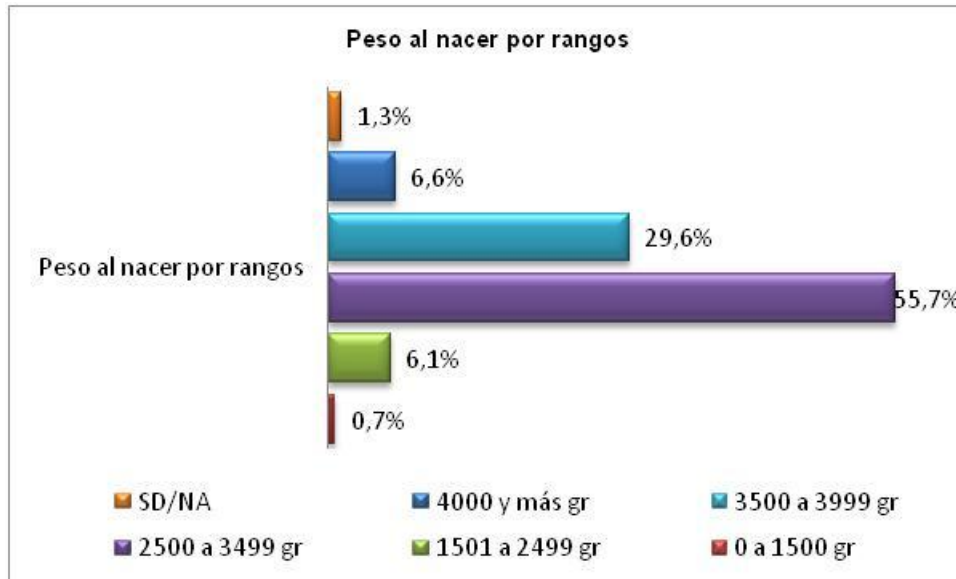
Tabla 22. Distribución según rangos de peso al nacer.

Peso al nacer por rangos		Frecuencia	%	% válido
Válidos	0 a 1500 gr	5	,7	,7
	1501 a 2499 gr	42	5,9	6,1
	2500 a 3499 gr	382	54,1	55,7
	3500 a 3999 gr	203	28,8	29,6
	4000 y más gr	45	6,4	6,6
	SD/NA	9	1,3	1,3
	Total	686	97,2	100,0
Perdidos	Sistema	20	2,8	
Total		706	100,0	

Fuente: DGSA, 2012.

Se registró que el 6,8 % de los niños presentaron bajo peso de nacimiento

Gráfico 22. Distribución según rangos de peso al nacer.

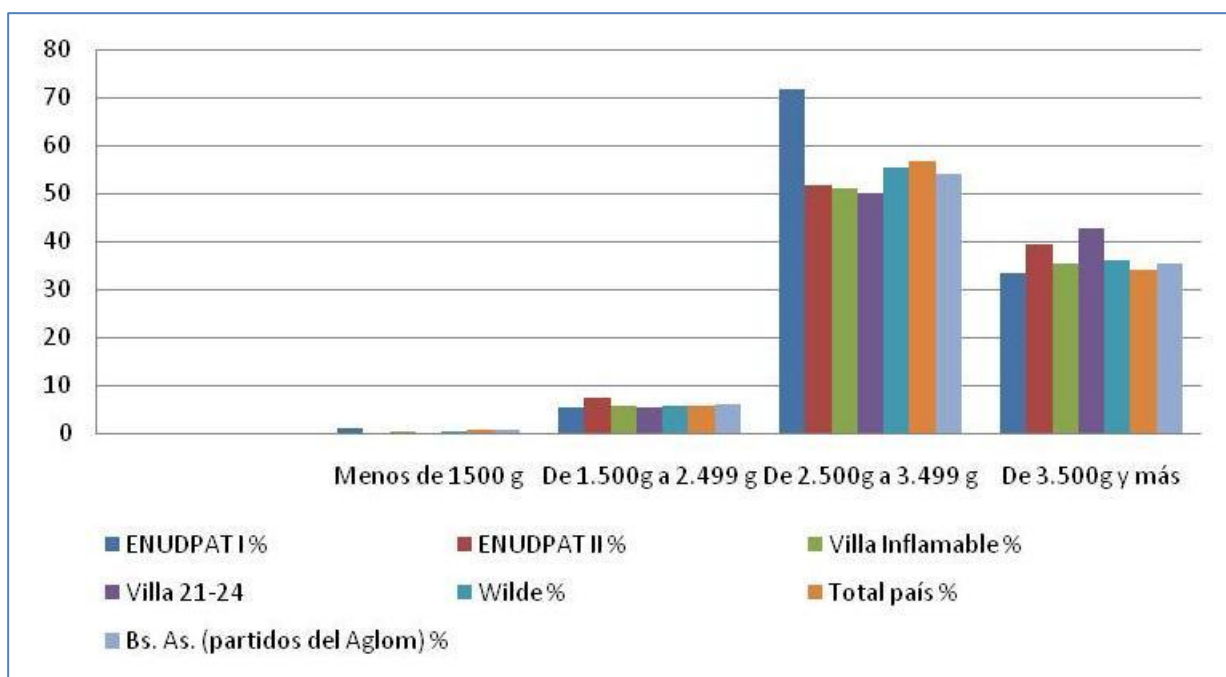


Fuente: DGSA, 2012

Tabla 23. Proporción de rangos de edad de peso al nacer según ENUDPAT I, ENUDPAT II, Villa Inflamable, Villa 21-24, Wilde, total país y provincia de Buenos Aires (partidos del conglomerado).

Peso al nacer	ENUDPAT I %	ENUDPAT II %	Villa Inflamable %	Villa 21-24 %	Wilde %	Total país %	Bs. As. (partidos del Aglom) %
Menos de 1500 g	1,5	0,5	0,8	1,2	0,7	1,1	1,1
De 1.500g a 2.499 g	5,5	7,7	5,9	5,5	6,1	6,1	6,3
De 2.500g a 3.499 g	71,9	51,9	51,4	50,3	55,7	57,1	54,5
De 3.500g y más	33,8	39,7	35,7	43,0	36,2	34,4	35,6

Gráfico 23. Proporción de rangos de edad de peso al nacer según ENUDPAT I, ENUDPAT II, Villa Inflamable, Villa 21-24, Wilde, total país y provincia de Buenos Aires (partidos del conglomerado).



Fuente: DGSA, 2013

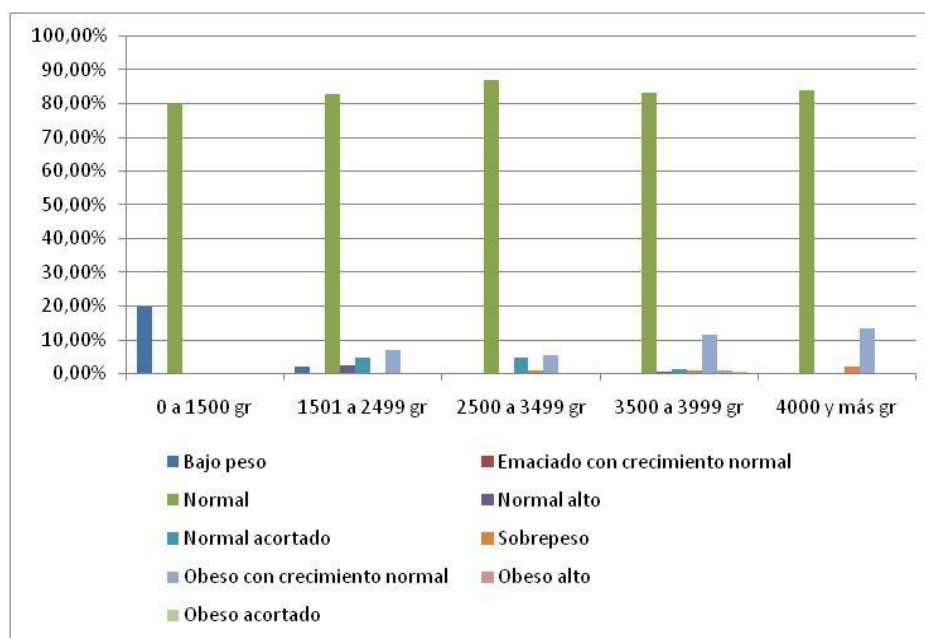
Porcentajes de Peso al nacer según los estudios realizados y estadísticas de total País y PBA.

Tabla 24. Diagnóstico Nutricional de niños y niñas según peso al nacer.

Diagnóstico	Peso al nacer									
	0 a 1500 gr		1501 a 2499 gr		2500 a 3499 gr		3500 a 3999 gr		4000 y más gr	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Bajo peso</b>	1	20,00%	1	2,40%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
<b>Emaciado con crecimiento normal</b>	0	0,00%	0	0,00%	2	0,50%	1	0,50%	0	0,00%
<b>Normal</b>	4	80,00%	34	82,90%	323	87,10%	169	83,30%	37	84,10%
<b>Normal alto</b>	0	0,00%	1	2,40%	1	0,30%	1	0,50%	0	0,00%
<b>Normal acortado</b>	0	0,00%	2	4,90%	18	4,90%	3	1,50%	0	0,00%
<b>Sobrepeso</b>	0	0,00%	0	0,00%	4	1,10%	2	1,00%	1	2,30%
<b>Obeso con crecimiento normal</b>	0	0,00%	3	7,30%	21	5,70%	24	11,80%	6	13,60%
<b>Obeso alto</b>	0	0,00%	0	0,00%	1	0,30%	2	1,00%	0	0,00%
<b>Obeso acortado</b>	0	0,00%	0	0,30%	1	0,50%	1	0,00%	0	0,00%
<b>Total</b>	5	100,00%	41	100,00%	371	100,00%	203	100,00%	44	100,00%

Fuente: DGSA, 2013.

Gráfico 24. Diagnostico Nutricional de niños y niñas según peso al nacer.



Fuente: DGSA, 2013



Se observa que es mayor la proporción de niños de bajo peso, en aquellos que tuvieron al nacer muy bajo peso. De igual modo se observan mayor proporción de niños acortados en aquellos que tuvieron al nacer bajo peso.

### Diagnostico nutricional

Para el diagnostico nutricional fue utilizada la clasificación de Waterloo para niños y niñas menores de 6 años. Vale aclarar que para los menores de un año se realizó una adaptación de dicha clasificación, surge de la misma el diagnostico de Bajo Peso y Sobrepeso.

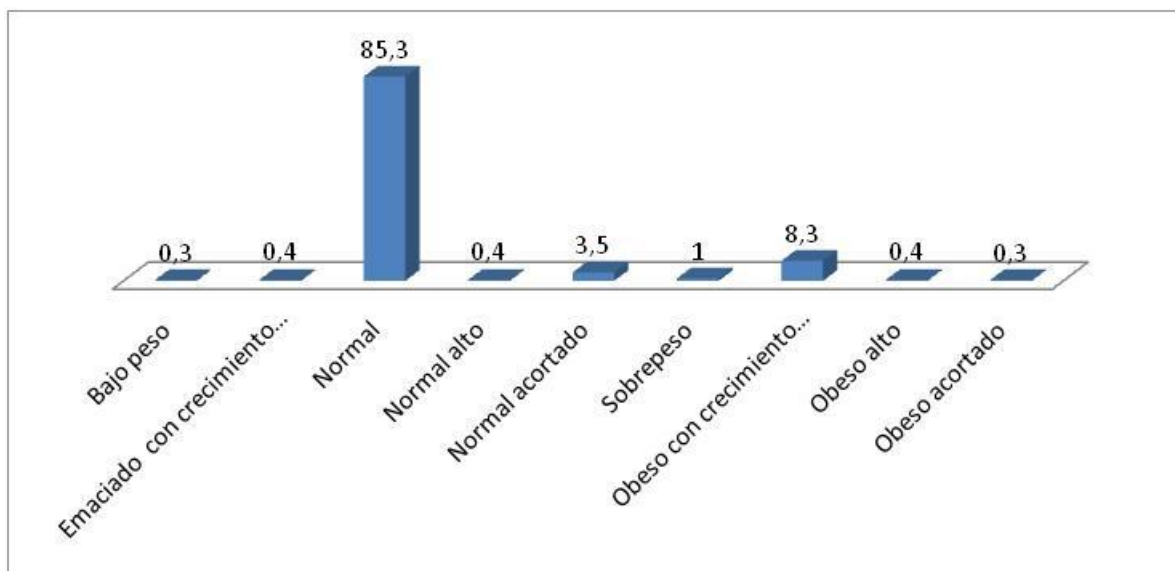
Tabla 25. Niños según diagnóstico nutricional

Diagnóstico nutricional	Frecuencia	%	% válido
<b>Bajo peso</b>	2	,3	,3
<b>Emaciado con crecimiento normal</b>	3	,4	,4
<b>Normal</b>	585	82,9	85,3
<b>Normal alto</b>	3	,4	,4
<b>Normal acortado</b>	24	3,4	3,5
<b>Sobrepeso</b>	7	1,0	1,0
<b>Obeso con crecimiento normal</b>	57	8,1	8,3
<b>Obeso alto</b>	3	,4	,4
<b>Obeso acortado</b>	2	,3	,3
<b>Total</b>	686	97,2	100,0
<b>SD/NA</b>	20	2,8	
<b>Total</b>	706	100,0	

(\*) No se pudieron pesar ni medir  
Fuente: DGSA, 2013.

El 85,7 % de los niños evaluados presentaron diagnóstico nutricional normal.

Gráfico 25. Niños según diagnóstico nutricional.



Fuente: DGSA, 2013.

#### Diagnóstico nutricional acortado.

Tabla 26. Niños según diagnóstico nutricional agrupado Acortados.

Diagnóstico nutricional	Frecuencia	%**
Emaciados acortados	0	0,0
Normal acortado	24	4,2
Obeso acortado	2	0,4
Total Acortados*	26	4,6
* Talla o Longitud para la edad <-2Ds. FAO OMS en mayores de un año		
** Sobre 568 niños evaluados (no se incluyen los menores de un año)		

Fuente: DGSA, 2013.

Se observa que la prevalencia de acortados para niños de 1 a 5 años de Wilde es de 4,6% siendo este inferior al informado por la ENNyS para la PBA (8,4%)

### I.1.i. Diagnóstico nutricional Emaciado-Bajo Peso

Tabla 27. Niños según diagnóstico nutricional Emaciado-Bajo Peso.

Diagnóstico nutricional **	Frecuencia	%*
Emaciado con crecimiento normal	3	0,4
Bajo Peso	2	0,3
Total	5	0,7
*Sobre el total de niños evaluados (686)		
** P/T Z< -2DS OMS. (para niños mayores de un año) P/E Z <-2DS (para niños menores de un año)		

Fuente: DGSA, 2012.

Se observa que la prevalencia de Emaciados (0,7%) encontrada en Wilde es inferior a la observada en el informe de la ENNyS para la PBA (1,1%). Estos valores son los esperados para este indicador.

### Diagnóstico nutricional obeso.

Tabla 28. Niños según diagnóstico nutricional sobrepeso y obeso acortado, normal y alto

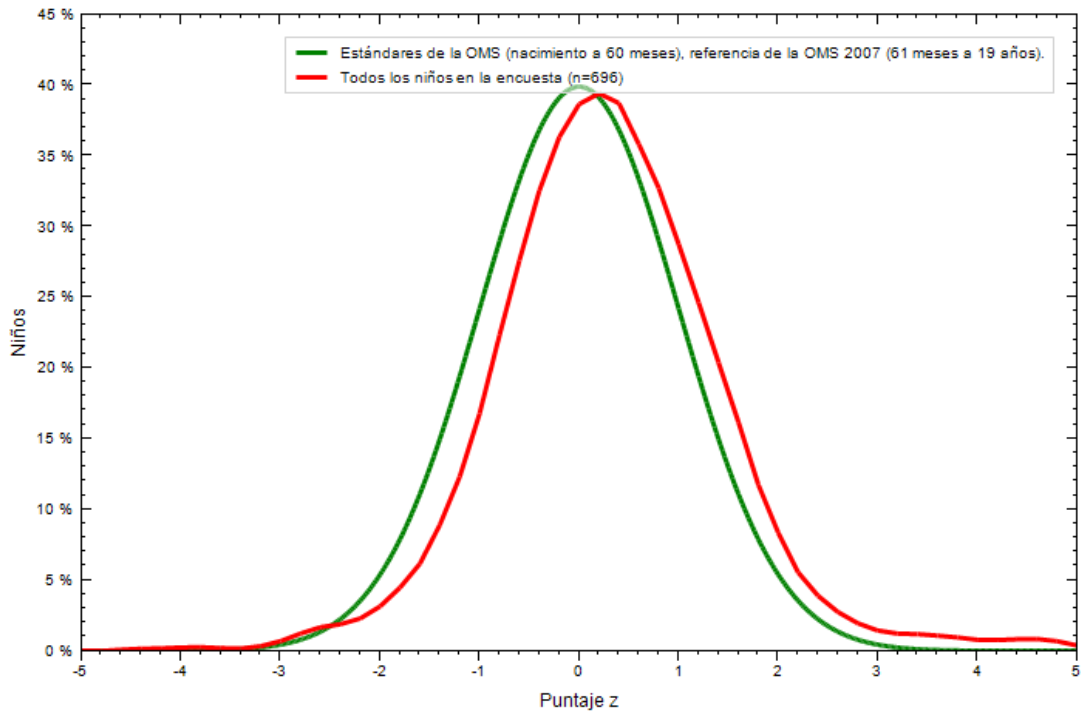
Diagnóstico nutricional **	Frecuencia	%*
Obeso acortado	2	0,3
Obeso con crecimiento normal	57	8,3
Obeso alto	3	0,4
Sobrepeso	7	1,0
Total Sobrepeso/ Obesos	69	10
* Sobre el total de niños evaluados (686)		
** Obesidad P/T Z+2DS. OMS (en niños mayores de un año) Sobrepeso P/E Z+2DS (en niños menores de un año)		

Fuente: DGSA, 2013

Se observa que la prevalencia de Obesos/sobrepeso (10%) encontrada en Wilde es superior a la informada en la ENNyS para la PBA (11,33%)

En los siguientes gráficos se muestra la distribución de los niños para los indicadores Peso/Edad- Longitud Talla/Edad- IMC/ edad, en comparación con el Patrón de Referencia para la población infantil OMS.

Gráfico 26. Distribución Peso/Edad. Niños menores de 6 años.



Fuente: DGSA, 2013

Gráfico 27. Distribución de Peso/Edad según sexo. Niños menores de 6 años

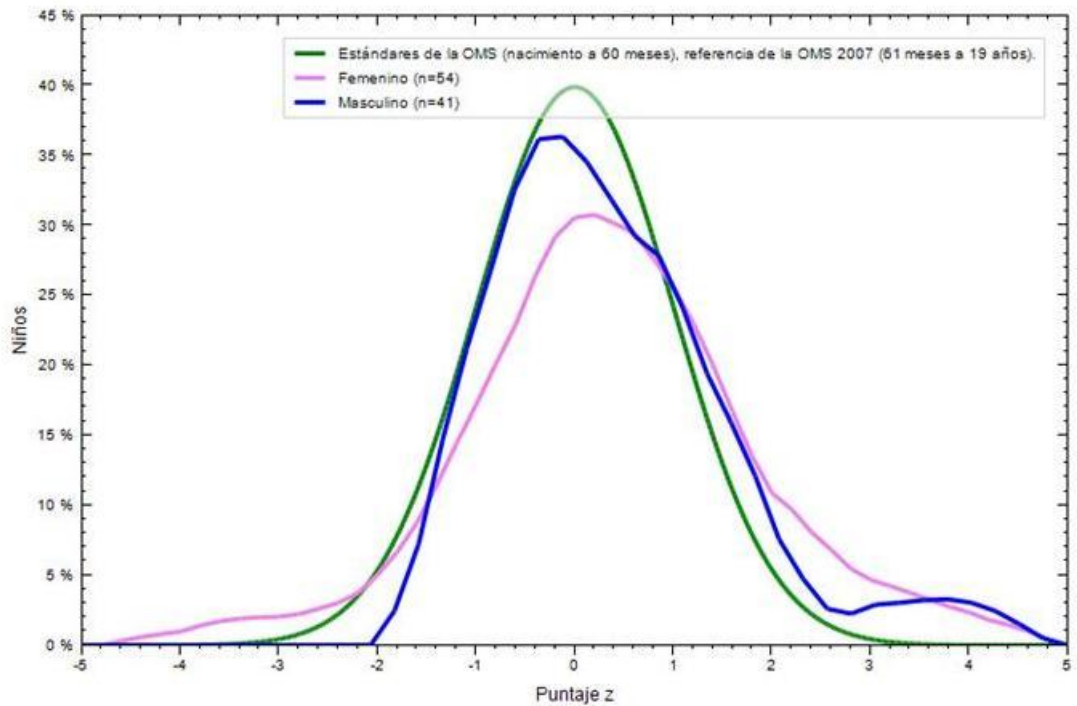
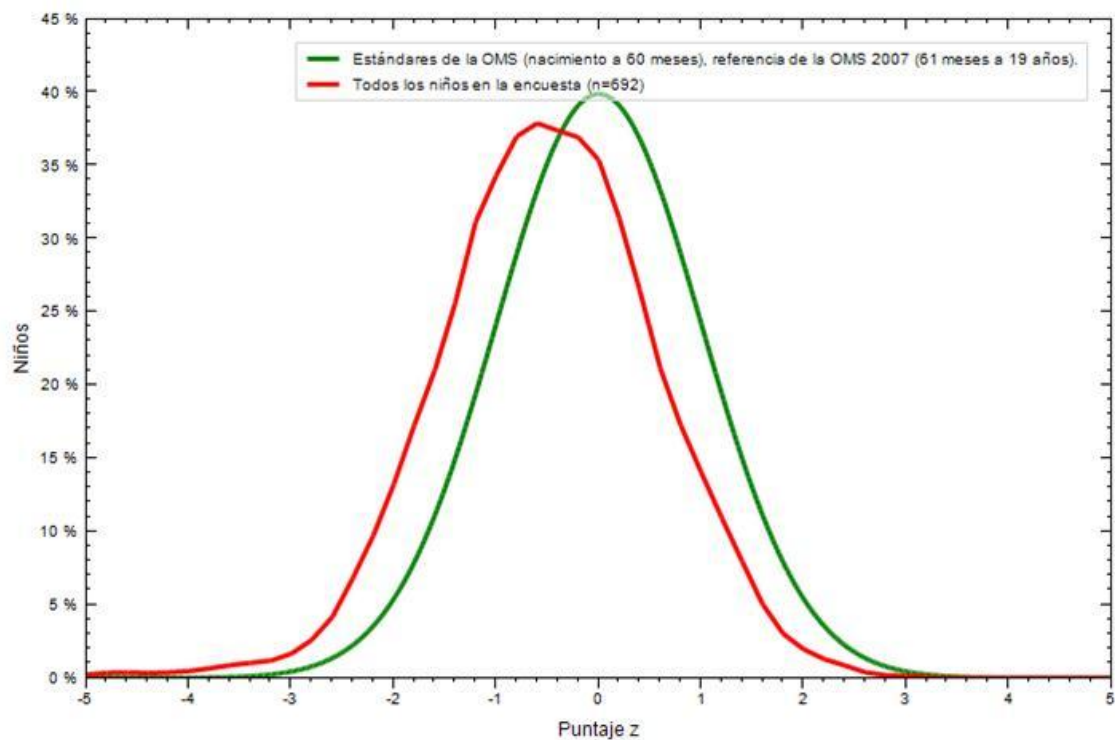
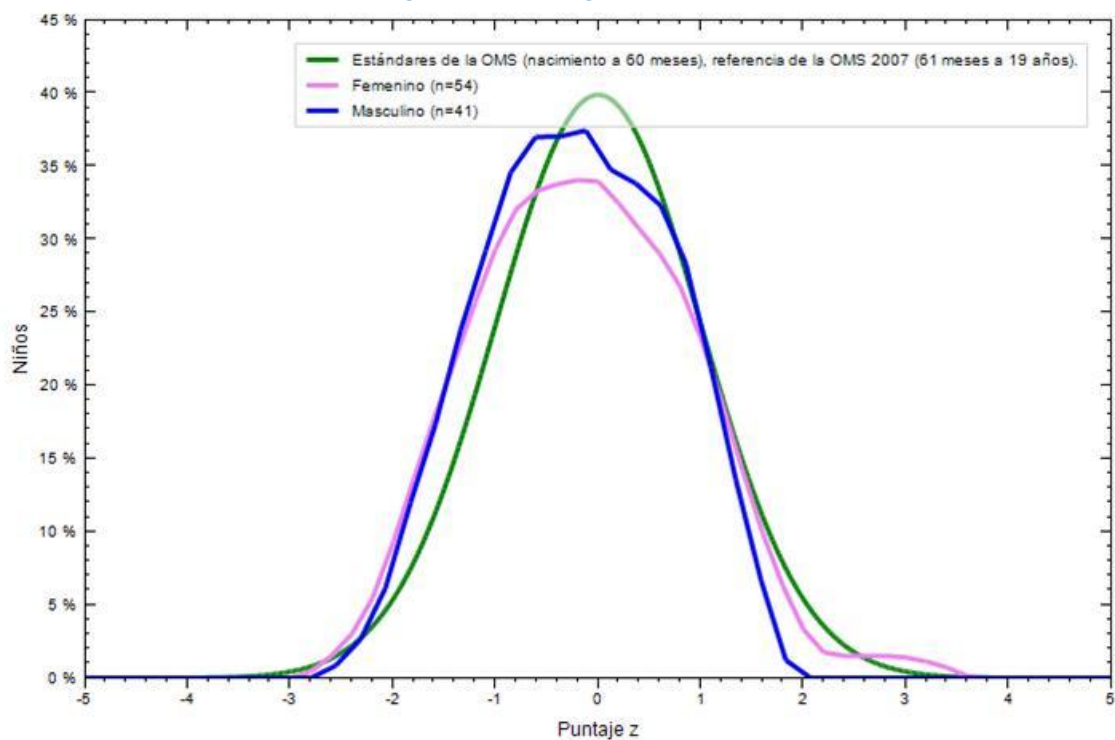


Gráfico 28. Talla-Longitud/Edad. Niños menores de 6 años.



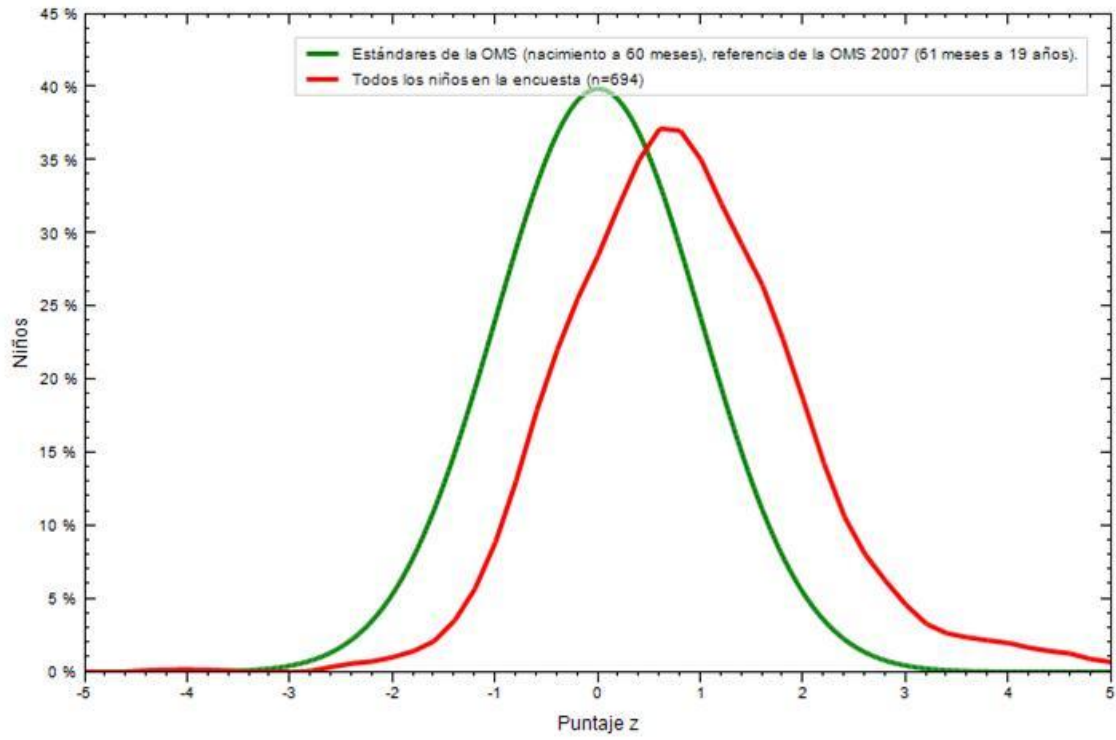
Fuente: DGSA, 2013

Gráfico 29. Talla-Longitud/Edad según sexo. Niños menores de 6 años.



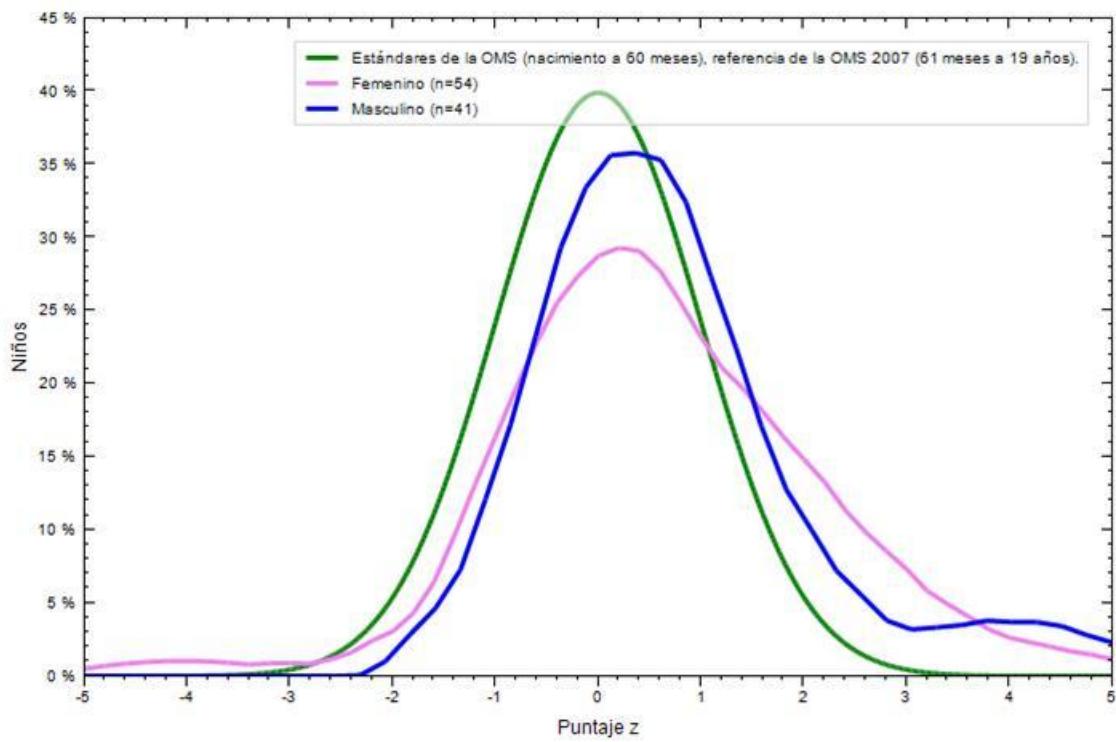
Fuente: DGSA, 2013

Gráfico 30. IMC/Edad. Niños menores de 6 años.



Fuente: DGSA, 2013

Gráfico 31. IMC/Edad según sexo. Niños menores de 6 años.



Fuente: DGSA, 2013

Se observa que para el indicador Peso-edad la distribución de los niños y niñas de Wilde se encuentra levemente desplazada a la derecha con respecto a la referencia infantil OMS. Si se comparan los sexos según el mismo indicador, las niñas muestran una distribución más pronunciada hacia la derecha con respecto a los varones, lo que podría explicarse que se espera que tengan un peso más elevado. Para el caso del indicador Talla- edad las curvas de la población estudiada se encuentra desviada hacia la izquierda, lo que indica una talla esperada menor a la población de referencia infantil OMS. No se observa grandes diferencias de esta distribución según sexos. Con respecto al indicador IMC-Edad, se observa una franca desviación de la curva hacia la derecha, con una mediana superior con respecto a la población de referencia infantil OMS. Si se compara esta distribución según sexos se observa un comportamiento similar al observado con el indicador Peso Edad, con una mayor proporción de niñas por encima de 2 DS.

## Anemia

Tabla 29. Distribución de niños según tengan o no anemia.

<b>Anemia (menores de 2 &lt;10,5mg // 2 a 6 &lt;11mg)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>% válido</b>
<b>No</b>	430	62,7	75,4
<b>Si</b>	140	20,4	24,6
<b>Total</b>	570	83,1	100,0
<b>SD/NA</b>	116	16,9	
<b>Total</b>	686	100,0	

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

De un total de 686 niños/niñas evaluados por el componente nutrición, se les realizó determinación de hemoglobina a 570 de ellos (83,1%).

Gráfico 32. Prevalencia de niños con o sin anemia



Fuente: DGSA, 2013

Tabla 30. Prevalencia de anemia en niños y niñas según grupos de edad. En números absolutos y relativos

Edad	Número de niños y niñas de la muestra	Número de niños y niñas con anemia	% de niños y niñas con anemia
Menores de 2 años	194	83	42,8
2 a 5 años, 11m, 29 días	378	65	17,2
<b>Total</b>	<b>572</b>	<b>148</b>	<b>25,9</b>

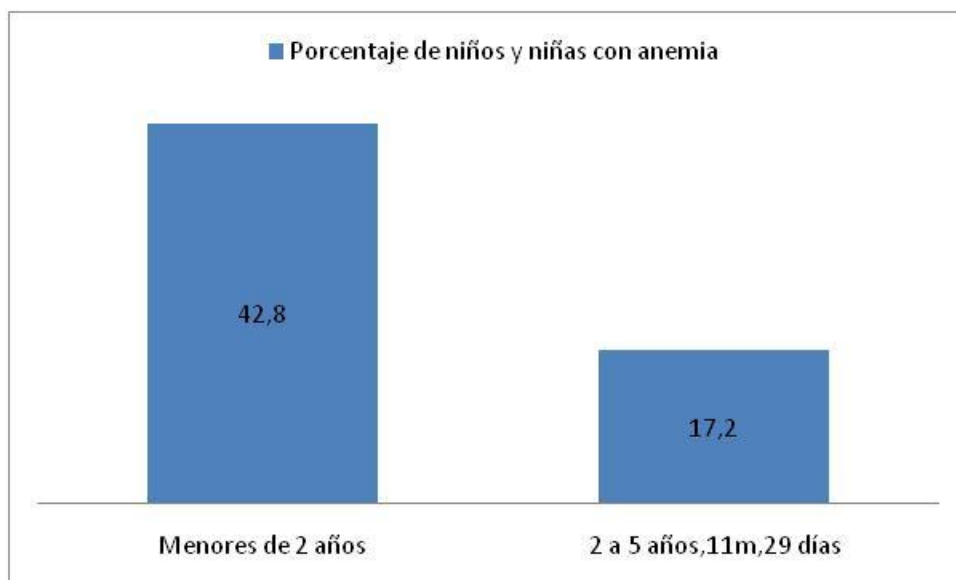
(\*) Porcentaje correspondiente sobre la base de los 572 niños que se les realizó dosaje de hemoglobina

Fuente: DGSA, 2013.

Se observa que la prevalencia de niñas/os anémicos menor a 2 años (42,8%) presentada en Wilde es superior a lo informado por la ENNyS para la PBA (34,9 %). Es de destacar que los niños/as anémicos de 2 a 5 años presentaron una prevalencia del 17,2% en Wilde, siendo superior a la informada por la ENNyS para el mismo grupo etario para la PBA (10,6%) y también con ENUDPAT 2010 (13,9%).



Gráfico 33. Prevalencia de anemia en niños y niñas según grupos de edad



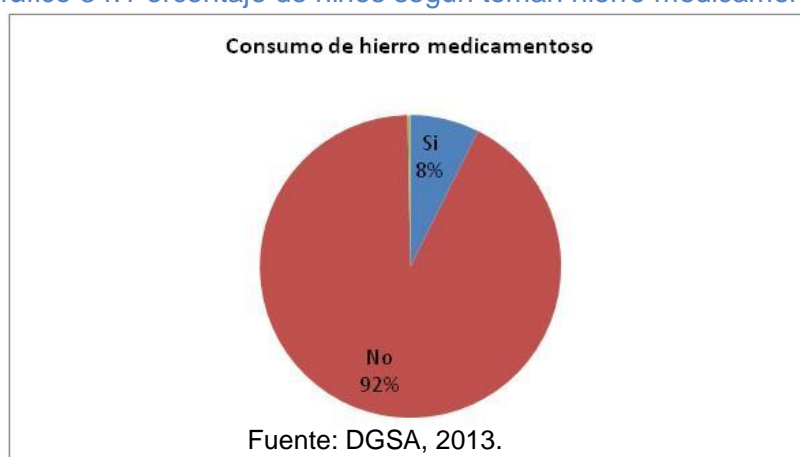
Fuente: DGSA, 2013.

Tabla 31. Porcentaje de niños según toman hierro medicamentoso.

Consumo de hierro medicamentoso	Frecuencia	%	%
Si	51	7,2	7,4
No	636	90,1	92,3
Ns/Nc	2	,3	,3
<b>Total</b>	<b>689</b>	<b>97,6</b>	<b>100,0</b>
<b>Sistema</b>	<b>17</b>	<b>2,4</b>	
<b>Total</b>	<b>706</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 34. Porcentaje de niños según toman hierro medicamentoso



Fuente: DGSA, 2013.

Tabla 32. Niños/as Anémicos según toman hierro medicamentoso

Anemia (menores de 2 <10,5 // 2 a 6 <11) y toma hierro						
			Toma hierro			Total
			Si	No	Ns/Nc	
Anemia (menores de 2 <10,5 // 2 a 6 <11)	No	Recuento	17	413	1	431
		% del total	3,0	72,2	,2	75,3
	Si	Recuento	24	117	0	141
		% del total	4,2	20,5	,0	24,7
Total		Recuento	41	530	1	572
		% del total	7,2	92,7	,2	100,0

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

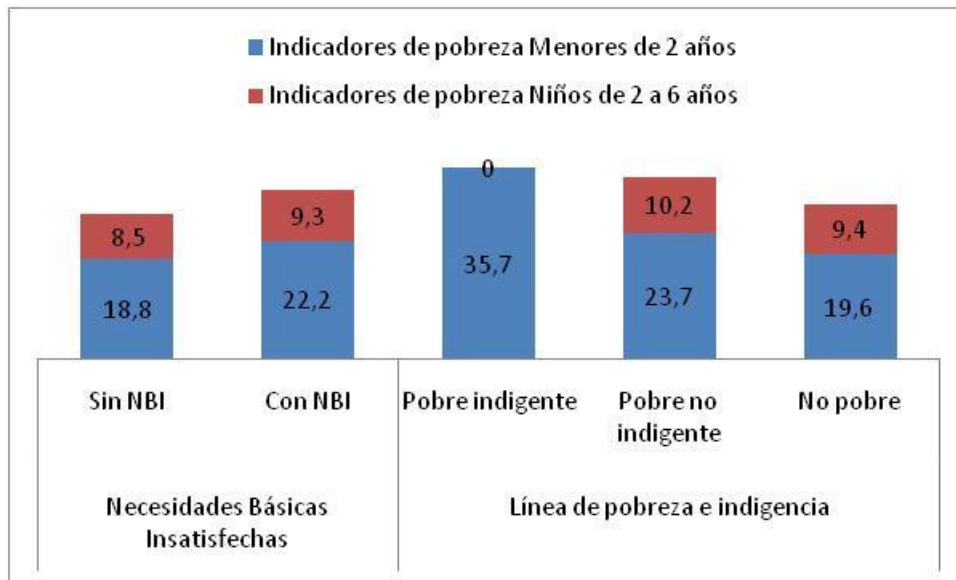
De los 141 (100%) niños/as que tienen anemia solamente 24 (17%) toman hierro

Tabla 33. Niños/as anémicos según indicadores de pobreza.

Indicadores de pobreza		Total con información*	Con anemia menores de 2 años		Con Anemia de 2 a 6 años	
			Frecuencia	%	Frecuencia	%
Necesidades Básicas Insatisfechas	Sin NBI	165	31	18,8	14	8,5
	Con NBI	410	91	22,2	38	9,3
Línea de pobreza e indigencia	Pobre indigente	14	5	<b>35,7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
	Pobre no indigente	59	14	23,7	6	10,2
	No pobre	363	71	19,6	34	9,4
* Excluye niños no evaluados y sin información de pobreza						

Fuente: DGSA, 2013

Gráfico 35. Porcentaje de Niños/as anémicos según indicadores de pobreza.



Fuente: DGSA, 2013.

Es mayor la proporción de niños anémicos con condición NBI y aun mayor en aquellos menores de 2 años (22%)

Se observa que el 35,7 % de los niños con anemia son niños pobres indigentes y todos ellos son menores de 2 años.

Para el caso de niños pobres no indigentes es mayor el porcentaje de niños menores de 2 años (23,7%) que el que corresponde a los niños de 2 a 6 años (10,2%).

Sin embargo si se observa la prevalencia de anémicos en los no pobres (19,6% para menores de 2 años y 9,4% en mayores) respecto de los pobres, refleja que la anemia sigue siendo un problema nutricional que afecta a niños de ambos sectores.

### Lactancia materna

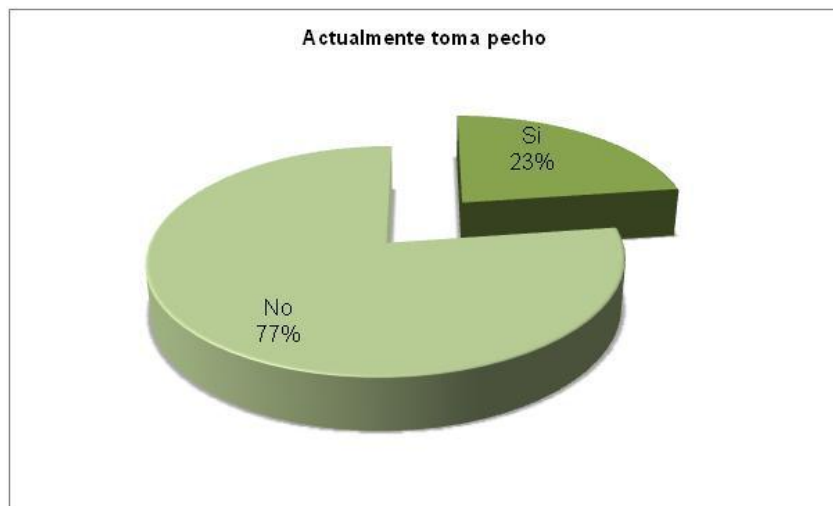
Durante el trabajo de campo el equipo de nutrición realizó la recolección de datos sobre lactancia materna. La información se relevó consultando a las madres de niños y niñas sobre la ingesta de leche materna, otro tipo de leche, otros líquidos y otros alimentos.

Tabla 34. Distribución de niños que actualmente toman pecho.

Actualmente toma pecho	Frecuencia	%	% válido
Si	148	21,6	22,8
No	502	73,2	77,2
Total	650	94,8	100,0
SD/NA	36	5,2	
Total	686	100,0	

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 36. Distribución de niños que actualmente toman pecho.



Fuente: DGSA, 2013

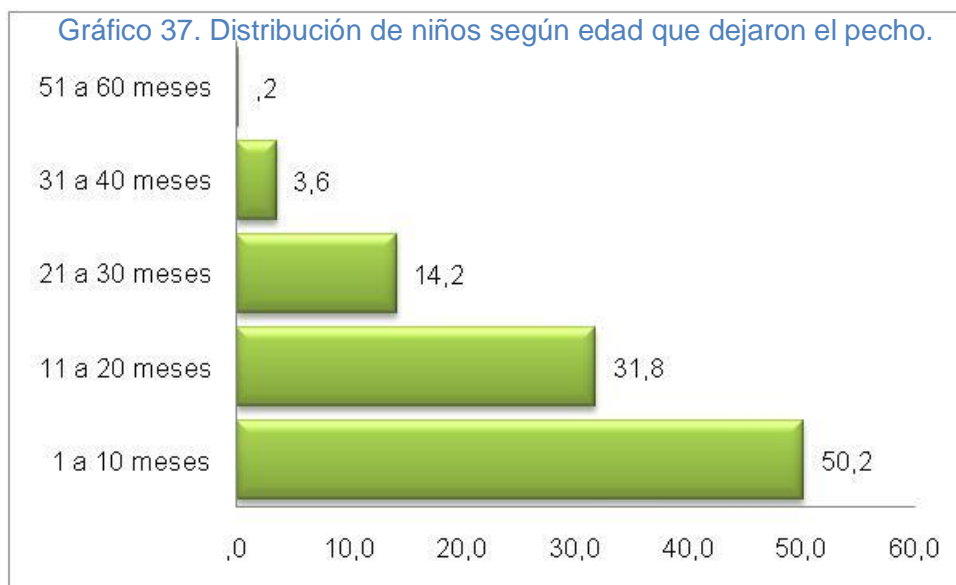
El 23% de los niños de la muestra actualmente toma pecho.

Tabla 35. Distribución de niños según edad que dejaron el pecho.

Edad que dejó el pecho	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
1 a 10 meses	251	35,6	50,2	50,2
11 a 20 meses	159	22,5	31,8	82,0
21 a 30 meses	71	10,1	14,2	96,2
31 a 40 meses	18	2,5	3,6	99,8
51 a 60 meses	1	,1	,2	100,0
<b>Total</b>	500	70,8	100,0	
<b>SD/NA</b>	206	29,2		
<b>Total</b>	706	100,0		

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

A los 20 meses de edad el 82% de los niños encuestados había dejado el pecho.



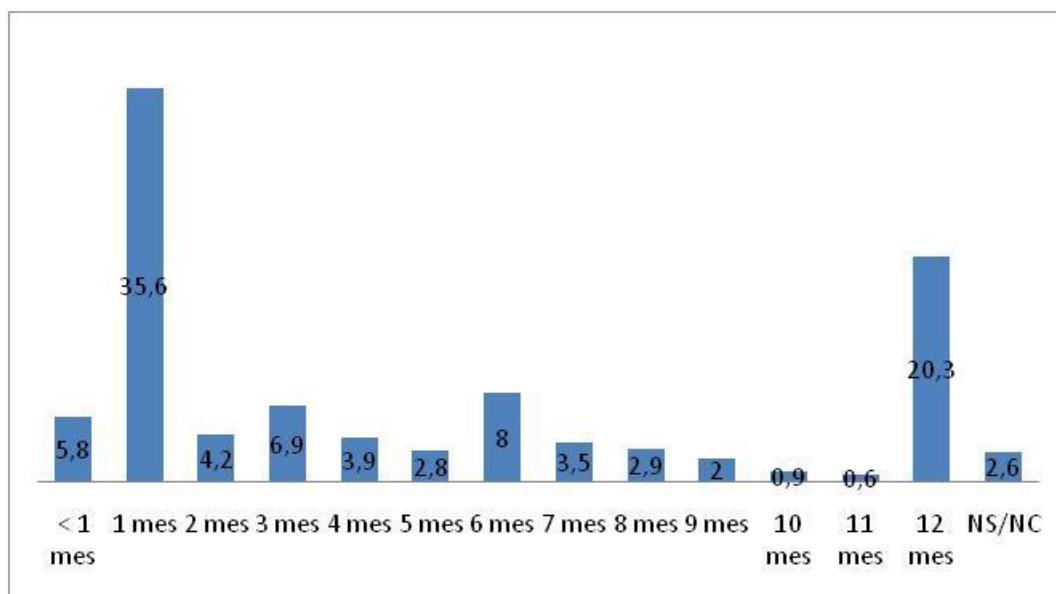
Fuente: DGSA, 2013

Tabla 36. Distribución de niños según edad en que incorporó leche diferente a la materna

Edad de incorporación de otra leche	Frecuencia	%	% acumulado
< 1 mes	40	5,8	5,8
1 mes	244	35,6	41,4
2 mes	29	4,2	45,6
3 mes	47	6,9	52,5
4 mes	27	3,9	56,4
5 mes	19	2,8	59,2
6 mes	55	8,0	67,2
7 mes	24	3,5	70,7
8 mes	20	2,9	73,6
9 mes	14	2,0	75,6
10 mes	6	,9	76,5
11 mes	4	,6	77,1
12 mes	139	20,3	97,4
NS/NC	18	2,6	100,0
Total	686	100,0	

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 38. Distribución de niños según edad en que incorporó leche diferente a la materna.



Fuente: DGSA, 2013

## Alimentación complementaria

### Edad de incorporación de alimentación complementaria

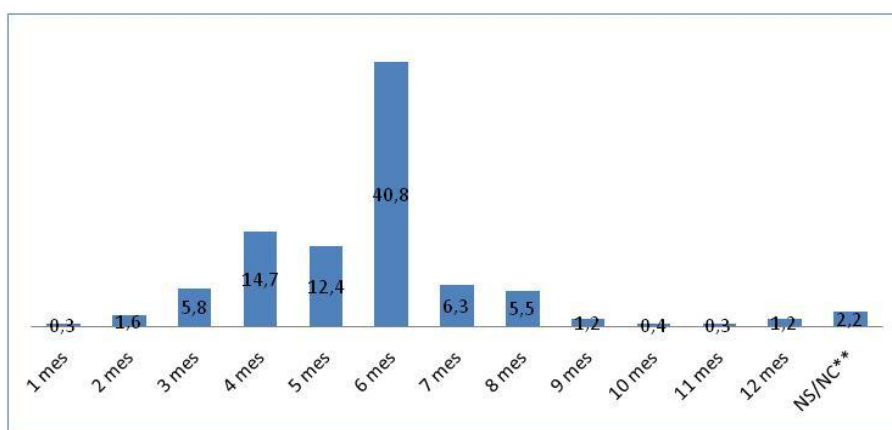
La alimentación complementaria comprende la incorporación de algún alimento distinto a la leche materna, a partir del 6º mes.

Tabla 37. Distribución de niños según edad en que incorporó el primer alimento

Edad de incorporación del primer alimento (mes)	Frecuencia	%	% acumulado
NA*	50	7,3	7,3
1 mes	2	,3	7,6
2 mes	11	1,6	9,2
3 mes	40	5,8	15
4 mes	101	14,7	29,7
5 mes	85	12,4	42,1
6 mes	280	40,8	82,9
7 mes	43	6,3	89,2
8 mes	38	5,5	94,7
9 mes	8	1,2	95,2
10 mes	3	,4	96,3
11 mes	2	,3	96,6
12 mes	8	1,2	97,8
NS/NC**	15	2,2	100,0
Total	686	100,0	

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 39. Distribución de niños según edad en que incorporó el primer alimento.



Fuente: DGSA, 2013

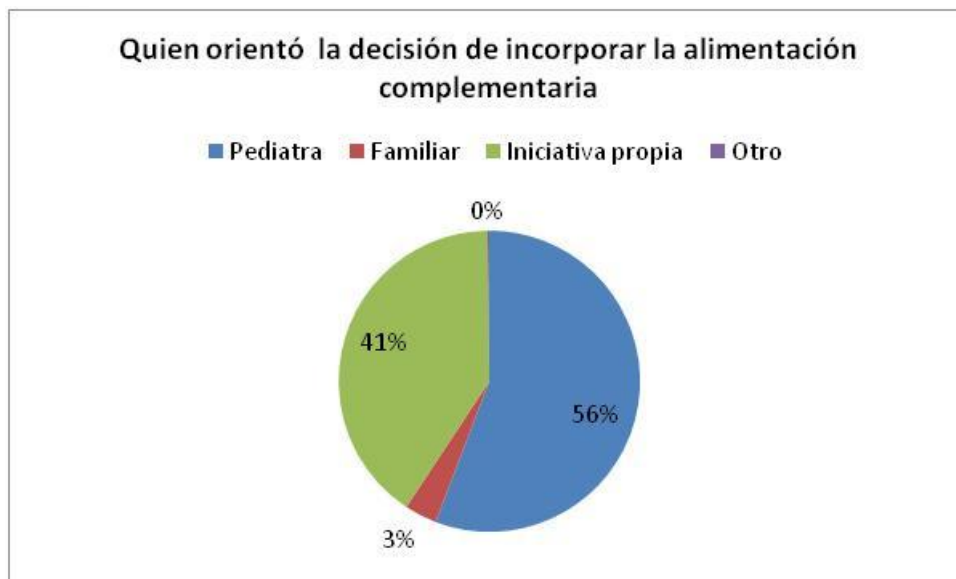
Se observa que el 40,8% de los niños incorporaron su primer alimento al 6º mes, siendo esta la edad oportuna, sin embargo se observa que existe un elevado porcentaje 34,8% que inician la misma precozmente.

Tabla 38. Distribución de niños según quien orientó la decisión de incorporar la alimentación complementaria

Quien orientó la decisión de incorporar la alimentación complementaria	Frecuencia	%	% válido
Pediatra	351	51,2	55,8
Familiar	22	3,2	3,5
Iniciativa propia	255	37,2	40,5
Otro	1	,1	0,2
Total	629	91,7	100
NA	50	7,3	
NS/NC	7	1,0	
<b>Total</b>	<b>686</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 40. Distribución de niños según por quien orientó la decisión de incorporar la alimentación complementaria



Fuente: DGSA, 2013.

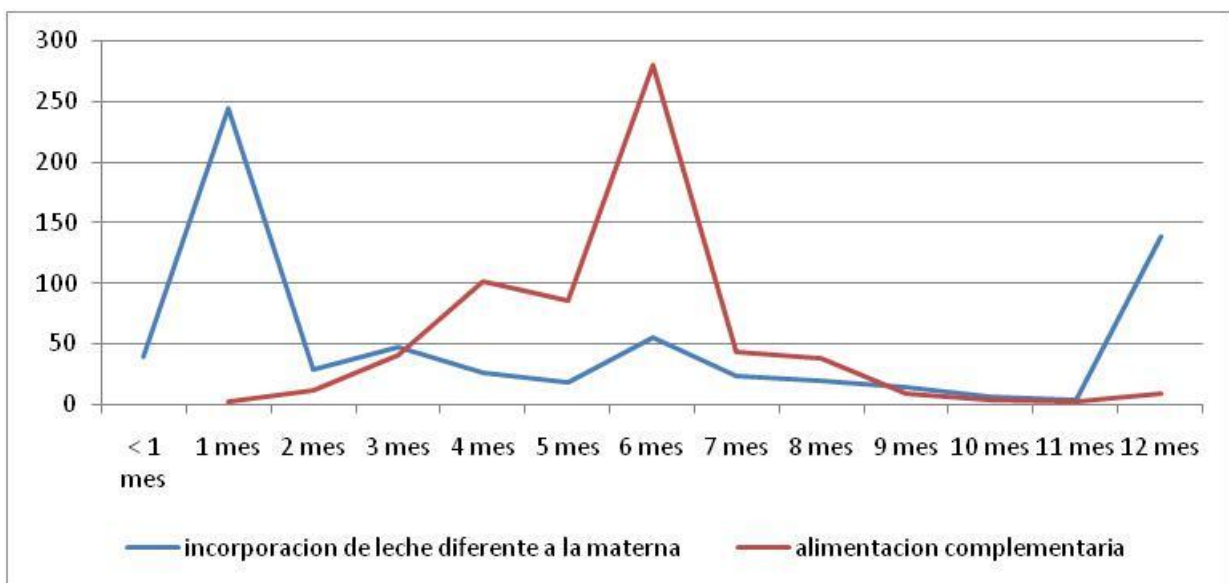
Se observa que sigue siendo elevado el porcentaje que representa la categoría de decisión por iniciativa propia (41%)

Incorporación de leche diferente a la materna y su relación con la incorporación de alimentación complementaria.



El siguiente grafico muestra que a partir del 2º y 3º mes existe la incorporación de una leche diferente a la materna y la incorporación de alimentación complementaria precozmente. A partir de este período se puede interpretar que disminuye la proporción de niños que toman lactancia exclusiva y es un periodo ventana crítico para la incorporación alimentaria de manera precoz. Igualmente se observa que al 6º mes se encuentra ubicada la mayor proporción de niños que incorporaron alimentación complementaria, siendo esta la edad correcta para la misma.

Gráfico 41. Edad de incorporación de leche diferente a la materna y alimentación complementaria



### Ingesta Alimentaria de los niños

Para el análisis de la ingesta se realizó un recordatorio de 24 hs a la madre o tutor de 652 niños. Se registraron todos los alimentos y suplementos ingeridos, se apoyo la toma del recordatorio con modelos visuales. Como limitación cabe aclarar que se tomó **un solo** recordatorio de 24 hs, lo que impide la medición de la variabilidad de la ingesta intrasujeto. Por lo tanto se mencionara las proporciones de niños que no cubrieron los requerimientos de los nutrientes estudiados el día anterior.

Otra limitación de la encuesta alimentaria es que no se contempla la ingesta de nutrientes proveniente de la Lactancia Materna, por tal motivo, la lectura de las ingesta

inadecuadas en los menores de un año debe interpretarse con cuidado, sobre todo aquellas en relación con los nutrientes como proteínas, calcio, zinc.

Para comparar las ingestas observadas se tomaron como referencia las Ingestas Dietéticas de Referencia de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos, 1997, 1998, 2000, 2001, 2005 y 2011.

Los métodos utilizados para evaluar la ingesta a nivel grupal se diferencian según el tipo de Nivel de Ingesta definido: Requerimiento Promedio Estimado (RPE) o Ingesta Adecuada (IA).

Para los nutrientes estudiados, se presentan la media, mediana, desvío standard y percentiles (10, 25, 50 y 75) para el total de niños y niñas de Wilde.

Tabla 39. Ingesta de nutrientes en niños(N: 652)

Nutrientes	Media	Desv. típ.	Percentiles			
			10	25	50	75
Energía Kcal	1413,5911	2399,27495	541,2079	909,8073	1245,4839	1677,6383
Proteínas gr	52,5353	71,42766	17,4887	33,2374	47,1559	64,3884
Lípidos gr	52,8190	80,34979	16,1776	27,9775	43,8003	64,7575
Ac. Grasos Sat gr	19,7105	32,19959	5,8704	10,4934	16,4329	24,3037
Ac. Grasos Mono gr	17,7506	28,15434	5,1940	9,1970	14,6455	22,0103
Ac. Grasos Poliin gr	11,8714	16,11808	1,7317	4,3176	8,4013	14,9204
colest gr	235,1166	1414,81169	50,6730	92,0950	144,4400	222,6500
Hidratos de C gr	181,9624	356,23421	64,3923	111,7864	158,6352	210,0064
fibra g	6,8004	11,84505	1,4000	3,2653	5,3240	8,5300
Cenizas g	8,8002	9,81397	3,7956	5,8207	8,2379	10,6721
sodio mg	1008,7457	1010,14310	253,0160	490,4100	811,7150	1317,0578
potasio mg	1598,0610	1193,23455	529,8300	1030,3050	1502,6650	2042,3570
calcio mg	642,8087	559,60972	151,2330	333,6450	595,0285	850,6188
fósforo mg	918,5042	1244,93896	329,4260	592,4635	857,4075	1110,7860
hierro mg	9,6607	14,41279	3,1413	5,3325	8,0976	11,9262
zinc mg	7,4616	9,57404	2,5694	4,4225	6,3643	8,9927
niacina mg	14,2986	10,89891	3,7508	7,5342	12,8447	18,8729
folatos µg	381,0204	516,13293	74,4454	173,9481	311,2885	474,5660
vitamina A µgRAE	524,0235	1015,29618	82,3569	205,5655	372,5283	579,3175
tiamina B1 mg	1,6880	1,87035	,4083	,8921	1,4108	2,1504
riboflavina B2 mg	2,1305	2,58685	,5843	1,0665	1,6539	2,5004
vitamina B12 µg	5,0751	9,24128	1,0444	2,0578	3,6747	5,6282

vitamina C mg	41,5551	44,07188	3,1262	11,9493	31,6390	57,5065
vitamina D UI	,7279	5,42227	,0000	,0000	,0000	,0000

Fuente: DGSA, 2013

A continuación se presentan los valores de las Medianas de Energía y nutrientes seleccionados de Wilde y la comparación con los valores correspondientes a ENNyS. Para ello se diferencian los mismos de acuerdo a los niños menores de 2 años y a los niños de 2 a 5 años 11 meses.

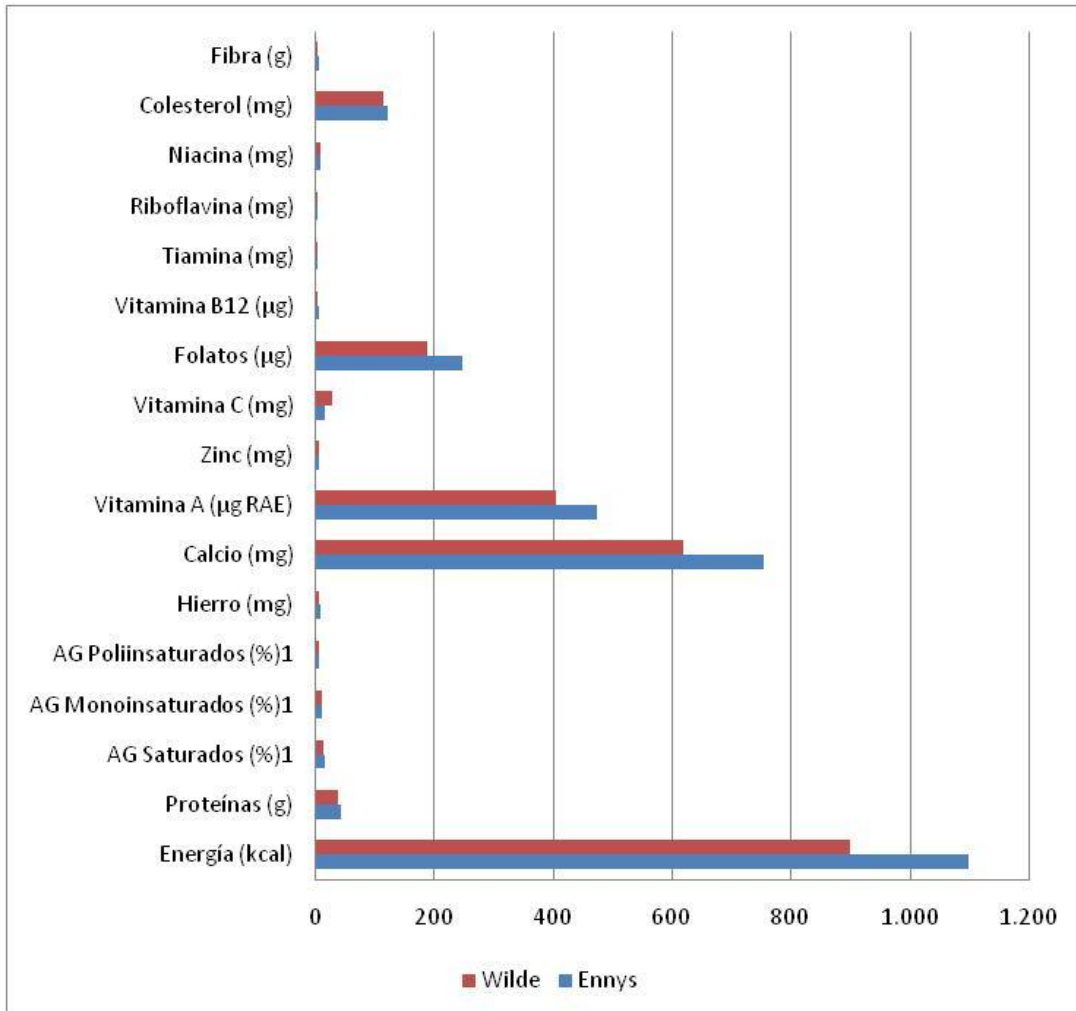
Tabla 40. Comparación de medianas de Energía y nutrientes seleccionados de Wilde con la ENNyS. N: 207). Menores de 2 años.

	ENNyS	Wilde
Energía (kcal)	1.098	898,8460
Proteínas (g)	42,64	36,1930
AG Saturados (%) <sup>1</sup>	14,07	13,2247
AG Monoinsaturados (%) <sup>1</sup>	10,16	10,0792
AG Poliinsaturados (%) <sup>1</sup>	5,05	4,7923
Hierro (mg)	7,44	5,7844
Calcio (mg)	754	619,5300
Vitamina A (µg RAE)	474	403,0700
Zinc (mg)	5,83	5,0565
Vitamina C (mg)	15,26	26,9575
Folatos (µg)	247	186,6246
Vitamina B12 (µg)	4,27	3,0155
Tiamina (mg)	1,18	,9346
Riboflavina (mg)	2,01	1,3849
Niacina (mg)	8,18	7,9405
Colesterol (mg)	121	112,5500
Fibra (g)	4,74	3,6490

Fuente: DGSA, 2013

Se observa que para la mayoría de los nutrientes los valores en Wilde fueron inferiores a los informados por ENNyS.

Gráfico 42. Mediana de Energía y de nutrientes seleccionados en niños y niñas menores de 2 años de Wilde. Comparación con ENNyS



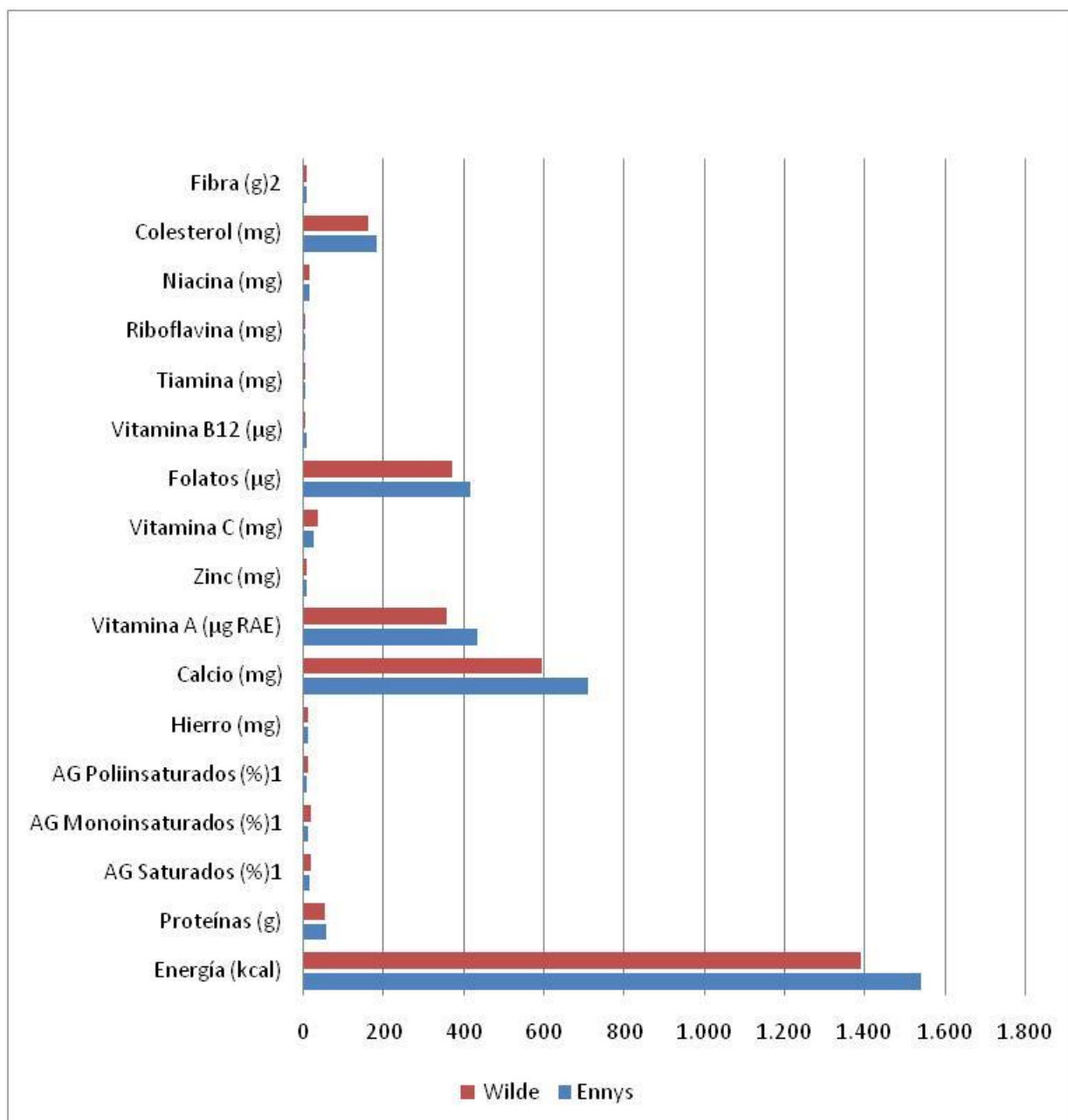
Fuente: DGSA, 2013

Tabla 41. Comparación de medianas de Energía y nutrientes seleccionados de Wilde con la ENNyS. N: 207). Niños de 2 a 5 años. (N: 445)

<b>Nutrientes</b>	<b>ENNyS</b>	<b>Wilde</b>
Energía (kcal)	1.540	1.391
Proteínas (g)	56,27	54
AG Saturados (%) <sup>1</sup>	12,44	18
AG Monoinsaturados (%) <sup>1</sup>	10,4	17
AG Poliinsaturados (%) <sup>1</sup>	5,96	11
Hierro (mg)	10,32	9
Calcio (mg)	711	593
Vitamina A (µg RAE)	435	357
Zinc (mg)	8,45	7
Vitamina C (mg)	24,77	33
Folatos (µg)	417	370
Vitamina B12 (µg)	5,47	4
Tiamina (mg)	1,99	2
Riboflavina (mg)	2,6	2
Niacina (mg)	14,3	15
Colesterol (mg)	182	162
Fibra (g) <sup>2</sup>	7,28	6

Fuente: DGSA, 2013

Gráfico 43. Mediana de Energía y de nutrientes seleccionados en niños y niñas de 2 a 5 años de Wilde. Comparación con ENNyS



Fuente: DGSA, 2013

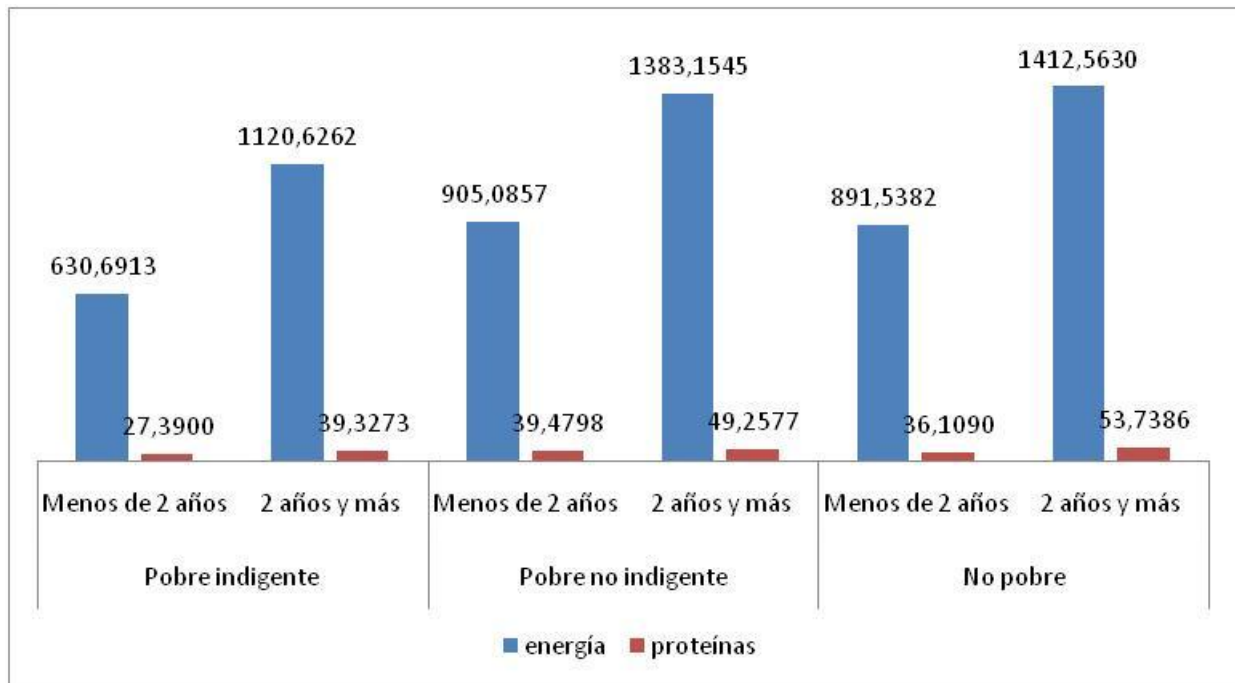
Tabla 42. Mediana de Energía y de nutrientes seleccionados según Línea de Pobreza e indigencia. EISAR Wilde 2013.

Grupos etarios	Pobre indigente		Pobre no indigente		No pobre	
	Menos de 2 años	2 años y más	Menos de 2 años	2 años y más	Menos de 2 años	2 años y más
energía	630,6913	1120,6262	905,0857	1383,1545	891,5382	1412,5630
proteínas	27,3900	39,3273	39,4798	49,2577	36,1090	53,7386
lípidos	20,6153	39,6960	36,1967	55,0845	31,0800	52,7499
acidosgrasossaturados	8,7124	12,9781	13,0962	17,5524	13,3976	18,4978
acidosgrasosmonoinsaturados	6,4396	14,2920	11,8220	17,4840	10,2527	17,3428
acidosgrasospoliinsaturados	4,2171	9,4663	6,1935	12,0944	4,5767	11,2158
colesterol	81,3000	178,5200	131,0000	138,4300	112,4750	162,6850
hidratosdecarbono	83,8986	134,5662	102,8545	173,4266	112,9875	180,4454
fibra	2,2339	6,3740	3,2320	4,9210	4,1574	6,2690
cenizas	4,9533	6,3030	7,4303	7,7799	7,0213	8,8304
sodio	328,7400	774,9730	594,7300	911,9050	595,0550	985,1350
potasio	1212,2200	1106,6500	1432,1550	1375,4600	1289,8050	1539,2250
calcio	368,6500	320,7500	613,9350	447,1150	657,8350	599,6750
fósforo	549,3050	639,4600	680,6250	813,6600	737,5300	892,3025
hierro	4,4772	8,0295	4,4238	8,7868	5,9999	8,8725
zinc	4,8726	6,1593	5,0964	6,7692	5,0170	6,9200
niacina	6,7434	10,1654	8,6313	14,3996	7,7685	14,6559
folatos	178,8193	375,9460	153,8093	415,0055	193,4397	364,4615
vitaminaA	305,0650	329,4000	380,5758	249,5850	416,4509	382,8090
tiamina	1,0391	1,2969	,8340	1,5773	,8776	1,6741

riboflavina	4,0566	1,2944	1,3973	1,6444	1,3037	1,8146
vitaminaB12	3,1735	4,9702	2,6969	3,5495	2,7127	3,7839
vitaminaC	7,5201	19,8605	23,5316	33,3930	27,8713	34,4015

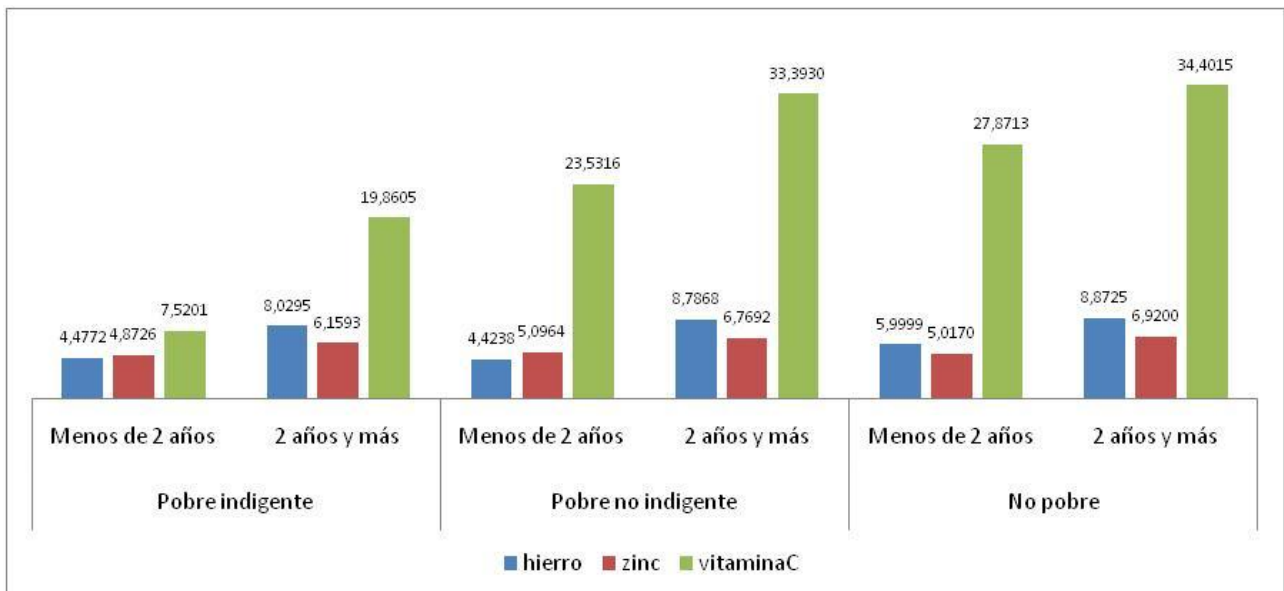
Fuente: DGSA, 2013

Gráfico 44. Valores de la mediana de ingesta de Energía y Proteínas según línea de pobreza e indigencia



Fuente: DGSA, 2013

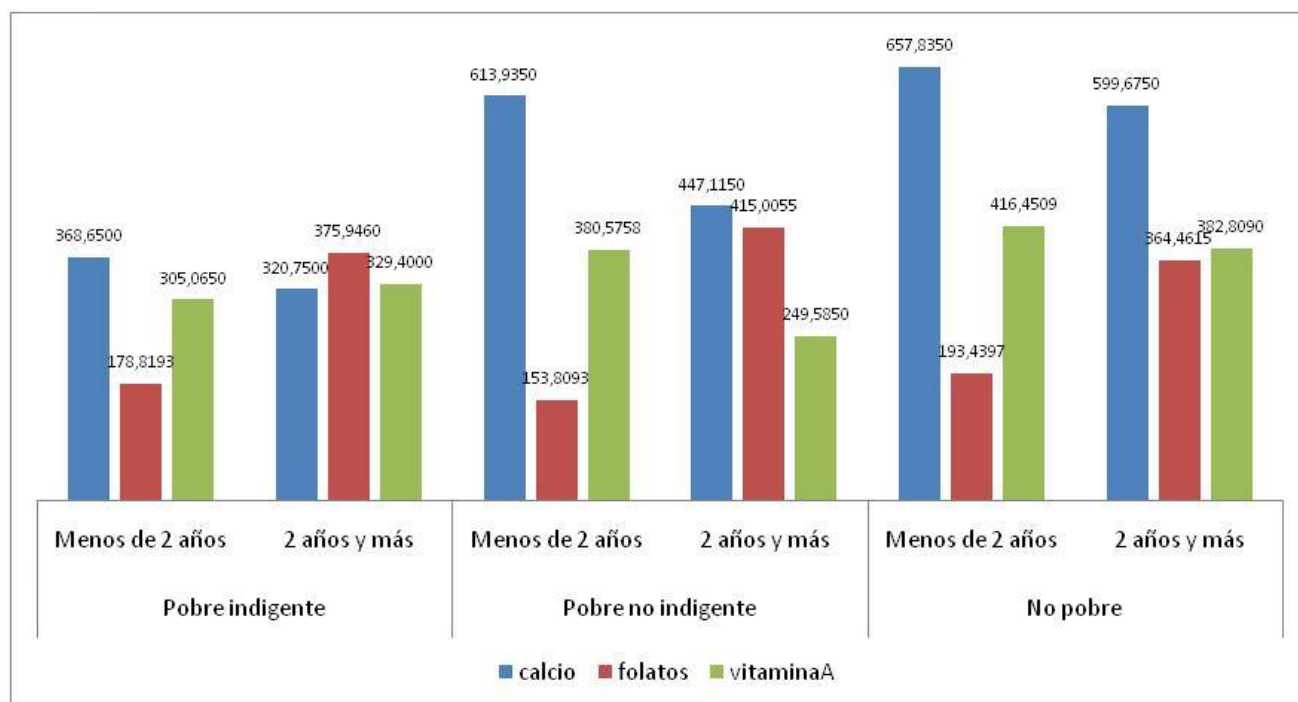
Gráfico 45. Valores de la Mediana de ingesta de Hierro, Zinc y Vit C según Línea de Pobreza e Indigencia.





Fuente: DGSA, 2013

Gráfico 46. Valores de la Mediana de ingesta de Calcio, folatos y Vitamina A según línea de pobreza e indigencia.



Fuente: DGSA, 2013

Se observa que las ingestas de los nutrientes seleccionados se ven afectadas en aquellos niños que cumplen con la condición de pobreza e indigencia y a su vez esa condición se agudiza en los niños menores de 2 años con respecto a los mayores para todos los nutrientes estudiados.

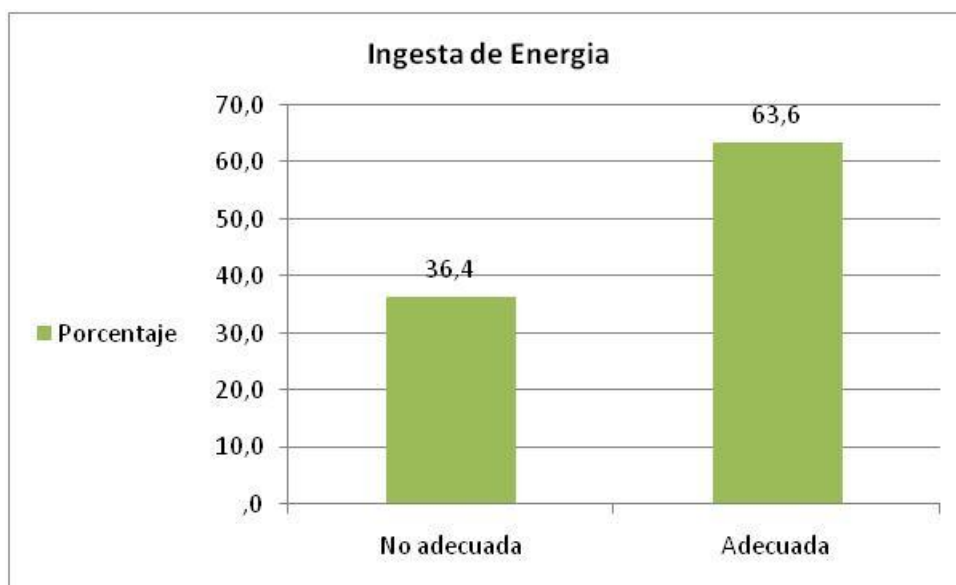
Tabla 43 Adecuación de la ingesta de energía en niños

Ingesta de Energía	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
No adecuada	239	36,4	36,4	36,4
Adecuada	418	63,6	63,6	100,0
Total	657	100,0	100,0	

Fuente: DGSA, 2013

El 36,4% de los niños tuvieron el día anterior una ingesta inadecuada de Energía. Este valor es superior al informado por ENNyS para niños menores de 2 años en la región GBA (29,1%) y en mayores de 2 años para la misma región (30,1%)

Gráfico 47. Adecuación de la ingesta de energía en niños



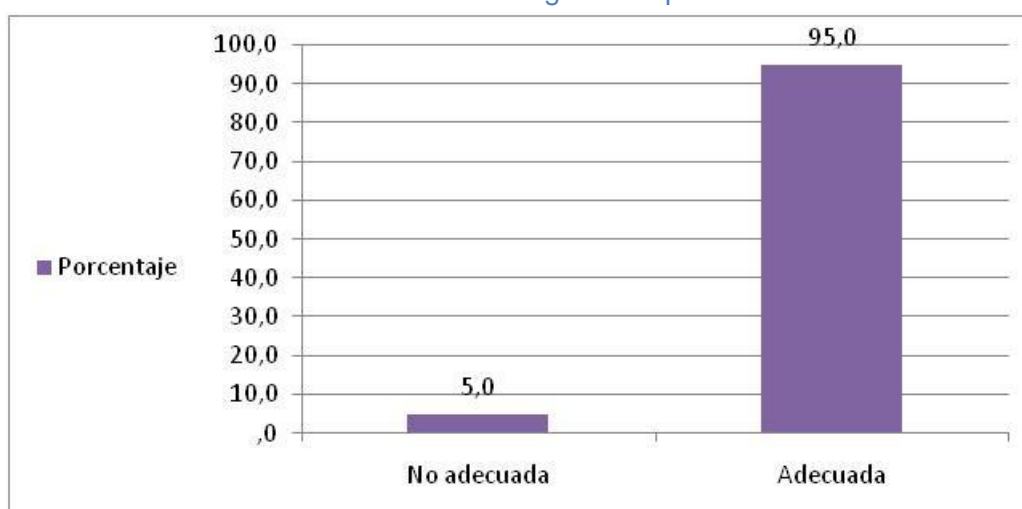
Fuente: DGSA, 2013

Tabla 44. Adecuación de la Ingesta de proteínas en niños

Ingesta de Proteínas	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
No adecuada	33	5,0	5,0	5,0
Adecuada	624	95,0	95,0	100,0
Total	657	100,0	100,0	

Fuente: DGSA, 2013

Gráfico 48. Adecuación de la ingesta de proteínas en niños



Fuente: DGSA, 2013

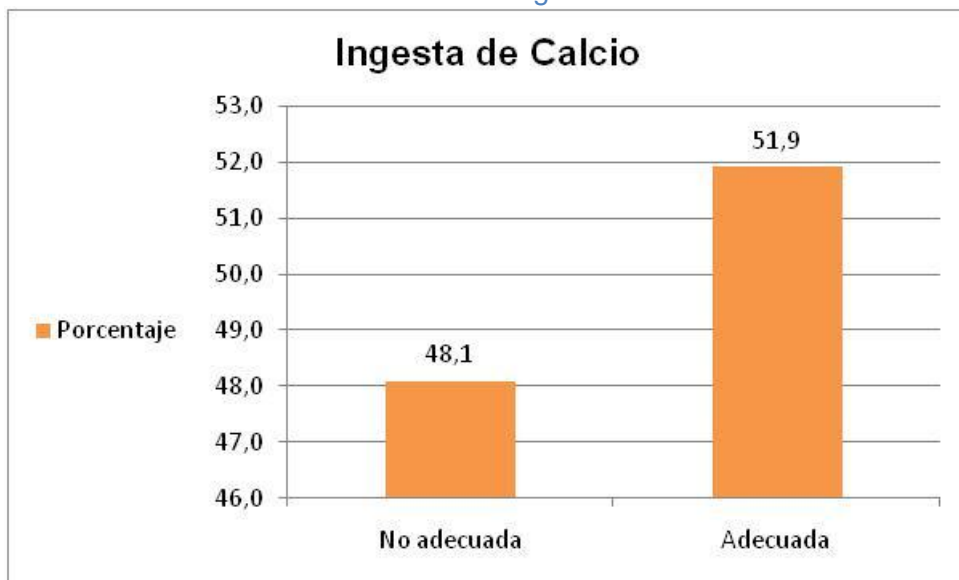
El 5% de los niños y niñas tuvieron una ingesta inadecuada de Proteínas el día anterior. Si bien es un valor bajo, se encuentra por encima al informado por ENNyS para niños menores de 2 años para la región GBA (2,8%) y para niños de 2 a 5 años (0,8%).

Tabla 45. Adecuación de la ingesta de calcio en niños.

Ingesta de Calcio	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
No adecuada	316	48,1	48,1	48,1
Adecuada	341	51,9	51,9	100,0
Total	657	100,0	100,0	

Fuente: DGSA, 2013

Gráfico 49. Adecuación de la ingesta de calcio en niños



Fuente: DGSA, 2013

El 48,1% de los niños tuvieron el día anterior una ingesta deficiente de Calcio. Valor superior al informado por ENNyS para niños menores de 2 años para la región de GBA (25,5%) y para los niños y niñas de 2 a 5 años (44,7%)

Tabla 46. Adecuación de la ingesta de hierro en niños

Ingesta de Hierro	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
No adecuada	78	11,9	11,9	11,9
Adecuada	579	88,1	88,1	100,0
Total	657	100,0	100,0	

Fuente: DGSA, 2013

Gráfico 50. Adecuación de la ingesta de hierro en niños.



Fuente: DGSA, 2013

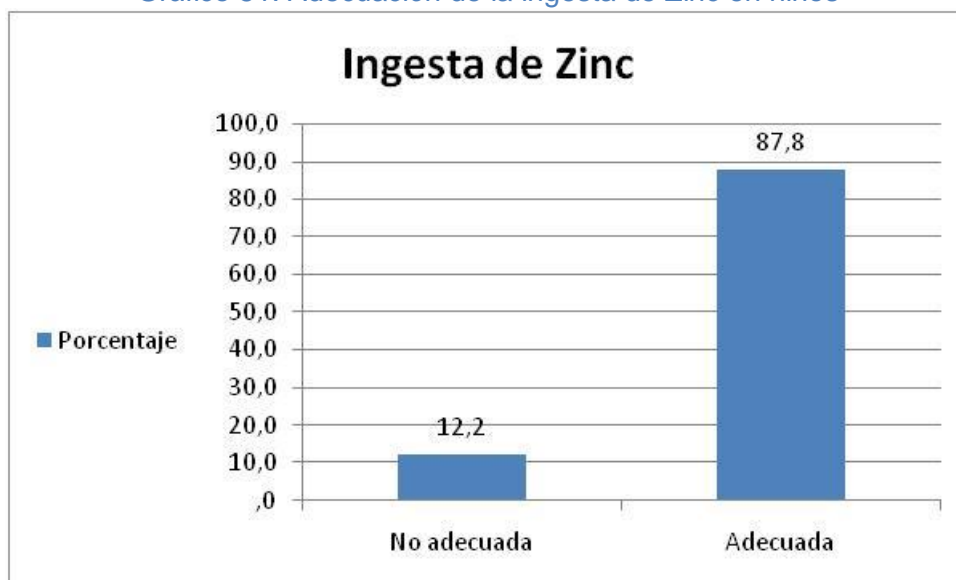
El 11,9% de niños y niñas evaluados tuvieron una ingesta inadecuada de hierro el día anterior. Para los menores de 2 años ENNyS informo una proporción del 15,6% para la región GBA y para los mayores de 2 años del 3,2%, este último muy inferior al encontrado en Wilde.

Tabla 47. Adecuación de la ingesta de Zinc en niños

Ingesta adecuada de zinc	Frecuencia	%
No adecuada	80	12,2
Adecuada	577	87,8
Total	657	100,0

Fuente: DGSA, 2013

Gráfico 51. Adecuación de la ingesta de Zinc en niños



Fuente: DGSA, 2013

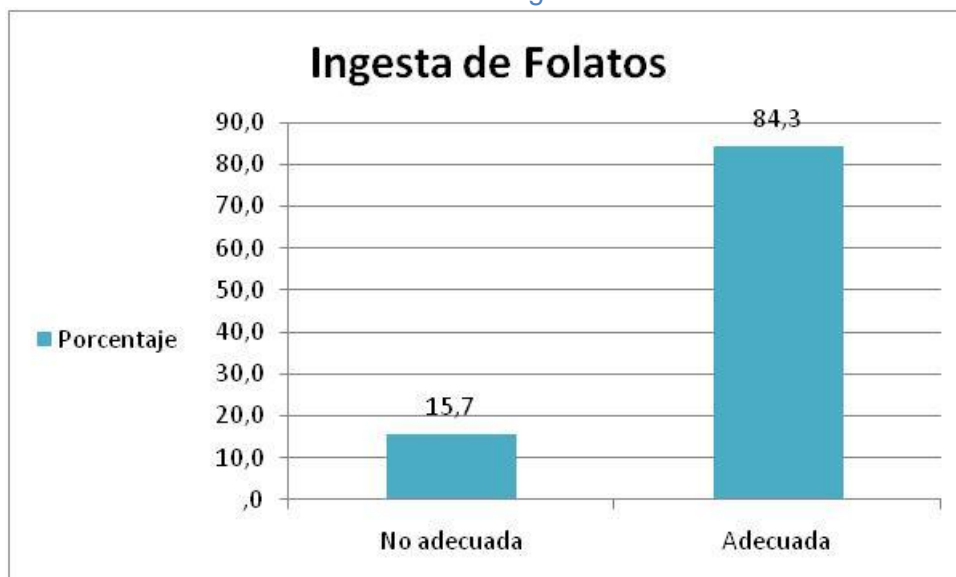
El 12,2% de los niños y niñas de Wilde tuvieron ingestas inadecuadas de Zinc el día anterior. Valores muy superiores a los informados por ENNyS para la región de GBA en niños menores de 2 años (9,5%) y para niños de 2 a 5 años (4,2%).

Tabla 48. Adecuación de la ingesta de folatos en niños

Ingesta de folatos	Frecuencia	%
No adecuada	103	15,7
Adecuada	554	84,3
Total	657	100,0

Fuente: DGSA, 2013

Gráfico 52. Adecuación de la ingesta de folatos en niños



Fuente: DGSA, 2013

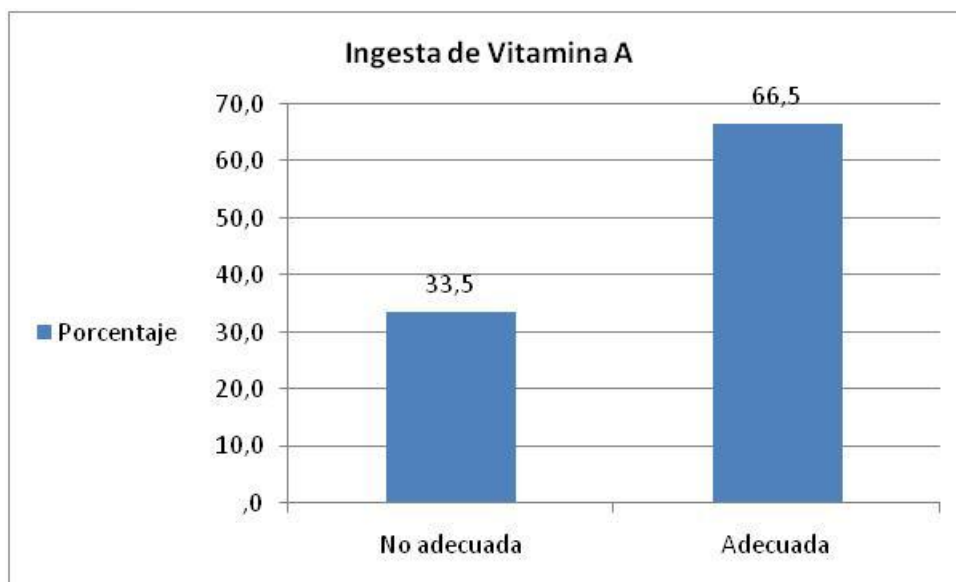
El 15,7% de los niños y niñas de Wilde tuvieron una ingesta inadecuada de folatos el día anterior. Superior al informado por ENNyS (10,2%) para niños menores de 2 años en la región GBA y (6,3%) para los niños de 2 a 5 años.

Tabla 49. Adecuación de la ingesta de vitamina A en niños

Ingesta de vitamina A	Frecuencia	%
No adecuada	220	33,5
Adecuada	437	66,5
Total	657	100,0

Fuente: DGSA, 2013

Gráfico 53. Adecuación de la ingesta de Vitamina A en niños



Fuente: DGSA, 2013

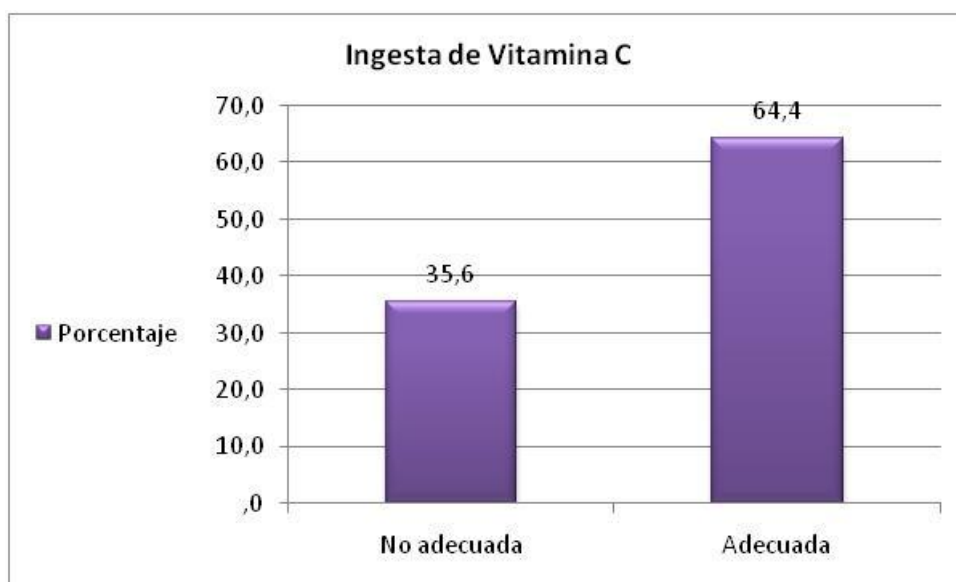
El 33,5 % de los niños y niñas de Wilde evaluados tuvieron ingestas inadecuadas de Vitamina A el día anterior. Valor superior al informado por ENNyS para la región de GBA, en niños menores de 2 años (18%) y en mayores de 2 años (20,7%)

Tabla 50. Adecuación de la ingesta de Vitamina C

Ingesta de vitamina C	Frecuencia	%
No adecuada	234	35,6
Adecuada	423	64,4
Total	657	100,0

Fuente: DGSA, 2013

Gráfico 54 Adecuación de la ingesta de Vitamina C



Fuente: DGSA, 2013

El 35,6% de los niños y niñas de Wilde evaluados tuvieron ingestas inadecuadas de Vitamina C el día anterior. Valor inferior al informado por ENNyS para la región de GBA, en niños menores de 2 años (53,6%) y en mayores de 2 años (38,1%)

Proporción de Niños con ingestas inadecuadas de nutrientes seleccionados según línea de pobreza e indigencia.

## CALCIO

Tabla 51. Ingesta de calcio según línea de pobreza e indigencia en niños

			Línea de pobreza e indigencia				Total
			Pobre indigente	Pobre no indigente	No pobre	Sin dato	
Ingesta de calcio	No adecuada	N	8	47	190	69	314
		%	61,5	63,5	45,7	46,3	48,2
	Adecuada	N	5	27	226	80	338
		%	38,5	36,5	54,3	53,7	51,8
Total		N	13	74	416	149	652
		%	100,0	100,0	100,0%	100,0	100,0

Fuente: DGSA, 2013



La ingesta inadecuada de calcio del día anterior fue más prevalente en aquellos niños que cumplían con la condición de pobreza (61,5%) e indigencia (63,5%), respecto a los que no (45,7%).

Tabla 52. Adecuación de la ingesta de calcio según NBI en niños

Tabla de contingencia Ingesta adecuada de calcio *					
Necesidades Básicas Insatisfechas					
			Necesidades Básicas Insatisfechas		Total
			Sin NBI	Con NBI	
Ingesta de calcio	No adecuada	N	92	221	313
		%	47,92	48,25	48,15
	Adecuada	N	100	237	337
		%	52,08	51,75	51,85
Total	N		192	458	650
	%		100,00	100,00	100,00

Fuente: DGSA, 2013

El número de niños con ingesta inadecuada de calcio fue superior en aquellos que cumplían con la condición de NBI (221) respecto de aquellos que no (92).

## HIERRO

Tabla 53. Adecuación de la ingesta de hierro según línea de pobreza en indigencia

			Línea de pobreza e indigencia				Total
			Pobre indigente	Pobre no indigente	No pobre	Sin dato	
Ingesta de hierro	No adecuada	N	3	13	37	23	76
		%	23,08	17,57	8,89	15,44	11,66
	Adecuada	N	10	61	379	126	576
		%	76,92	82,43	91,11	84,56	88,34

Total	N	13	74	416	149	652
	%	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: DGSA, 2013

Tabla 54. Adecuación de la ingesta de hierro según NBI en niños

<b>Tabla de contingencia Ingesta adecuada de hierro *</b>					
<b>Necesidades Básicas Insatisfechas</b>					
			<b>Necesidades Básicas Insatisfechas</b>		<b>Total</b>
			<b>Sin NBI</b>	<b>Con NBI</b>	
Ingesta de hierro	No adecuada	N	27	48	75
		%	14,06	10,48	11,54
	Adecuada	N	165	410	575
		%	85,94	89,52	88,46
Total		N	192	458	650
		%	100,00	100,00	100,00

Fuente: DGSA, 2013

Con respecto a la prevalencia de ingesta inadecuada de hierro del día anterior según la condición de pobreza e indigencia, no se observa que esta es mayor en aquellos niños que cumplen con esta condición. A diferencia en el caso de aquellos niños que tuvieron una ingesta inadecuada de hierro el día anterior y su condición de NBI, siendo el mismo superior (48) respecto con los que no (27).

## ENERGIA

Tabla 55. Adecuación de la ingesta de energía según línea de pobreza e indigencia

			<b>Línea de pobreza e indigencia</b>				<b>Total</b>
			<b>Pobre indigente</b>	<b>Pobre no indigente</b>	<b>No pobre</b>	<b>Sin dato</b>	
Ingesta de	No adecuada	N	7	25	145	58	235
		%	53,85	33,78	34,86	38,93	36,04

energía	Adecuada	N	6	49	271	91	417
		%	46,15	66,22	65,14	61,07	63,96
Total	N		13	74	416	149	652
	%		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: DGSA, 2013

El 53,85% de los niños pobres indigentes tuvieron el día anterior una ingesta inadecuada de energía, respecto de aquellos no pobres 34,86%.

Tabla 56. Adecuación de la ingesta de energía según NBI en niños

			Necesidades Básicas Insatisfechas		Total
			Sin NBI	Con NBI	
Ingesta de energía	No adecuada	N	72	161	233
		%	37,50	35,15	35,85
	Adecuada	N	120	297	417
		%	62,50	64,85	64,15
Total		N	192	458	650
		%	100,00	100,00	100,00

Fuente: DGSA, 2013

En aquellos niños que tuvieron ingesta inadecuada de energía el día anterior (233), 161 (69%) de ellos cumplían la condición de NBI, respecto de los que no 72 (30,9%)

### III. Evaluación de Embarazadas

Distribución según edad.

Tabla 57. Edad de las mujeres embarazadas agrupada

Edad por rangos	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
17 a 23 años	15	40,5	40,5	40,5
24 a 30 años	9	24,3	24,3	64,9
31 a 37 años	6	16,2	16,2	81,1
38 a 44 años	5	13,5	13,5	94,6
45 años y mas	2	5,4	5,4	100,0
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 55. Edad de las mujeres embarazadas por rangos



Fuente: DGSA, 2013

Se observa que el 40,5% de las embarazadas son menores de 23 años.

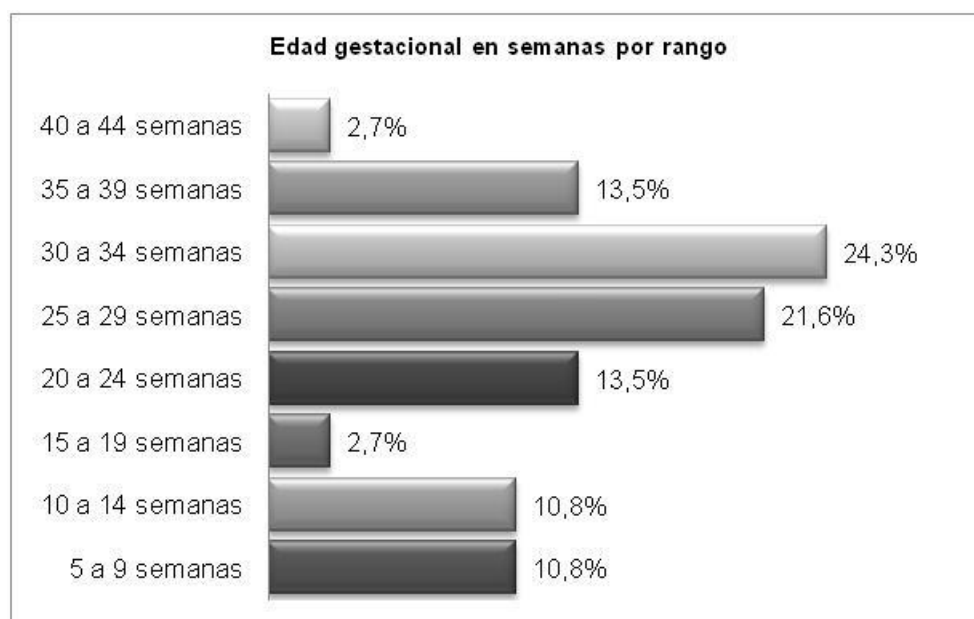
Distribución según edad gestacional.

Tabla 58. Edad gestacional agrupada

Edad gestacional en semanas por rangos				
	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
5 a 9 semanas	4	10,8	10,8	10,8
10 a 14 semanas	4	10,8	10,8	21,6
15 a 19 semanas	1	2,7	2,7	24,3
20 a 24 semanas	5	13,5	13,5	37,8
25 a 29 semanas	8	21,6	21,6	59,5
30 a 34 semanas	9	24,3	24,3	83,8
35 a 39 semanas	5	13,5	13,5	97,3
40 a 44 semanas	1	2,7	2,7	100,0
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 14. Edad gestacional agrupada. EISAR Wilde. Año 2013



Fuente: DGSA, 2013

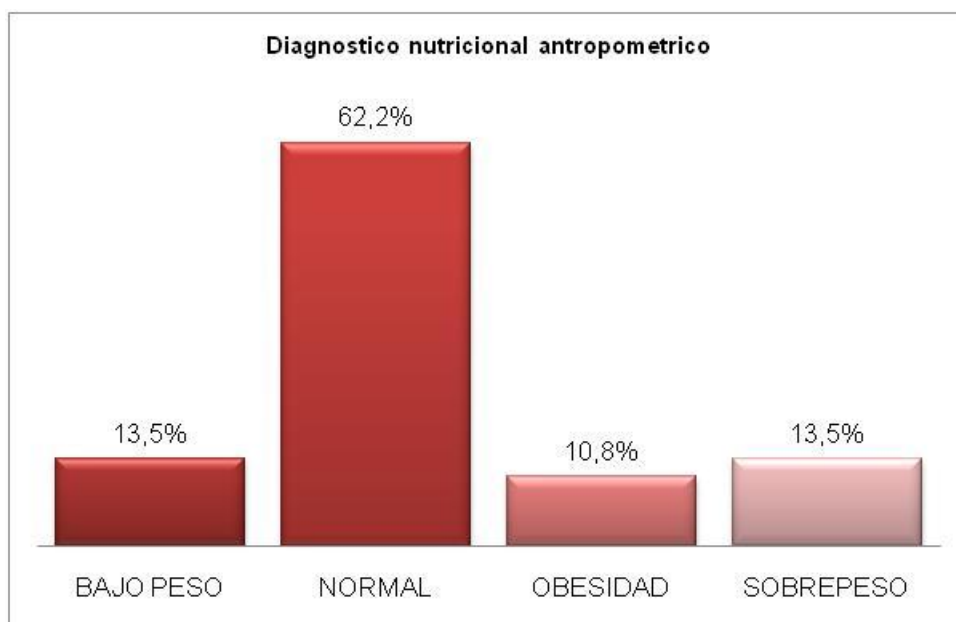
## Diagnostico Nutricional Antropométrico

Tabla 59. Diagnóstico nutricional antropométrico según IMC en embarazadas

Diagnóstico nutricional antropométrico	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
<b>BAJO PESO</b>	5	13,5	13,5	13,5
<b>NORMAL</b>	23	62,2	62,2	75,7
<b>OBESIDAD</b>	4	10,8	10,8	86,5
<b>SOBREPE SO</b>	5	13,5	13,5	100,0
<b>Total</b>	37	100,0	100,0	

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 56. . Diagnóstico nutricional antropométrico según IMC en embarazadas



Fuente: DGSA, 2013

## Anemia en Embarazadas

El 25,9% de las embarazadas a las que se les realizó dosaje de hemoglobina < 11mg/dl en sangre, presentaron anemia.

Tabla 60. Embarazadas con Anemia según Hb. en sangre. Eisar Wilde. Año 2013

Anemia	Frecuencia	%	% válido**
Sin anemia	20	54,1	74,1
Con anemia	7	18,9	25,9
Sin información	10	27	-
Total	37	100	100,0

\* Con anemia = Hb <11g/dl  
\*\* Porcentaje calculado sobre 27 embarazadas evaluadas (excluye embarazadas sin información)

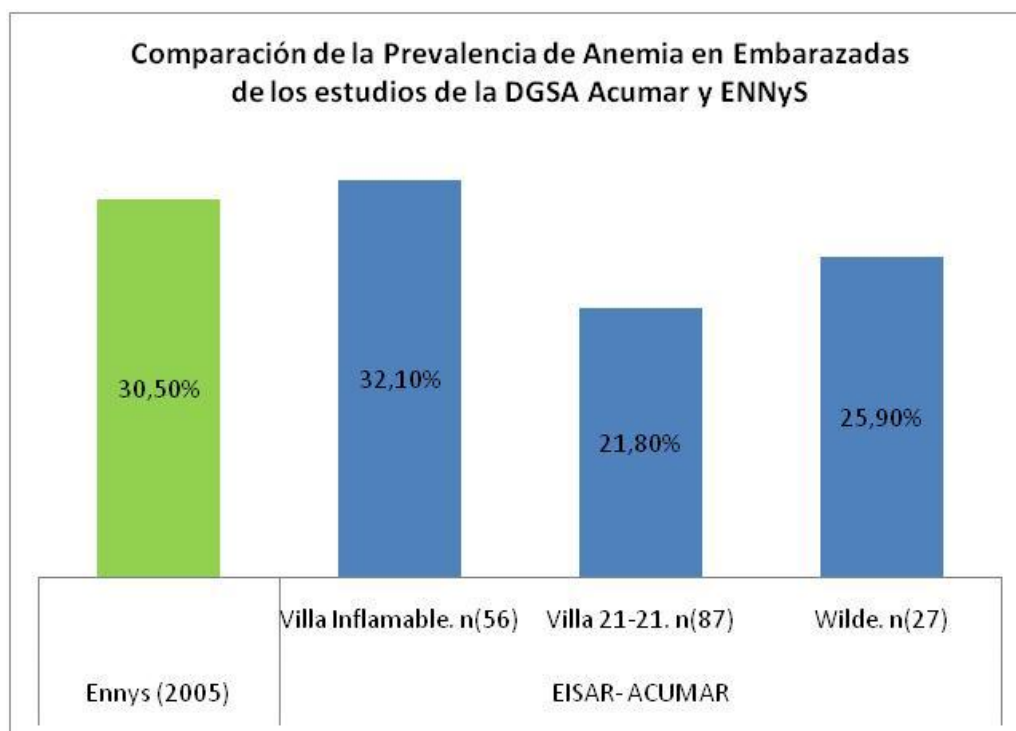
Fuente: DGSA, 2013

Gráfico 57. Embarazadas con Anemia según Hb. en sangre.



Fuente: DGSA, 2013

Gráfico 58. Comparación de prevalencias de Anemia en embarazadas entre estudios de la DGSA y ENNyS



Fuente: DGSA, 2013

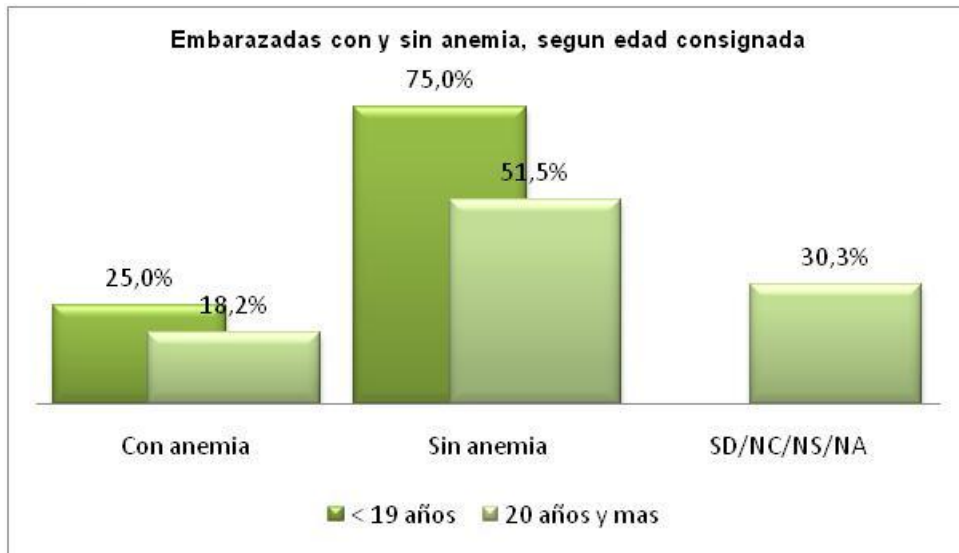
Tabla 61. Embarazadas con y sin Anemia según edad consignada.

Edad			Frecuencia	%	% válido	% acumulado
< 19 años	Válidos	Con anemia	1	25,0	25,0	25,0
		Sin anemia	3	75,0	75,0	100,0
		Total	4	100,0	100,0	
20 años y mas	Válidos	Con anemia	6	18,2	18,2	18,2
		Sin anemia	17	51,5	51,5	69,7
		SD/NC/NS/NA	10	30,3	30,3	100,0
		Total	33	100,0	100,0	

Fuente: DGSA, 2013



Gráfico 59. Anemia en embarazadas según edad consignada



Si bien el número de embarazadas adolescentes evaluadas es bajo (4) se observa que es mayor la prevalencia de anemia en este grupo (25%) con respecto a las embarazadas mayores de esta edad (18,2%)

#### Controles médicos del embarazo

Tabla 62. Número de controles médicos del embarazo realizados.

N° Controles	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
0	9	24,3	24,3	24,3
1	6	16,2	16,2	40,5
2	5	13,5	13,5	54,1
3	6	16,2	16,2	70,3
4	4	10,8	10,8	81,1
5	3	8,1	8,1	89,2
6	3	8,1	8,1	97,3
14	1	2,7	2,7	100,0
<b>Total</b>	37	100,0	100,0	

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 60. Número de controles médicos del embarazo realizados.



Fuente: DGSA, 2013.

El 24,3% de las embarazadas encuestadas no había realizado ningún control al momento de la encuesta.

Tabla 63. Número de controles médicos del embarazo realizados según edad gestacional.

Controles realizados en relación a la edad gestacional			Edad gestacional en semanas por rangos								Total
			5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	
Control es	0	Recuento	2	2	0	2	1	2	0	0	9
		% del total	5,4	5,4	,0	5,4	2,7	5,4	,0	,0	24,3
	1	Recuento	2	0	0	2	1	1	0	0	6
		% del total	5,4	,0	,0	5,4	2,7	2,7	,0	,0	16,2
	2	Recuento	0	2	1	0	0	1	1	0	5
		% del total	,0	5,4	2,7	,0	,0	2,7	2,7	,0	13,5
	3	Recuento	0	0	0	1	2	1	1	1	6
		% del total	,0	,0	,0	2,7	5,4	2,7	2,7	2,7	16,2

		% del total	,0	,0	,0	2,7	5,4	2,7	2,7	2,7	16,2
4	Recuento		0	0	0	0	3	0	1	0	4
	% del total		,0	,0	,0	,0	8,1	,0	2,7	,0	10,8
5	Recuento		0	0	0	0	1	1	1	0	3
	% del total		,0	,0	,0	,0	2,7	2,7	2,7	,0	8,1
6	Recuento		0	0	0	0	0	2	1	0	3
	% del total		,0	,0	,0	,0	,0	5,4	2,7	,0	8,1
7 o mas	Recuento		0	0	0	0	0	1	0	0	1
	% del total		,0	,0	,0	,0	,0	2,7	,0	,0	2,7
Total	Recuento		4	4	1	5	8	9	5	1	37
	% del total		10,8	10,8	2,7	13,5	21,6	24,3	13,5	2,7	100

En esta tabla se puede observar que aquellas embarazadas que no realizaron controles al momento de la encuesta (24,3%) solo el 5,4% del total de embarazadas evaluadas se encontraba con un embarazo inferior a 9 semanas de gestación. La mayoría de las embarazadas que no realizaron controles cursaban un embarazo en el segundo y tercer trimestre.

#### Número de Embarazos

Tabla 64. Mujeres embarazadas según N° de Embarazos

N° Embarazos	Frecuencia	%	% válido
1	5	13,5	20,0
2	8	21,6	32,0
3	5	13,5	20,0
4	1	2,7	4,0
5	4	10,8	16,0
7	2	5,4	8,0
<b>Total</b>	25	67,6	100,0
<b>Sistema*</b>	12	32,4	
<b>Total</b>	37	100,0	

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

El 72% de las embarazadas encuestadas tuvo 3 o menos embarazos al momento de la encuesta. El 24% de las embarazadas respondió haber tenido 5 o más embarazos.

Tabla 65. Controles realizados hasta la fecha y número de embarazos anteriores

			Número de controles						Total	
			0	1	2	3	4	5		6
N° de Embarazos	1	Recuento	0	1	1	1	1	0	1	5
		% del total	,0	4,0	4,0	4,0	4,0	,0	4,0	20,0
	2	Recuento	1	0	2	0	1	2	2	8
		% del total	4,0	,0	8,0	,0	4,0	8,0	8,0	32,0
	3	Recuento	0	2	1	1	1	0	0	5
		% del total	,0	8,0	4,0	4,0	4,0	,0	,0	20,0
	4	Recuento	0	1	0	0	0	0	0	1
		% del total	,0	4,0	,0	,0	,0	,0	,0	4,0
	5	Recuento	2	0	0	2	0	0	0	4
		% del total	8,0	,0	,0	8,0	,0	,0	,0	16,0
	7	Recuento	2	0	0	0	0	0	0	2
		% del total	8,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	8,0
	Total	Recuento	5	4	4	4	3	2	3	25
		% del total	20,0	16,0	16,0	16,0	12,0	8,0	12,0	100,0

Tabla 66. Correlación entre número de embarazos y de controles realizados.

Correlaciones			
		N° de embarazos	Controles realizados
N° de embarazos	Correlación de Pearson	1	-,534**
	Sig. (bilateral)		,006
	N	25	25
N° de controles realizados	Correlación de Pearson	-,534**	1
	Sig. (bilateral)	,006	
	N	25	37

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente DGSA, 2013

El valor del índice de correlación varía en el intervalo [-1,1]:

- Si  $r = 1$ , existe una correlación positiva perfecta. El índice indica una dependencia total entre las dos variables denominada *relación directa*: cuando una de ellas aumenta, la otra también lo hace en proporción constante.
- Si  $0 < r < 1$ , existe una correlación positiva.
- Si  $r = 0$ , no existe relación lineal. Pero esto no necesariamente implica que las variables son independientes: pueden existir todavía relaciones no lineales entre las dos variables.
- Si  $-1 < r < 0$ , existe una correlación negativa.
- Si  $r = -1$ , existe una correlación negativa perfecta. El índice indica una dependencia total entre las dos variables llamada *relación inversa*: cuando una de ellas aumenta, la otra disminuye en proporción constante.

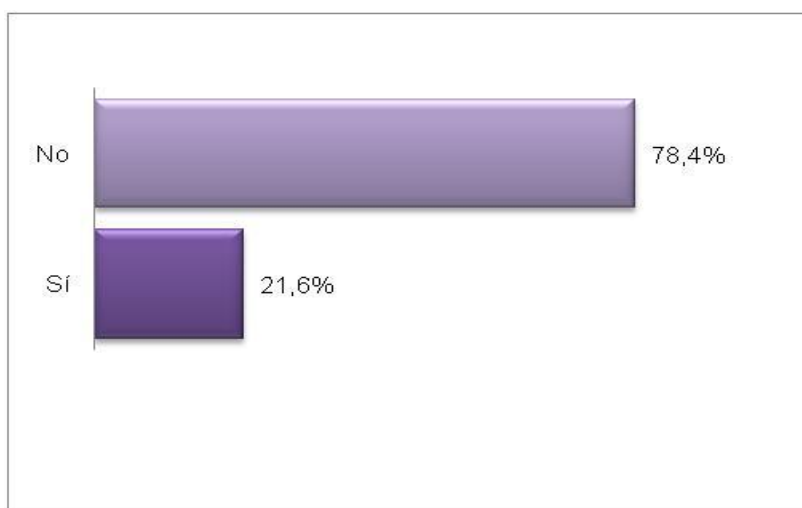
Esto explica una correlación entre aquellas embarazadas con más de un hijo o múltiparas y la menor concurrencia a los controles.

Tabla 67. Porcentaje de Embarazadas con Primigesta

Primigesta	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Sí	8	21,6	21,6	21,6
No	29	78,4	78,4	100,0
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 61. Porcentaje de Embarazadas primigestas



Fuente: DGSA, 2013

El 21,6% de las embarazadas encuestadas cursaban con su primer embarazo

#### Período intergenésico

Tabla 68. Porcentaje de embarazadas según el tiempo que transcurrió desde su último embarazo

Tiempo desde el último embarazo	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
0 menos de 1 año	1	2,7	4,3	4,3
1 año	7	18,9	30,4	34,8
2 años	4	10,8	17,4	52,2
3 años	3	8,1	13,0	65,2
4 años	2	5,4	8,7	73,9
6 años	1	2,7	4,3	78,3
9 años	1	2,7	4,3	82,6
11 años	1	2,7	4,3	87,0
12 años	1	2,7	4,3	91,3
21 años	1	2,7	4,3	95,7
22 años	1	2,7	4,3	100,0
<b>Total</b>	23	62,2	100,0	
<b>Sistema*</b>	14	37,8		
<b>Total</b>	37	100,0		

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA

El 30,4% de las embarazadas respondió haber tenido su embarazo anterior hacia un año.

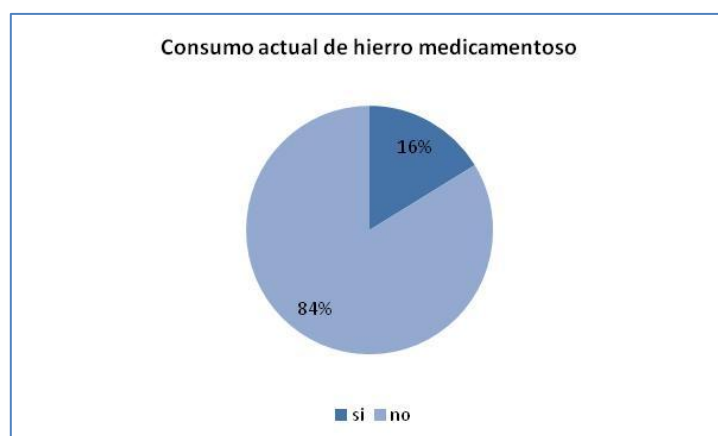
#### Ingesta de hierro medicamentoso en embarazadas

Tabla 69. Porcentaje de Embarazadas que ingieren hierro medicamentoso.

Ingesta actual de hierro	Frecuencia	%
Sí	6	16,2
<b>Total</b>	37	100,0

Fuente: DGSA, 2013.

Gráfico 62. Porcentaje de Embarazadas que ingieren hierro medicamentoso.



El 16,2% de las embarazadas estaba tomando hierro al momento de la encuesta.

Tabla 70. Controles realizados y consumo actual de hierro medicamentoso

			Controles realizados hasta la fecha				Total
			2	4	6	7 o más	
Consumo actual de hierro	Sí	Recuento	2	2	1	1	6
		% del total	33,3	33,3	16,7	16,7	100,0
Total		Recuento	2	2	1	1	6
		% del total	33,3	33,3	16,7	16,7	100,0

Fuente: DGSA, 2013

En la tabla precedente se observa que al realizar más controles (6 o más) el porcentaje de embarazadas que toman hierro no es mayor.

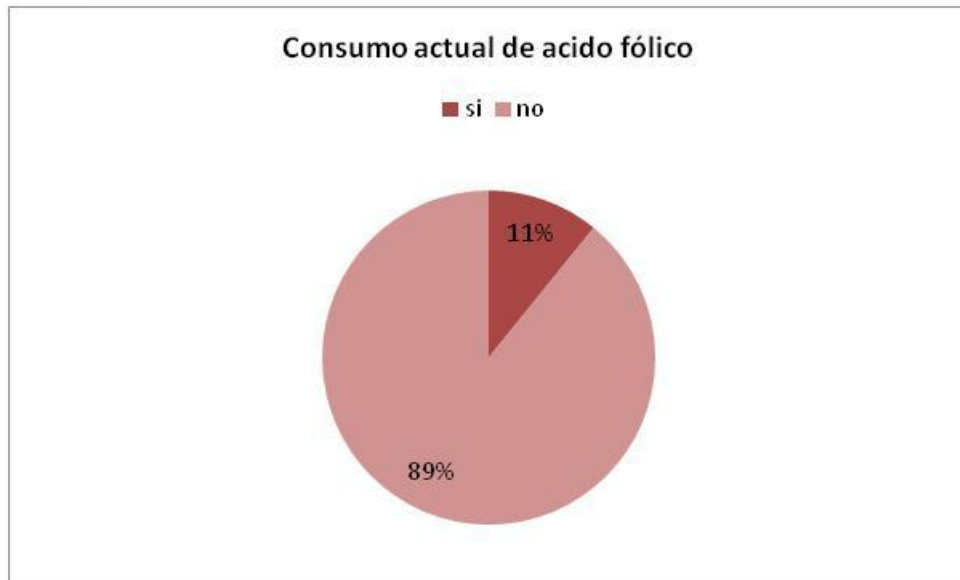
#### Ingesta de Ac. Fólico medicamentoso

Tabla 71. Porcentaje de Embarazadas que ingieren Ac. Fólico

Consumo actual de ácido fólico	Frecuencia	%
Sí	4	10,8%
Total	37	100,0

Fuente: DGSA, 2013

Gráfico 63. Porcentaje de Embarazadas que ingieren Ac. Fólico.



Fuente: DGSA, 2013

El 10,8% de las embarazadas estaba tomando Ac. Fólico

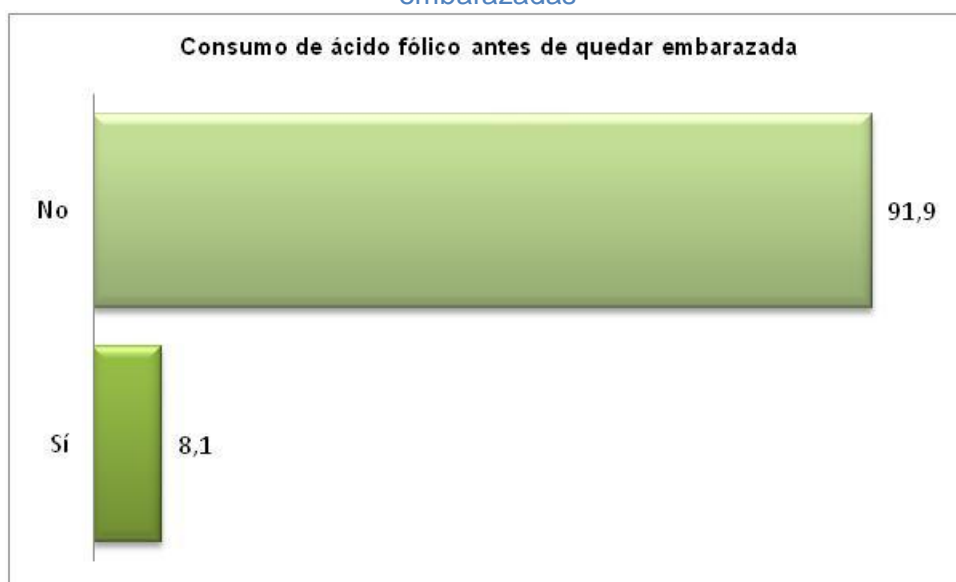
Tabla 72. Porcentaje de Embarazadas que tomaron Ac. Fólico antes de quedar embarazadas.

Consumo de ácido fólico antes de quedar embarazada	Frecuencia	% válido
<b>Sí</b>	3	8,1
<b>No</b>	34	91,9
<b>Total</b>	37	100,0

Fuente: DGSA, 2013



Gráfico 64 Porcentaje de Embarazadas que tomaron Ac. Fólico antes de quedar embarazadas



Solo el 8,1% de las embarazadas evaluadas ingirieron Ac. Fólico antes de quedar embarazadas.

#### Ingesta de Calcio y Flúor medicamentoso.

Ninguna de las embarazadas evaluadas estaba tomando ni Calcio ni Fluor.

#### Tabaquismo en el Embarazo

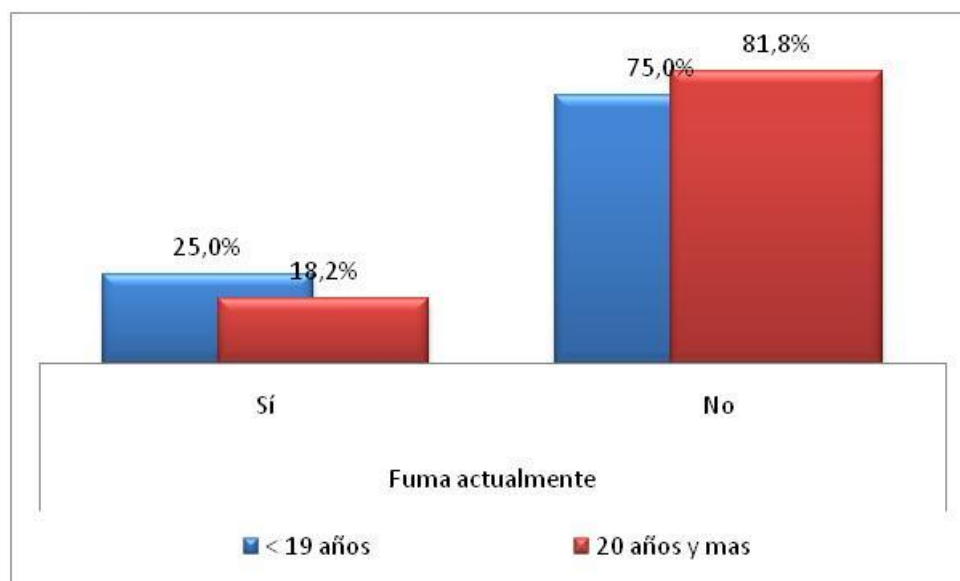
Tabla 73. Embarazadas que fuman actualmente

			Fuma actualmente		Total
			Sí	No	
< 19 años	Recuento	1	3	4	
	% dentro de Edad	25,0	75,0	100,0	
	% del total	2,7	8,1	10,8	
20 años y mas	Recuento	6	27	33	
	% dentro de Edad	18,2	81,8	100,0	
	% del total	16,2	73,0	89,2	
Total	Recuento	7	30	37	
	% dentro de Edad	18,9	81,1	100,0	
	% del total	18,9	81,1	100,0	

Fuente: DGSA, 2013

El 18,9% de las embarazadas encuestadas fuman.

Gráfico 65. Porcentaje de embarazadas que fuman actualmente según edad consignada.



Fuente: DGSA, 2013

Se observa que del grupo de embarazadas que fuman actualmente es mayor el porcentaje que corresponde a embarazadas adolescentes.

Condiciones del Hogar de la embarazada, el entorno, el contexto socioeconómico.

Tabla 74. Porcentaje de embarazadas según condición de NBI.

	Frecuencia	%
<b>Sin NBI</b>	13	35,1
<b>Con NBI</b>	24	64,9
<b>Total</b>	37	100,0

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 66. Porcentaje de embarazadas según condición de NBI.



Fuente: DGSA, 2013

El 64,9% de las embarazadas evaluadas cumple la condición de NBI

Tabla 75. Porcentaje de embarazadas según condición de NBI y edad consignada

			Necesidades Básicas Insatisfechas		Total
			Sin NBI	Con NBI	
Edad	< 19 años	Recuento	1	3	4
		% dentro de Edad	25,0	75,0	100,0
		% del total	2,7	8,1	10,8
	20 años y mas	Recuento	12	21	33
		% dentro de Edad	36,4	63,6	100,0
		% del total	32,4	56,8	89,2
Total		Recuento	13	24	37
		% dentro de Edad	35,1	64,9	100,0
		% del total	35,1	64,9	100,0

Fuente: DGSA, 2013

Se observa que el 75% (3) de las embarazadas adolescentes cumplen la condición de NBI.

Tabla 76. Porcentaje de embarazadas según nivel educativo y edad consignada.  
EISAR Wilde. Año 2013

			Nivel educativo							Total
			Primario incompleto	Primario completo	Secundario incompleto	Secundario completo	Terciario/ universitario	Terciario/ universitario	Ns/Nc	
Edad( años)	< 19	Recuento	0	1	2	0	0	0	1	4
		% dentro de Edad	,0	25,0	50,0	,0	,0	,0	25,0	100
		% del total	,0	2,7	5,4	,0	,0	,0	2,7	10,8
	20 y más	Recuento	7	10	7	6	2	1	0	33
		% dentro de Edad	21,2	30,3	21,2	18,2	6,1	3,0	,0	100,0
		% del total	18,9	27,0	18,9	16,2	5,4	2,7	,0	89,2
Total	Recuento	7	11	9	6	2	1	1	37	
	% dentro de Edad	18,9	29,7	24,3	16,2	5,4	2,7	2,7	100,0	
	% del total	18,9	29,7	24,3	16,2	5,4	2,7	2,7	100,0	

Fuente: DGSA, 2013

Se observa que el 50% de las embarazadas adolescentes tenían el secundario incompleto y el 25% tenían solo el primario completo.

Tabla 77. Porcentaje de embarazadas según tipo de hogar agrupado y edad consignada

			Tipo de hogar agrupado					Total
			Hogar multiple personal no conyugal	Familia completa nuclear	Familia completa extensa/ compuesta	Familia monoparental nuclear	Familia monoparental extensa/ compuesta	
Edad años	< 19	Recuento	1	0	0	1	2	4
		% dentro de Edad	25,0	,0	,0	25,0	50,0	100,0
		% del total	2,7	,0	,0	2,7	5,4	10,8
	20 y más	Recuento	0	26	3	3	1	33
		% dentro de Edad	,0	78,8	9,1	9,1	3,0	100,0
		% del total	,0	70,3	8,1	8,1	2,7	89,2
Total	Recuento	1	26	3	4	3	37	
	% dentro de Edad	2,7	70,3	8,1	10,8	8,1	100,0	

	<b>% del total</b>	2,7	70,3	8,1	10,8	8,1	100,0
--	--------------------	-----	------	-----	------	-----	-------

Fuente: DGSA, 2013

Se observa que las embarazadas adolescentes no conforman familias completas, el 25% conforman hogar multipersonal no conyugal, el 25% familia monoparental nuclear y el 50% familias monoparental extensa/compuesta.

Tabla 78. Porcentaje de embarazadas que cumplen condición de NBI o no según reciban bolsas o cajas de alimentos.

			<b>Recibe bolsa/caja de alimentos</b>	<b>Total</b>
			<b>No</b>	
<b>Necesidades Básicas Insatisfechas</b>	<b>Sin NBI</b>	<b>Recuento</b>	13	13
		<b>% del total</b>	36,1	36,1
	<b>Con NBI</b>	<b>Recuento</b>	23	23
		<b>% del total</b>	63,9	63,9
<b>Total</b>		<b>Recuento</b>	36	36
		<b>% del total</b>	100,0	100,0

Fuente: DGSA, 2013

El 63,9% de las embarazadas que cumplen condición NBI, no reciben bolsa/caja de alimentos

Tabla 79. Porcentaje de embarazadas que cumplen condición de NBI o no según reciban tickets o vales de programas.

			<b>Recibe tickets o vales de programas</b>		<b>Total</b>
			<b>No</b>	<b>Si</b>	
<b>Necesidades Básicas Insatisfechas</b>	<b>Sin NBI</b>	<b>Recuento</b>	12	1	13
		<b>% del total</b>	33,3	2,8	36,1
	<b>Con NBI</b>	<b>Recuento</b>	21	2	23
		<b>% del total</b>	58,3	5,6	63,9
<b>Total</b>		<b>Recuento</b>	33	3	36
		<b>% del total</b>	91,7	8,3	100,0

Fuente: DGSA, 2013

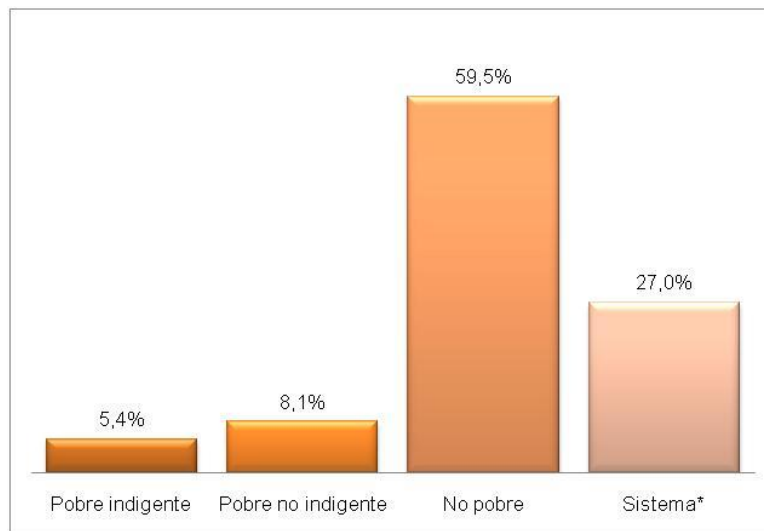
Solo el 5,6% de las embarazadas con NBI reciben tickets o vales de programas.

Tabla 80. Porcentaje de embarazadas según pobreza e indigencia.

<b>Embarazadas pobres indigentes, pobres no indigentes y no pobres</b>				
	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>% válido</b>	<b>% acumulado</b>
<b>Pobre indigente</b>	2	5,4	5,4	5,4
<b>Pobre no indigente</b>	3	8,1	8,1	13,5
<b>No pobre</b>	22	59,5	59,5	73,0
<b>Sistema*</b>	10	27,0	27,0	100,0
<b>Total</b>	37	100,0	100,0	

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 67. Porcentaje de embarazadas según pobreza e indigencia.



Fuente: DGSA, 2013

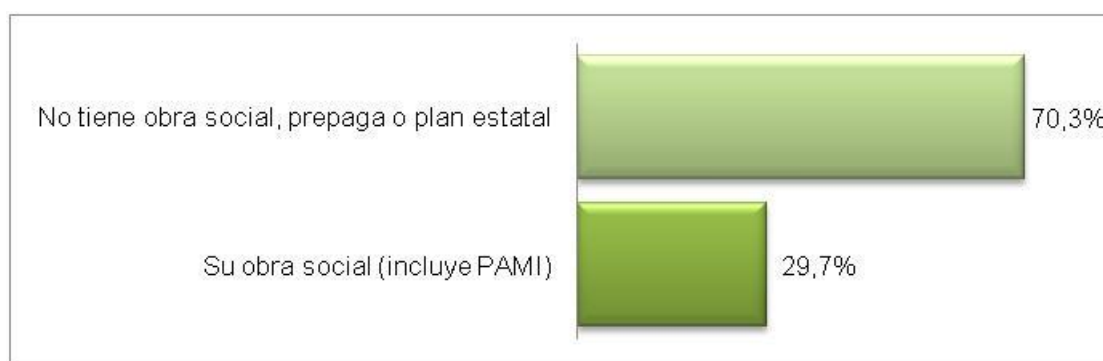
El 18,9% de las embarazadas son pobres.

Tabla 81. Porcentaje de embarazadas según cobertura de salud.

	Frecuencia	%
<b>Su obra social (incluye PAMI)</b>	11	29,7
<b>No tiene obra social, prepaga o plan estatal</b>	26	70,3
<b>Total</b>	37	100,0

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 68. Porcentaje de embarazadas según cobertura de salud.



Fuente: DGSA, 2013

El 70,3% de las embarazadas refirieron no tener obra social o plan estatal.

Gráfico 69. Porcentaje de embarazadas según tipo de vivienda

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
<b>Casa</b>	31	83,8	83,8	83,8
<b>Rancho</b>	3	8,1	8,1	91,9
<b>Casilla</b>	3	8,1	8,1	100,0
<b>Total</b>	37	100,0	100,0	

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 70. Porcentaje de embarazadas según tipo de vivienda



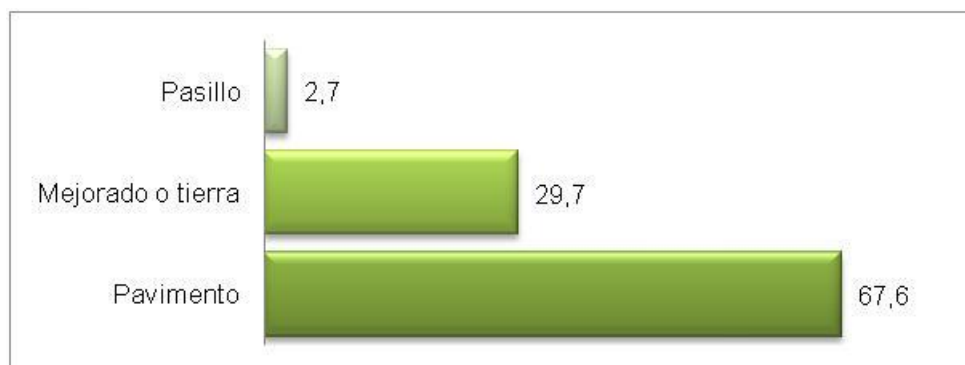
Fuente: DGSA, 2013

Tabla 82. Porcentaje de embarazadas según la cuadra en la que se encuentra la vivienda.

	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
<b>Pavimento</b>	25	67,6	67,6	67,6
<b>Mejorado o tierra</b>	11	29,7	29,7	97,3
<b>Pasillo</b>	1	2,7	2,7	100,0
<b>Total</b>	37	100,0	100,0	

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 71. . Porcentaje de embarazadas según la cuadra en la que se encuentra la vivienda.



Fuente: DGSA, 2013

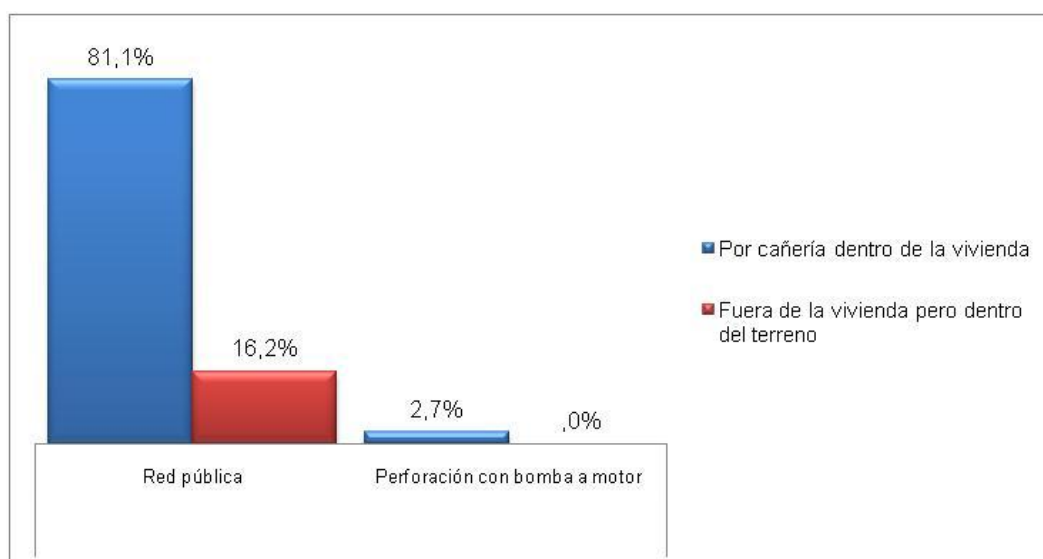


Tabla 83. Porcentaje de embarazadas según provisión de agua.

			Fuente de provisión del agua		Total
			Red pública	Perforación con bomba a motor	
Tiene agua	Por cañería dentro de la vivienda	Recuento	30	1	31
		% del total	81,1	2,7	83,8
	Fuera de la vivienda pero dentro del terreno	Recuento	6	0	6
		% del total	16,2	,0	16,2
<b>Total</b>		<b>Recuento</b>	<b>36</b>	<b>1</b>	<b>37</b>
		<b>% del total</b>	<b>97,3</b>	<b>2,7</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 72. Porcentaje de embarazadas según provisión de agua.



Fuente: DGSA, 2013

El 16,2% de las embarazadas tiene agua de red fuera de la vivienda pero dentro del terreno.

Tabla 84. Porcentaje de embarazadas según tenga baño o letrina y tipo de desagüe

			Baño con botón, cadena, mochila para limpieza del inodoro		Total
			Si	No	
Esta vivienda, tiene baño/letrina	Si	Recuento	20	16	36
		% del total	55,6	44,4	100,0
Total		Recuento	20	16	36
		% del total	55,6	44,4	100,0

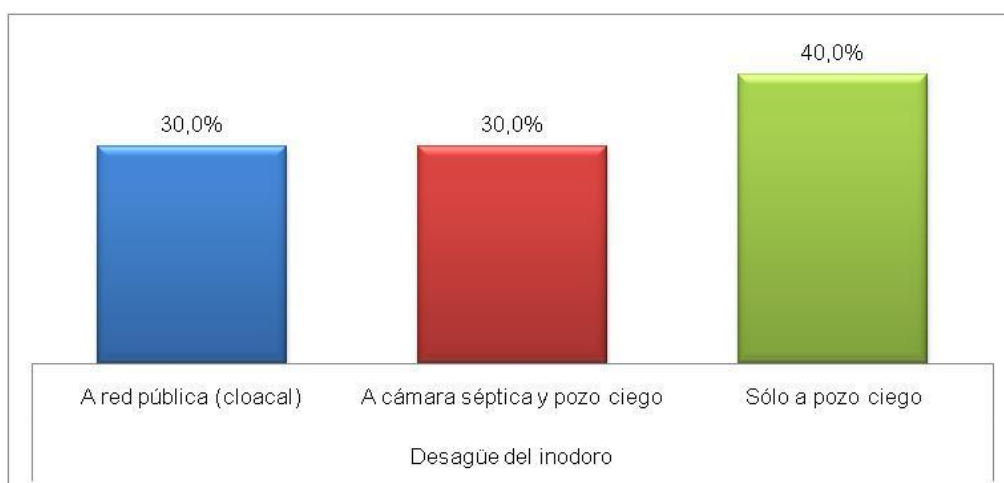
Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Tabla 85. Porcentaje de embarazadas con baño con descarga de agua y desagüe del inodoro

			Desagüe del inodoro			Total
			A red pública (cloacal)	A cámara séptica y pozo ciego	Sólo a pozo ciego	
El baño, tiene botón, cadena, mochila para limpieza del inodoro	Si	Recuento	6	6	8	20
		% del total	30,0	30,0	40,0	100,0
Total		Recuento	6	6	8	20
		% del total	30,0	30,0	40,0	100,0

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 73. Porcentaje de embarazadas con baño con descarga de agua y desagüe del inodoro



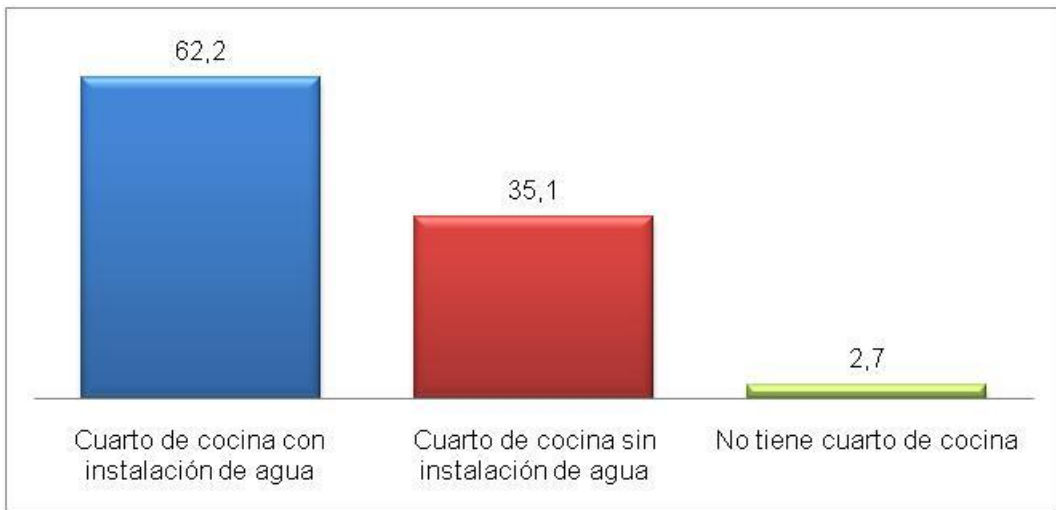
Fuente: DGSA, 2013

Tabla 86. Porcentaje de embarazadas según tengan cuarto de cocina con o sin instalación de agua.

Cuarto de cocina	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Cuarto de cocina con instalación de agua	23	62,2	62,2	62,2
Cuarto de cocina sin instalación de agua	13	35,1	35,1	97,3
No tiene cuarto de cocina	1	2,7	2,7	100,0
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 74. Porcentaje de embarazadas según tengan cuarto de cocina con o sin instalación de agua.



Fuente: DGSA, 2013

El 35,1% de las embarazadas cuentan con cuarto de cocina sin instalación de agua.

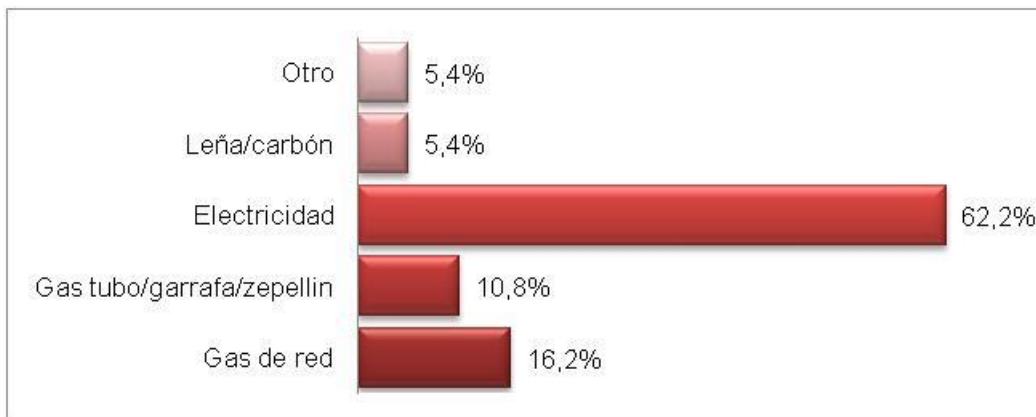
Tabla 87. Porcentaje de embarazadas según principal combustible para cocinar.

Combustible utilizado	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Gas de red	7	18,9	18,9	18,9
Gas tubo/garrafa/zepelín	29	78,4	78,4	97,3

Electricidad	1	2,7	2,7	100,0
Total	37	100,0	100,0	

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 75. Porcentaje de embarazadas según principal combustible para cocinar



Fuente: DGSA, 2013

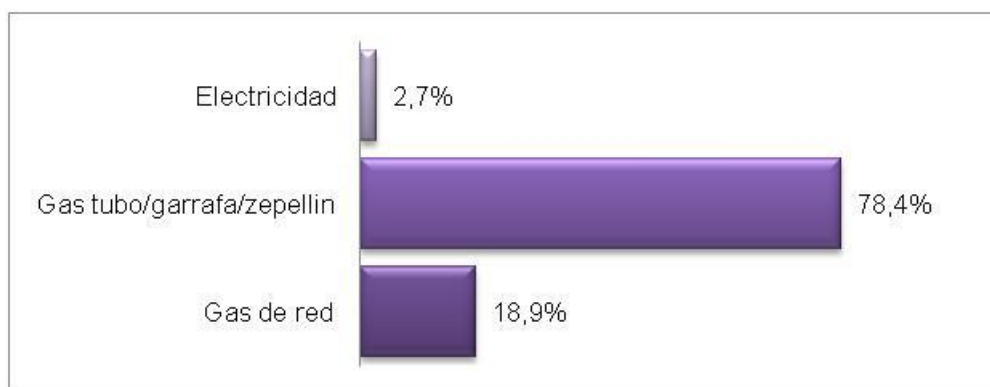
El 78,4% de las embarazadas utilizan para cocinar gas de tubo o garrafa. Solo el 18,9% tiene gas de red.

Tabla 88. Porcentaje de embarazadas según principal combustible para calefaccionarse.

Combustible utilizado para calefaccionar la casa	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Gas de red	6	16,2%	16,2	16,2
Gas tubo/garrafa/zepellin	4	10,8%	10,8	27,0
Electricidad	23	62,2%	62,2	89,2
Leña/carbón	2	5,4%	5,4	94,6
Otro	2	5,4%	5,4	100,0
Total	37	100,0%	100,0	

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 76. Porcentaje de embarazadas según principal combustible utilizado para calefaccionar



Fuente: DGSA, 2013

El 62,2% de las embarazadas utilizan la electricidad para calefaccionarse.

#### Resultados de la ingesta Alimentaria en embarazadas.

Para el análisis del consumo de alimentos se incluyeron datos de 27 embarazadas.

Se incluyen los siguientes valores de ingesta para nutrientes seleccionados.

Tabla 89. Adecuación de la ingesta de proteínas en embarazadas

Ingesta de proteínas					
		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Adecuación De la ingesta	Inadecuada	17	63,0	63,0	63,0
	Adecuada	10	37,0	37,0	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

Fuente: DGSA, 2013

Tabla 90. Adecuación de la ingesta de proteínas en embarazadas

Ingesta de calcio					
		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Adecuación De la ingesta	Inadecuada	26	96,3	96,3	96,3
	Adecuada	1	3,7	3,7	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

Fuente: DGSA, 2013

Tabla 91. Adecuación de la ingesta de folato en embarazadas

Ingesta de folato					
		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
	Inadecuada	16	59,3	59,3	59,3
	Adecuada	11	40,7	40,7	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

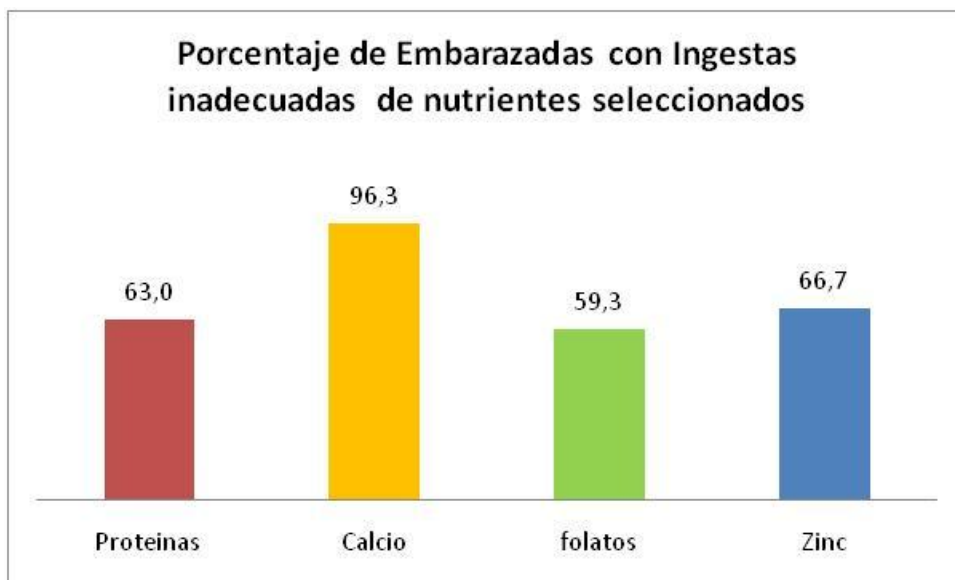
Fuente: DGSA, 2013

Tabla 92. Adecuación de la ingesta de Zinc en embarazadas

Ingesta de zinc					
		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
	Inadecuada	18	66,7	66,7	66,7
	Adecuada	9	33,3	33,3	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

Fuente: DGSA, 2013

Gráfico 77. Inadecuación en la ingesta de nutrientes seleccionados en embarazadas



Fuente: DGSA, 2013

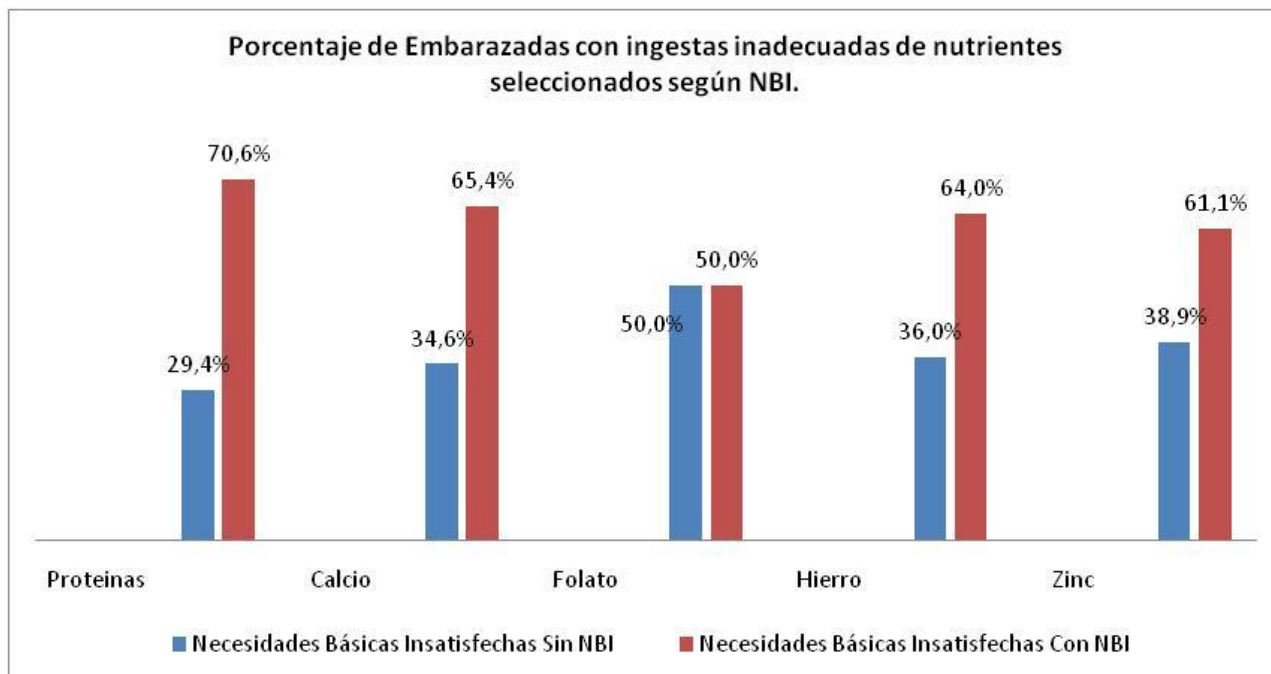
A continuación se detalla la proporción de embarazadas que tuvieron ingestas inadecuadas de nutrientes seleccionados según línea de pobreza e indigencia y condición NBI

Tabla 93. Porcentaje de embarazadas con Ingestas inadecuadas de nutrientes seleccionados según NBI.

Ingestas inadecuadas	Necesidades Básicas Insatisfechas		Total
	Sin NBI	Con NBI	
Proteínas	5	12	17
%	29,4	70,6	100,0
Calcio	9	17	26
%	34,6	65,4	100,0
Folato	8	8	16
%	50,0	50,0	100,0
Hierro	9	16	25
%	36,0	64,0	100,0
Zinc	7	11	18
%	38,9	61,1	100,0

Fuente: DGSA, 2013

Gráfico 78. Porcentaje de embarazadas con Ingestas inadecuadas de nutrientes seleccionados según NBI.



Fuente: DGSA, 2013

Se observa que a excepción de la ingesta de folatos, la inadecuación del resto de los nutrientes seleccionados es más prevalente en embarazadas con NBI.



#### IV. Adultos Mayores

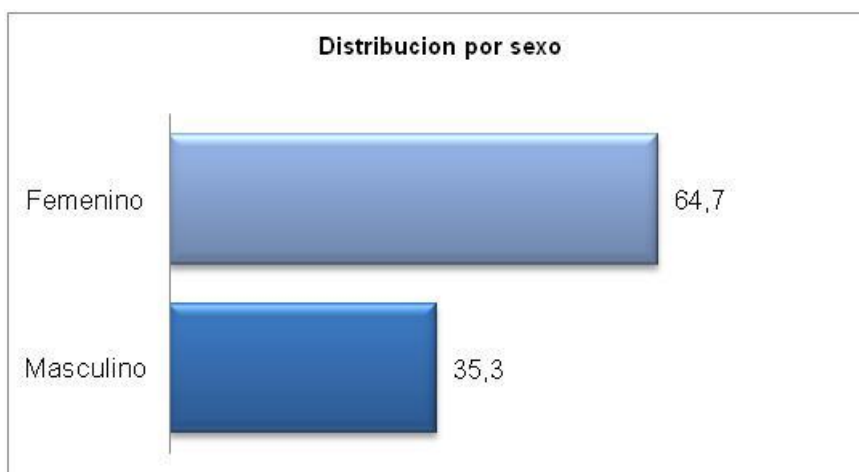
A continuación se describe la situación nutricional y aspectos socioeconómicos de 235 adultos mayores evaluados. De los cuales 83 (35,3%) pertenecían al sexo masculino y 152 (64,7%) al sexo Femenino. La media de edad fue para el sexo masculino 69 años y para el femenino 70 años.

Tabla 94. Distribución de AM por sexo

Distribución por sexo				
	Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Masculino	83	35,3	35,3	35,3
Femenino	152	64,7	64,7	100,0
Total	235	100,0	100,0	

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 79. Distribución de AM por sexo



Fuente: DGSA, 2013

Es mayor la proporción de AM del sexo femenino (64,7%) respecto del sexo masculino (35,3%)

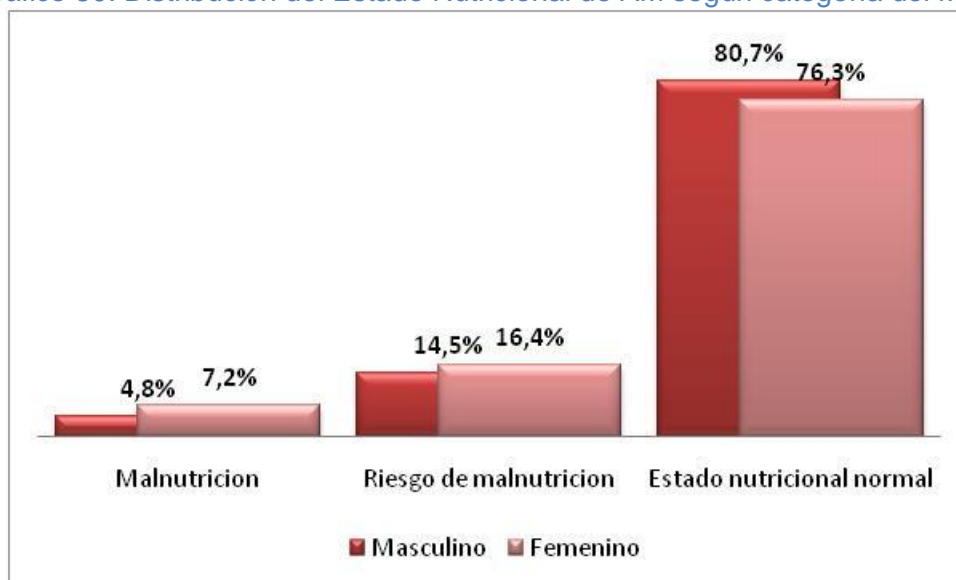
## Estado nutricional

Tabla 95. Distribución del Estado Nutricional de AM según categoría del MNA

Sexo		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Masculino	Malnutrición	4	4,8	4,8	4,8
	Riesgo de malnutrición	12	14,5	14,5	19,3
	Estado nutricional normal	67	80,7	80,7	100,0
	Total	83	100,0	100,0	
Femenino	Malnutrición	11	7,2	7,2	7,2
	Riesgo de malnutrición	25	16,4	16,4	23,7
	Estado nutricional normal	116	76,3	76,3	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

Fuente: DGSA, 2013

Gráfico 80. Distribución del Estado Nutricional de AM según categoría del MNA



Fuente: DGSA, 2013

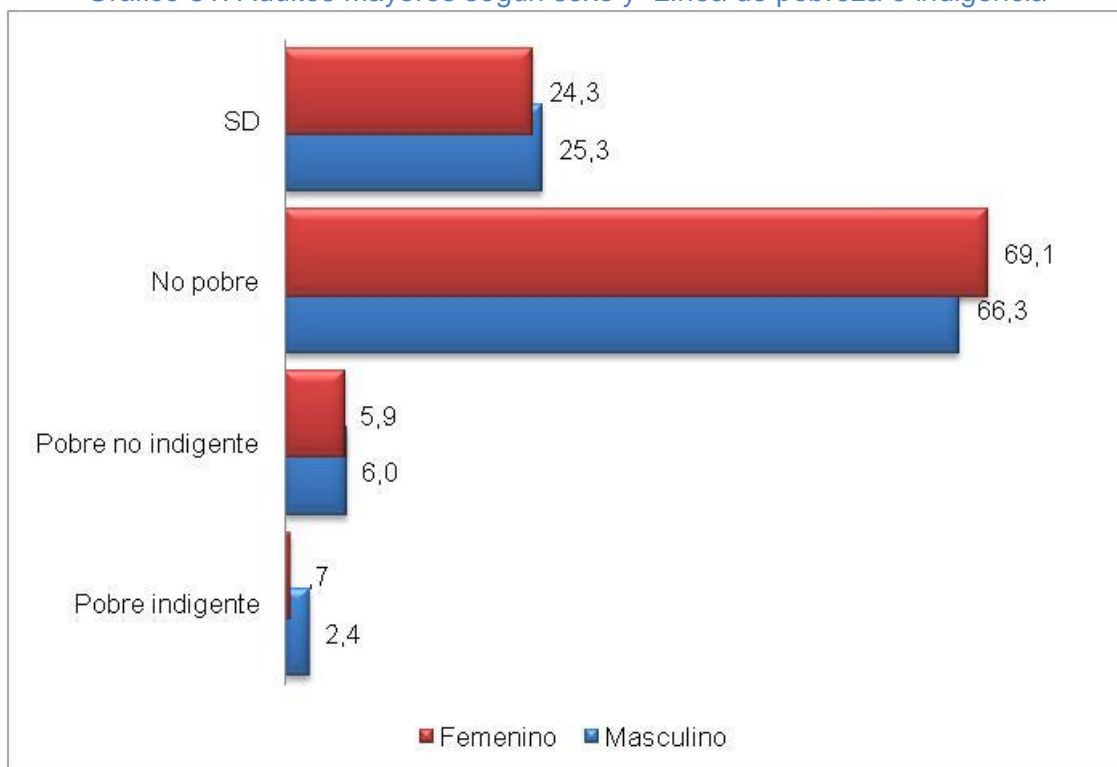
Fue más elevado la proporción de AM con Malnutrición en el sexo femenino (7,2%) respecto del sexo masculino (4,8%). De igual modo presentaron riesgo de malnutrición el 16,4% de las mujeres y el 14,5% de los varones. Fue mayor la proporción de AM con estado nutricional normal en el sexo masculino (80,7%) respecto del femenino (76,3%)

Tabla 96. Adultos Mayores según sexo y Línea de pobreza e indigencia

Línea de pobreza e indigencia					
Sexo		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Masculino	Pobre indigente	2	2,4	2,4	2,4
	Pobre no indigente	5	6,0	6,0	8,4
	No pobre	55	66,3	66,3	74,7
	SD	21	25,3	25,3	100,0
	Total	83	100,0	100,0	
Femenino	Pobre indigente	1	,7	,7	,7
	Pobre no indigente	9	5,9	5,9	6,6
	No pobre	105	69,1	69,1	75,7
	SD	37	24,3	24,3	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 81. Adultos Mayores según sexo y Línea de pobreza e indigencia



Fuente: DGSA, 2013

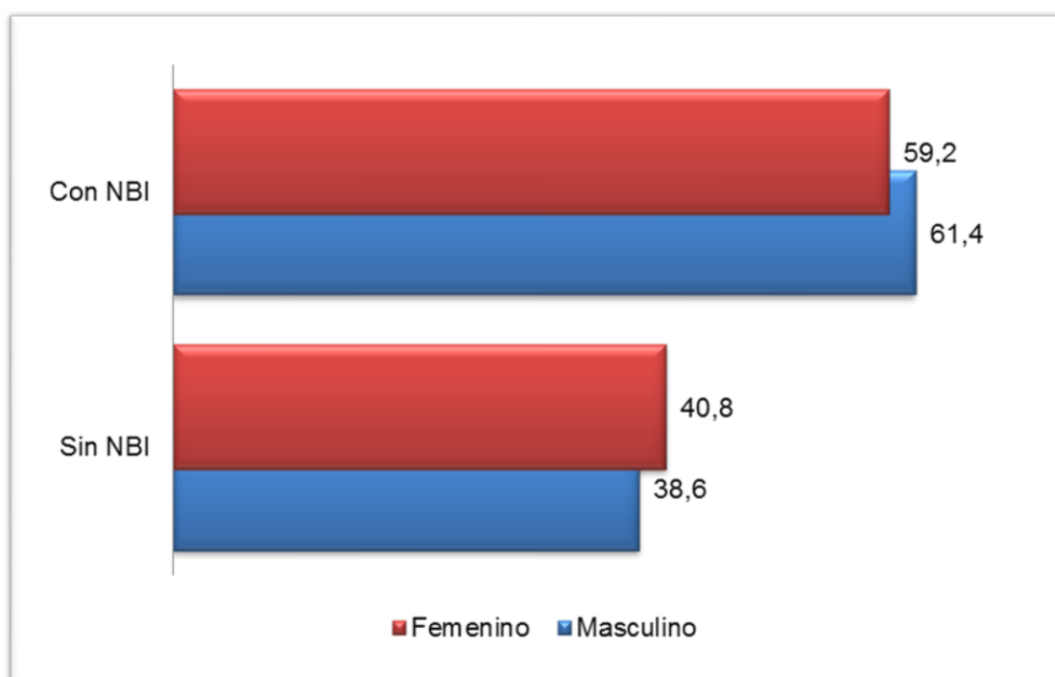
Fue levemente superior la proporción de AM del sexo masculino (8,4%) con pobreza respecto del sexo femenino. (6,6%)

Tabla 97. Porcentaje de Adultos Mayores según NBI y sexo.

Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)					
Sexo		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Masculino	Sin NBI	32	38,6	38,6	38,6
	Con NBI	51	61,4	61,4	100,0
	Total	83	100,0	100,0	
Femenino	Sin NBI	62	40,8	40,8	40,8
	Con NBI	90	59,2	59,2	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 82. Porcentaje de Adultos Mayores según NBI y sexo.



Fuente: DGSA, 2013

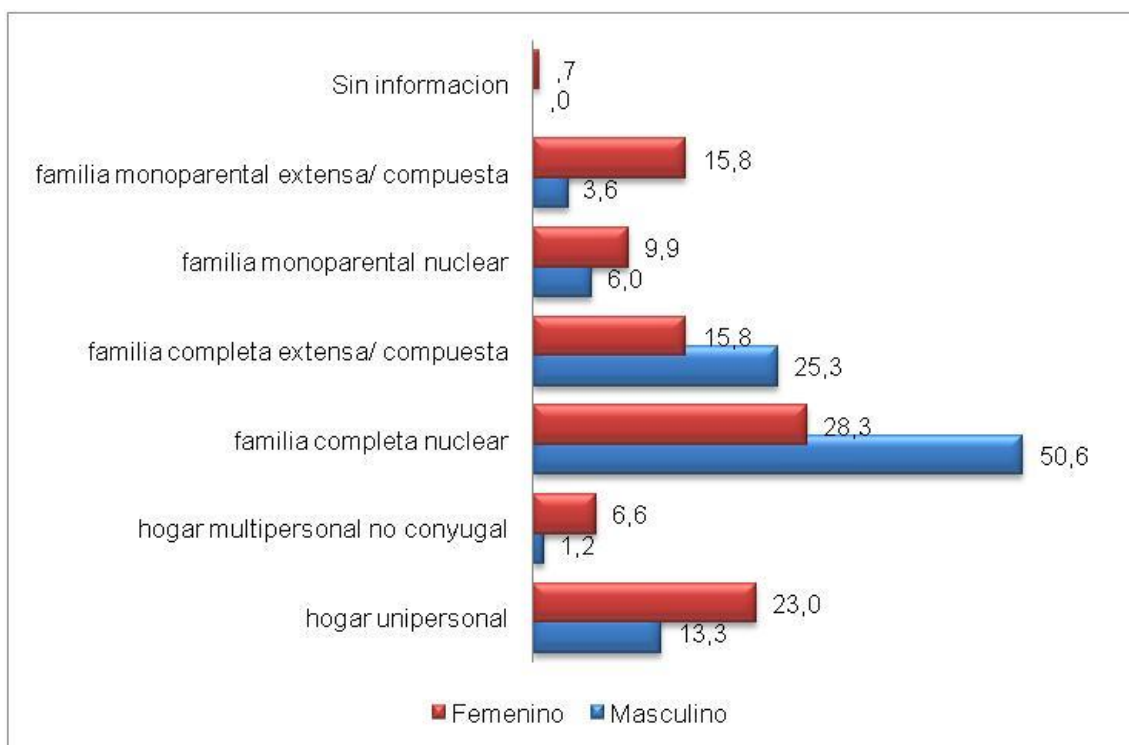
La proporción de AM de sexo masculino con NBI fue más elevada (61,4%) respecto del sexo femenino 59,2%.

Tabla 98. Distribución de los Adultos Mayores según tipo de Hogar y sexo

Sexo		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Masculino	hogar unipersonal	11	13,3	13,3	13,3
	hogar multipersonal no conyugal	1	1,2	1,2	14,5
	familia completa nuclear	42	50,6	50,6	65,1
	familia completa extensa/ compuesta	21	25,3	25,3	90,4
	familia monoparental nuclear	5	6,0	6,0	96,4
	familia monoparental extensa/ compuesta	3	3,6	3,6	100,0
	<b>Total</b>	83	100,0	100,0	
Femenino	hogar unipersonal	35	23,0	23,0	23,0
	hogar multipersonal no conyugal	10	6,6	6,6	29,6
	familia completa nuclear	43	28,3	28,3	57,9
	familia completa extensa/ compuesta	24	15,8	15,8	73,7
	familia monoparental nuclear	15	9,9	9,9	83,6
	familia monoparental extensa/ compuesta	24	15,8	15,8	99,3
	Sin información	1	,7	,7	100,0
	<b>Total</b>	152	100,0	100,0	

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 83. Distribución de los Adultos Mayores según tipo de Hogar y sexo



Fuente: DGSA, 2013

Se observa que la proporción de AM de sexo masculino es mayor para los casos de familia completa y los AM de sexo femenino para los hogares unipersonales y multipersonal no conyugal y/o familia monoparental.

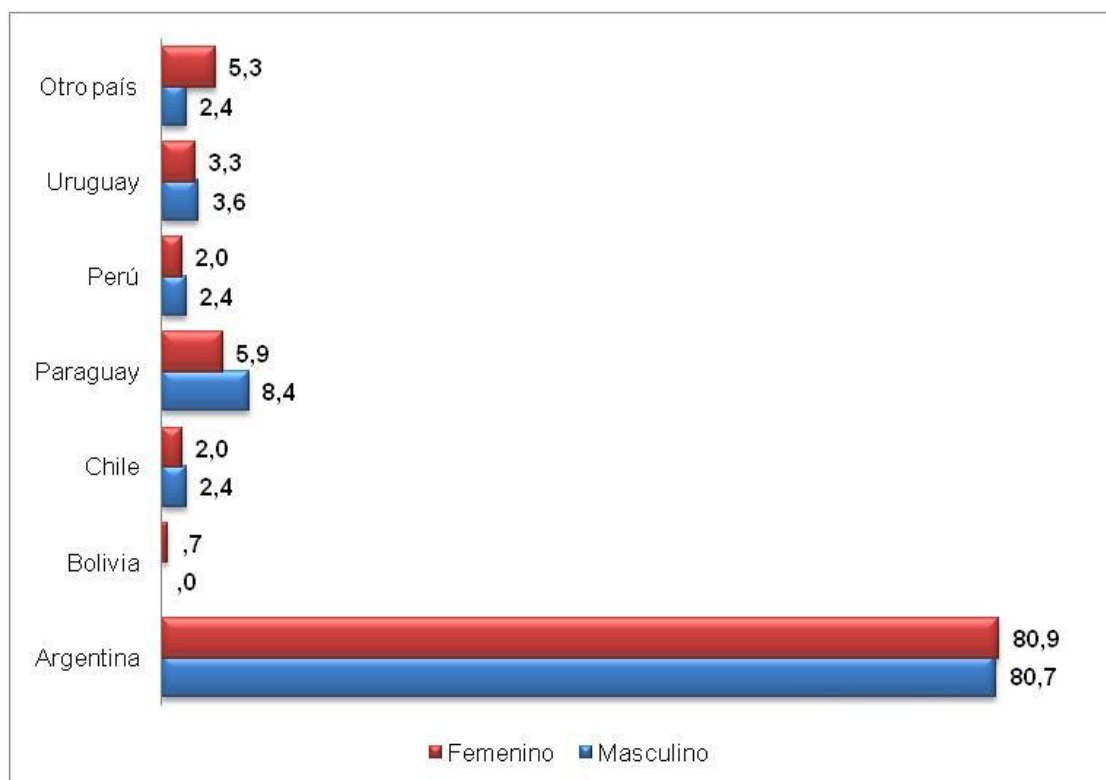
Tabla 99. Distribución de los AM según País de Nacimiento y Sexo

Sexo		Frecuencia	%	% válido	% acumulado
<b>Masculino</b>	<b>Argentina</b>	67	80,7	80,7	80,7
	<b>Chile</b>	2	2,4	2,4	83,1
	<b>Paraguay</b>	7	8,4	8,4	91,6
	<b>Perú</b>	2	2,4	2,4	94,0
	<b>Uruguay</b>	3	3,6	3,6	97,6
	<b>Otro país</b>	2	2,4	2,4	100,0
	<b>Total</b>	83	100,0	100,0	
<b>Femenino</b>	<b>Argentina</b>	123	80,9	80,9	80,9
	<b>Bolivia</b>	1	,7	,7	81,6
	<b>Chile</b>	3	2,0	2,0	83,6

	<b>Paraguay</b>	9	5,9	5,9	89,5
	<b>Perú</b>	3	2,0	2,0	91,4
	<b>Uruguay</b>	5	3,3	3,3	94,7
	<b>Otro país</b>	8	5,3	5,3	100,0
	<b>Total</b>	152	100,0	100,0	

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 84. Distribución de los AM según País de Nacimiento y Sexo



Fuente: DGSA, 2013

La mayoría de los AM evaluados tenía nacionalidad argentina.

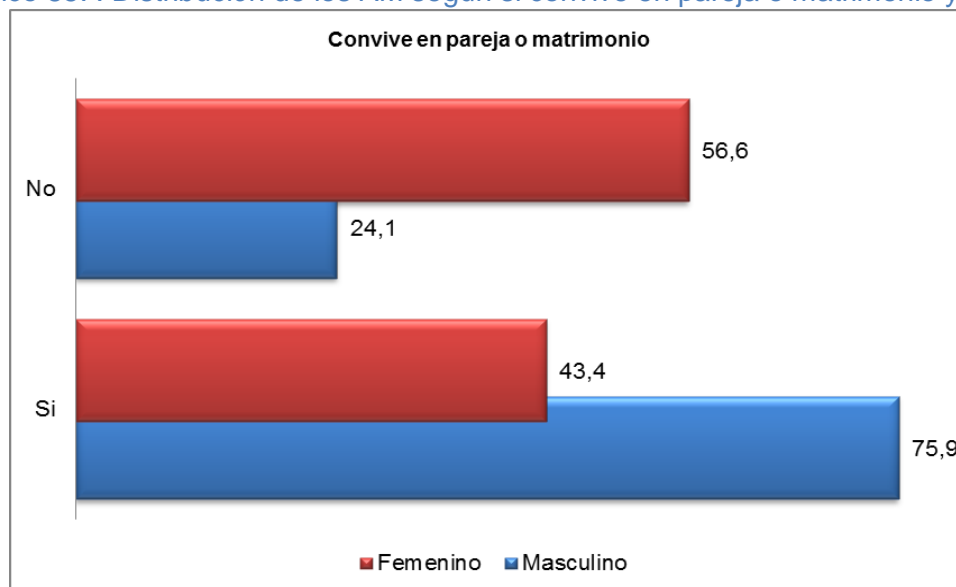
Tabla 100. Distribución de los AM según si convive en pareja o matrimonio y sexo..

<b>Convive en pareja o matrimonio</b>						
<b>Sexo</b>			<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>	<b>% válido</b>	<b>% acumulado</b>
<b>Masculino</b>	<b>Válidos</b>	<b>Si</b>	63	75,9	75,9	75,9
		<b>No</b>	20	24,1	24,1	100,0
		<b>Total</b>	83	100,0	100,0	
<b>Femenino</b>	<b>Válidos</b>	<b>Si</b>	66	43,4	43,4	43,4
		<b>No</b>	86	56,6	56,6	100,0

		<b>Tot al</b>	152	100,0	100,0	
--	--	-------------------	-----	-------	-------	--

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 85. . Distribución de los AM según si convive en pareja o matrimonio y sexo



Fuente: DGSA, 2013

De los AM que viven en pareja o matrimonio, es mayor la proporción que corresponde a los del sexo masculino (75,9%)

De los AM que no viven en pareja o matrimonio, es mayor la proporción que corresponde al sexo femenino (56,6%).

Tabla 101. Pérdida de peso de los AM en los últimos 3 meses según sexo

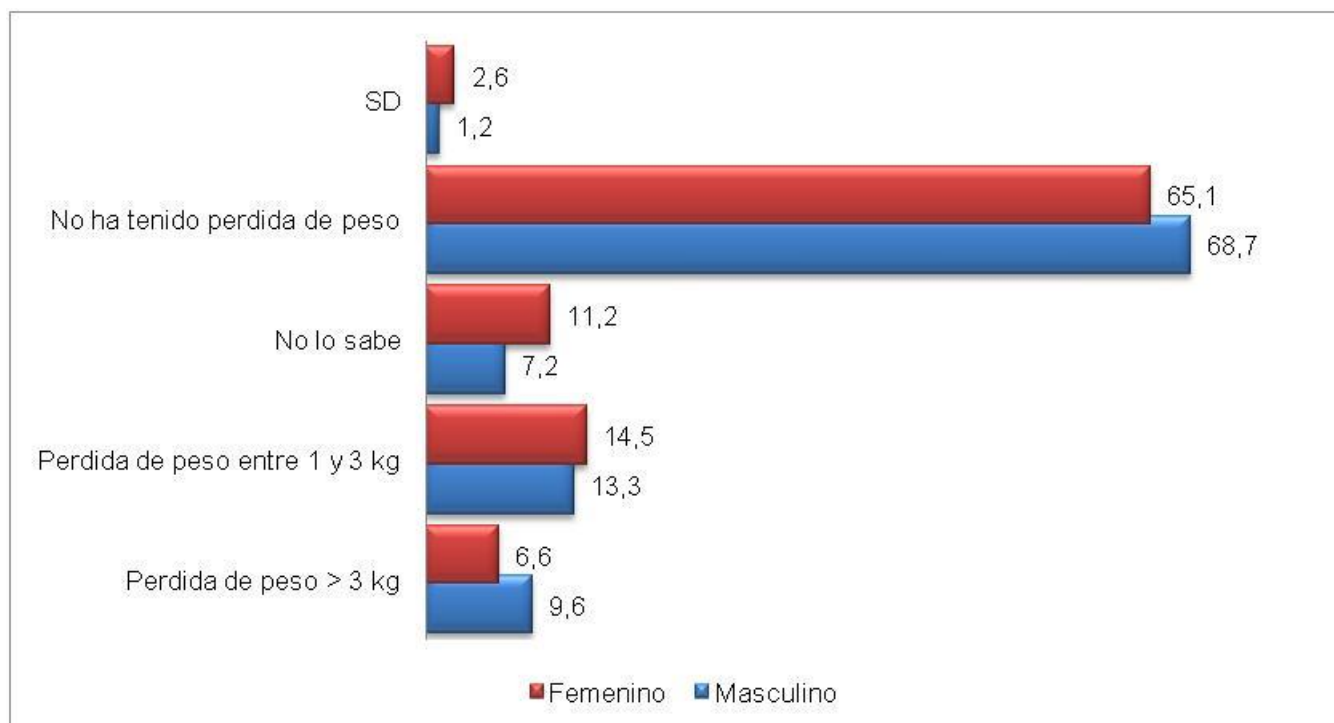
Sexo			Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Masculino	Válidos	Pérdida de peso > 3 Kg.	8	9,6	9,8	9,8
		No lo sabe	6	7,2	7,3	17,1
		Pérdida de peso entre 1 y 3 Kg.	11	13,3	13,4	30,5
		No ha habido pérdida de peso	57	68,7	69,5	100,0



		<b>Total</b>	82	98,8	100,0	
	<b>Perdidos</b>	<b>Sistema</b>	1	1,2		
	<b>Total</b>		83	100,0		
<b>Femenino</b>	<b>Válidos</b>	<b>Pérdida de peso &gt; 3 Kg.</b>	10	6,6	6,8	6,8
		<b>No lo sabe</b>	17	11,2	11,5	18,2
		<b>Pérdida de peso entre 1 y 3 Kg.</b>	22	14,5	14,9	33,1
		<b>No ha habido pérdida de peso</b>	99	65,1	66,9	100,0
		<b>Total</b>	148	97,4	100,0	
	<b>Perdidos</b>	<b>Sistema</b>	4	2,6		
	<b>Total</b>		152	100,0		

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 86. Pérdida de peso de los AM en los últimos 3 meses según sexo



Fuente: DGSA, 2013

Se observa que el 9,6% de los AM del sexo masculino había sufrido una pérdida de peso mayor a 3 kg en los últimos 3 meses, respecto al sexo femenino que fue el 6,6%.

Con respecto a la pérdida entre 1 y 3 kg en el mismo periodo, la proporción de AM del sexo femenino fue mayor (14,5%) respecto de los varones (13,3%)

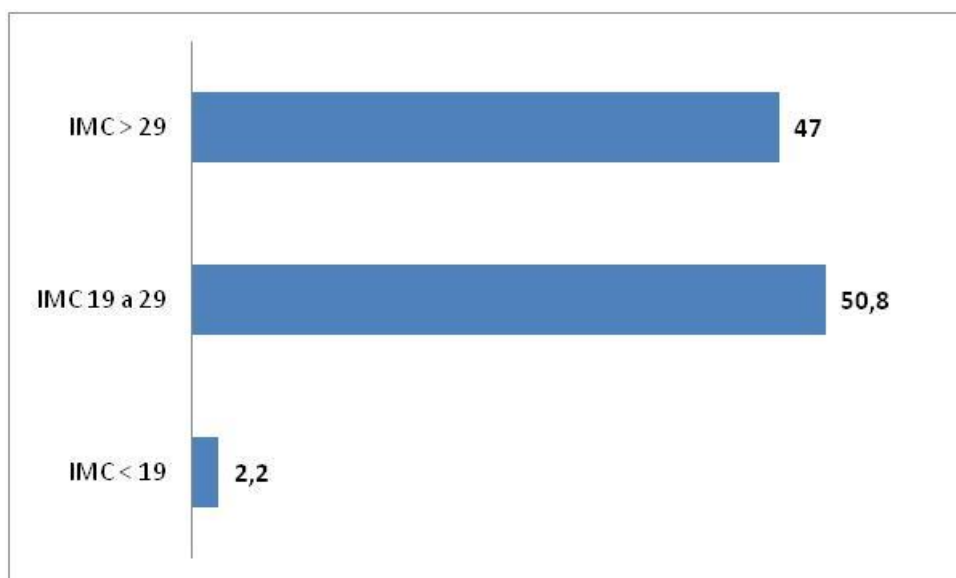
### Factores de riesgo en Adultos Mayores

Tabla 102. Diagnóstico nutricional según IMC en AM.

	Frecuencia	%	% válido
<b>IMC &lt; 19</b>	5	2,1	2,2
<b>IMC 19 a 29</b>	117	49,8	50,8
<b>IMC &gt; 29</b>	108	46	47
<b>Total</b>	230	97,9	100
<b>Sistema *</b>	5	2,1	
<b>Total</b>	235	100	

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 87. Diagnóstico nutricional según IMC en AM



Fuente: DGSA, 2013

El 2,2% de los AM presentó un IMC menor a 19, indicativo de desnutrición. A nivel poblacional estos valores oscilan entre 3 y 5%. Se destaca el elevado porcentaje de AM con IMC mayor a 29. (47%)

Tabla 103. Prevalencia de Hipercolesterolemia en AM evaluados.

Hipercolesterolemia	Frecuencia	% válido
Si	70	37,8
no	113	61,1
<b>Total</b>	185	100
<b>Sin dato</b>	52	
<b>Total</b>	235	

Fuente: DGSA, 2013

Tabla 104. Prevalencia de HTA en AM evaluados.

HTA	Frecuencia	% válido
Si	56	30,9
no	125	69,1
<b>Total</b>	181	100
<b>Sin dato</b>	54	
<b>Total</b>	235	

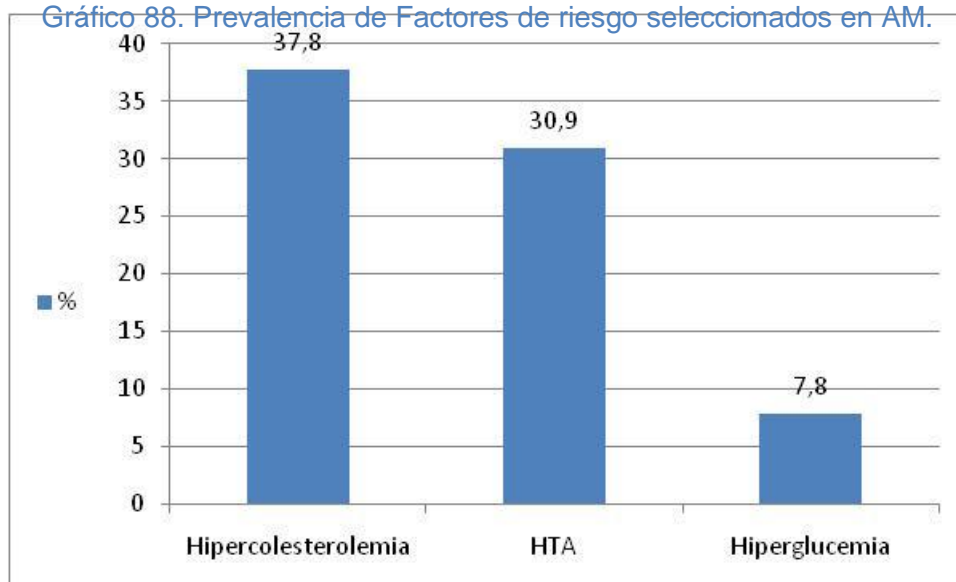
Fuente: DGSA, 2013

Tabla 105. Prevalencia de Hiperglucemia en AM evaluados.

Hiperglucemia	Frecuencia	%
Si	14	7,8
no	166	92,2
<b>Total</b>	180	100
<b>Sin dato</b>	55	
<b>Total</b>	235	

Fuente: DGSA, 2013

Gráfico 88. Prevalencia de Factores de riesgo seleccionados en AM.



Fuente: DGSA, 2013

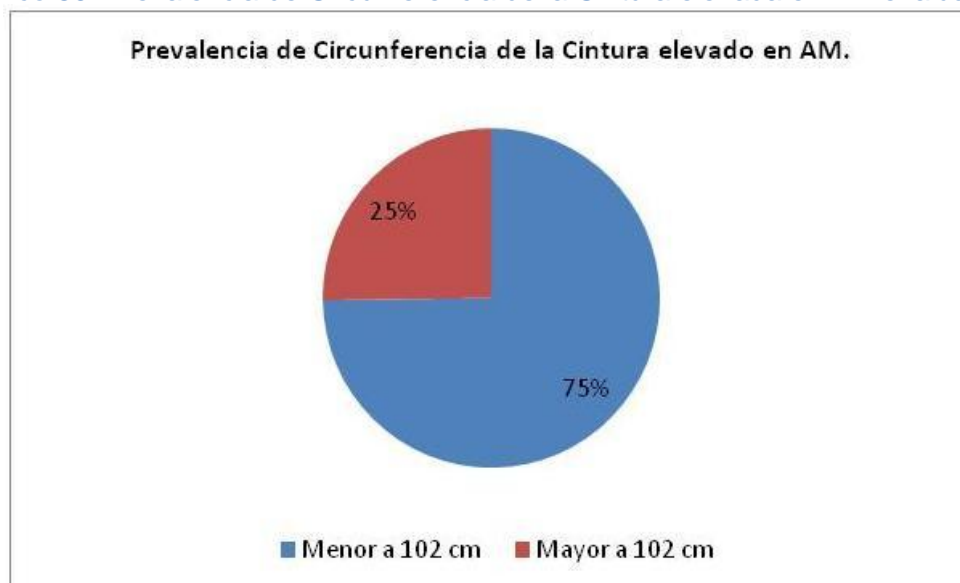
El 37,8% de los AM evaluados tienen Hipercolesterolemia, el 30,9% HTA y el 7,8% Hiperglucemia.

Tabla 106. Prevalencia de Circunferencia de la Cintura elevada en AM evaluados.

Circunferencia de la Cintura	Frecuencia	%
Menor a 102 cm	172	74,8
Mayor a 102 cm	58	25,2
<b>Total</b>	<b>230</b>	<b>100</b>
<b>Sistema *</b>	<b>5</b>	
<b>Total</b>	<b>235</b>	

Fuente: DGSA, 2013

Gráfico 89 Prevalencia de Circunferencia de la Cintura elevada en AM evaluados.



Fuente: DGSA, 2013

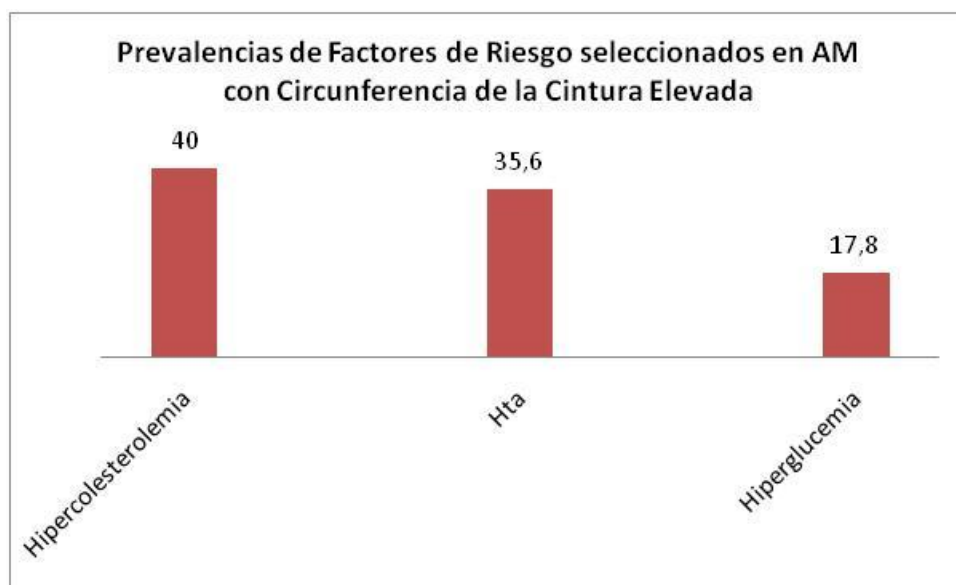
El 25% de los AM evaluados presentó una circunferencia de la cintura mayor a 102cm

Tabla 107. Prevalencia de Factores de Riesgo en AM con circunferencia de la cintura elevada.

Circunferencia de la Cintura mayor a 102 cm.						
	Hipercolesterolemia		HTA		Hiperglucemia	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
<b>si</b>	18	40	16	35,6	8	17,8
<b>no</b>	27	60	29	64,4	37	82,2
<b>Total</b>	45	100	45	100	45	100
Sin dato*	13					

Fuente: DGSA, 2013

Gráfico 90. . Prevalencia de Factores de Riesgo en AM con circunferencia de la cintura elevada.



Fuente: DGSA, 2013

Se observa que en aquellos pacientes con circunferencia de la cintura elevada las prevalencias de los factores de riesgo seleccionados son 40% para hipercolesterolemia, 35,6% para HTA y 17,8% para hiperglucemia.

### Consumo Alimentario

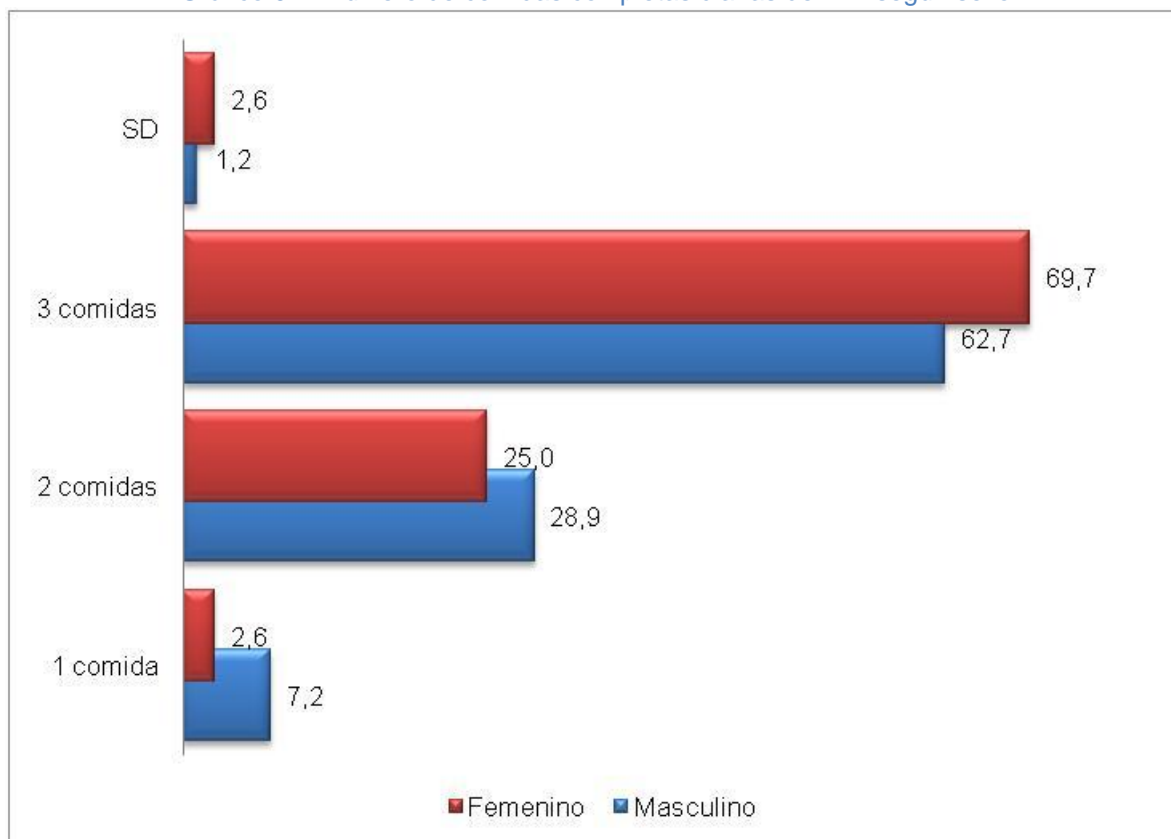
Tabla 108. Número de comidas completas diarias del AM según sexo.

Sexo			Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Masculino	Válidos	1 comida	6	7,2	7,3	7,3
		2 comidas	24	28,9	29,3	36,6
		3 comidas	52	62,7	63,4	100,0
		Total	82	98,8	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	1,2		

	<b>Total</b>		83	100,0		
<b>Femeni no</b>	<b>Válido s</b>	<b>1 comida</b>	4	2,6	2,7	2,7
		<b>2 comidas</b>	38	25,0	25,7	28,4
		<b>3 comidas</b>	106	69,7	71,6	100,0
		<b>Total</b>	148	97,4	100,0	
	<b>Perdido s</b>	<b>Sistema</b>	4	2,6		
	<b>Total</b>		152	100,0		

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 91. Número de comidas completas diarias del AM según sexo



Fuente: DGSA, 2013

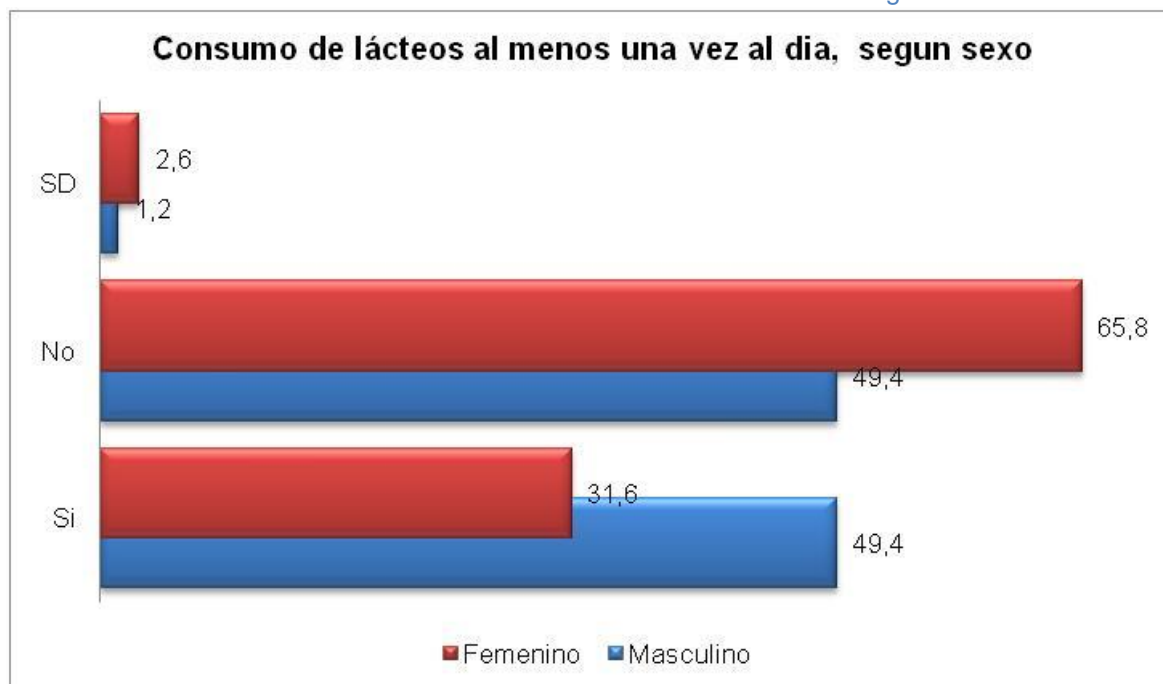
Se destaca que con respecto al cumplimiento de comidas diarias, es mayor el porcentaje de mujeres que cumplen con 3 comidas (69,7%) respecto del sexo masculino (62,7%). De modo tal que los AM que cumplen menos de 2 y de 1 comida diaria, el mayor porcentaje es para los varones (28,9% y 7,2% respectivamente)

Tabla 109. Consumo de lácteos al menos una vez al día según sexo.

Sexo			Frecuencia	%	%válido	% acumulado
Masculino	Válidos	Sí	41	49,4	50,0	50,0
		No	41	49,4	50,0	100,0
		Total	82	98,8	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	1,2		
	Total		83	100,0		
Femenino	Válidos	Sí	48	31,6	32,4	32,4
		No	100	65,8	67,6	100,0
		Total	148	97,4	100,0	
	Perdidos	Sistema	4	2,6		
	Total		152	100,0		

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 92. Consumo de lácteos al menos una vez al día según sexo.



Fuente: DGSA, 2013



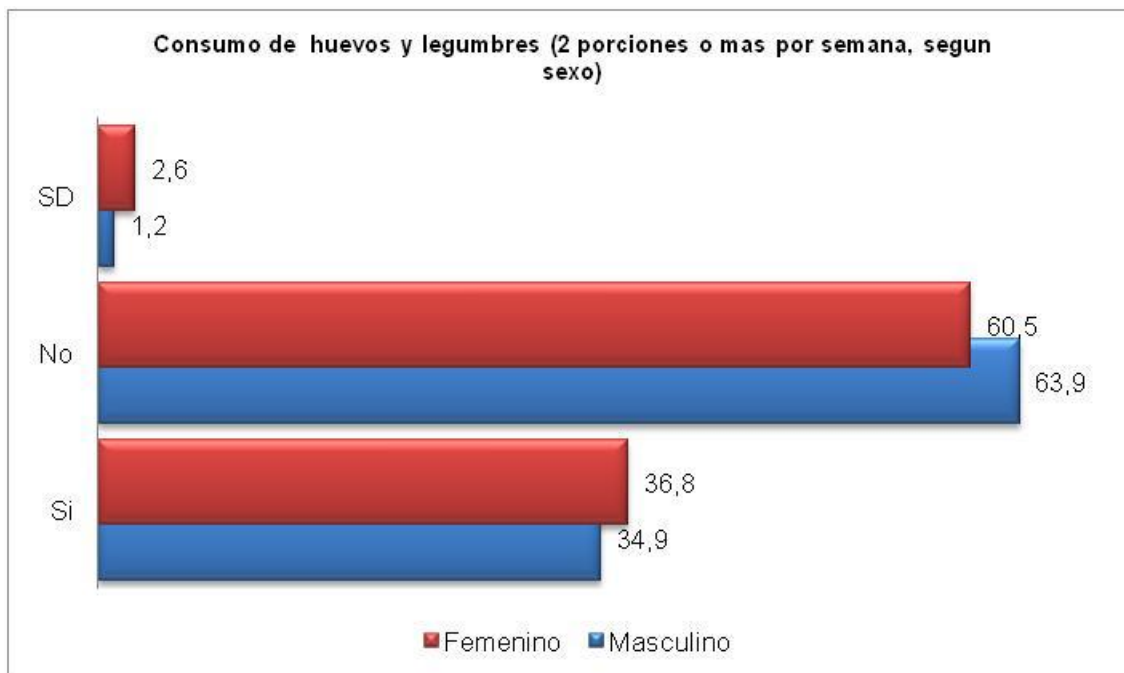
Solo el 31,6% de las mujeres consumen lácteos una vez al día, respecto de los varones (49,4%)

Tabla 110. Consumo de huevos y legumbres (dos porciones o más por semana) según sexo.

Sexo			Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Masculino	Válidos	Sí	29	34,9	35,4	35,4
		No	53	63,9	64,6	100,0
		Total	82	98,8	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	1,2		
	Total		83	100,0		
Femenino	Válidos	Sí	56	36,8	37,8	37,8
		No	92	60,5	62,2	100,0
		Total	148	97,4	100,0	
	Perdidos	Sistema	4	2,6		
	Total		152	100,0		

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 93. Consumo de huevos y legumbres (dos porciones o más por semana) según sexo.



Fuente: DGSA, 2013

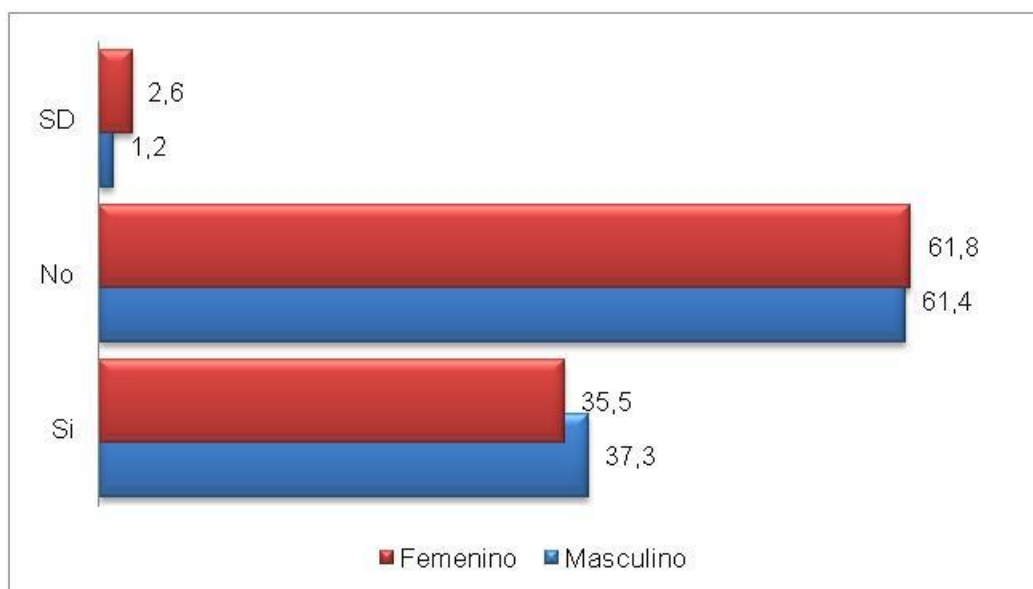
El 36,8% de las mujeres consumen huevo o legumbres 2 o más veces a la semana. En los varones esta proporción es levemente inferior (34,9%)

Tabla 111. Consumo diario de carnes, pescados o aves según sexo.

Sexo			Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Masculino	Válidos	Sí	31	37,3	37,8	37,8
		No	51	61,4	62,2	100,0
		Total	82	98,8	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	1,2		
	Total		83	100,0		
Femenino	Válidos	Sí	54	35,5	36,5	36,5
		No	94	61,8	63,5	100,0
		Total	148	97,4	100,0	
	Perdidos	Sistema	4	2,6		
	Total		152	100,0		

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 94. Consumo diario de carnes, pescados o aves según sexo.



Fuente: DGSA, 2013

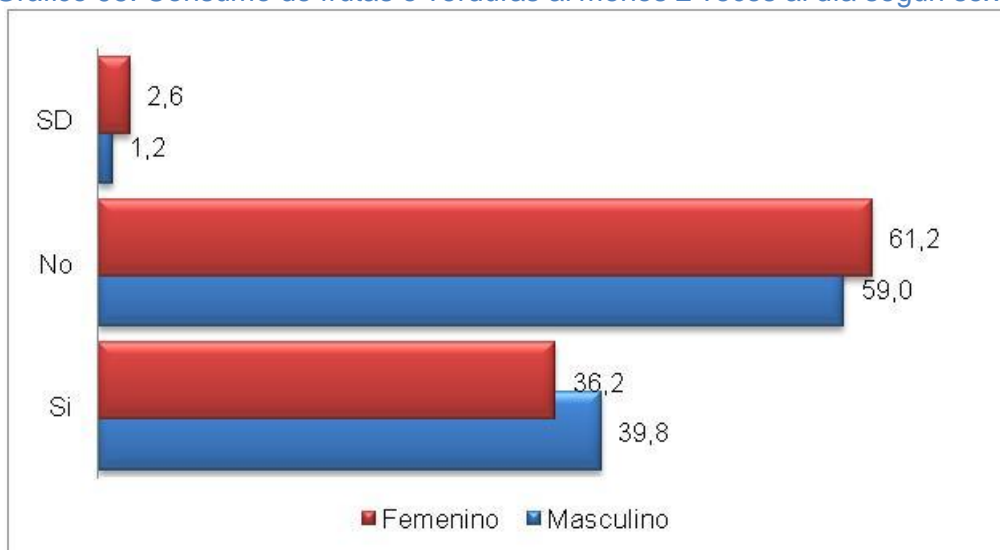
Solo el 35,5% de las mujeres y el 37,3% de los varones consumen carnes, pescados o aves diariamente.

Tabla 112. Consumo de frutas o verduras al menos 2 veces al día según sexo.

Sexo			Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Masculino	Válidos	Sí	33	39,8	40,2	40,2
		No	49	59,0	59,8	100,0
		Total	82	98,8	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	1,2		
	Total		83	100,0		
Femenino	Válidos	Sí	55	36,2	37,2	37,2
		No	93	61,2	62,8	100,0
		Total	148	97,4	100,0	
	Perdidos	Sistema	4	2,6		
	Total		152	100,0		

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 95. Consumo de frutas o verduras al menos 2 veces al día según sexo.



Fuente: DGSA, 2013

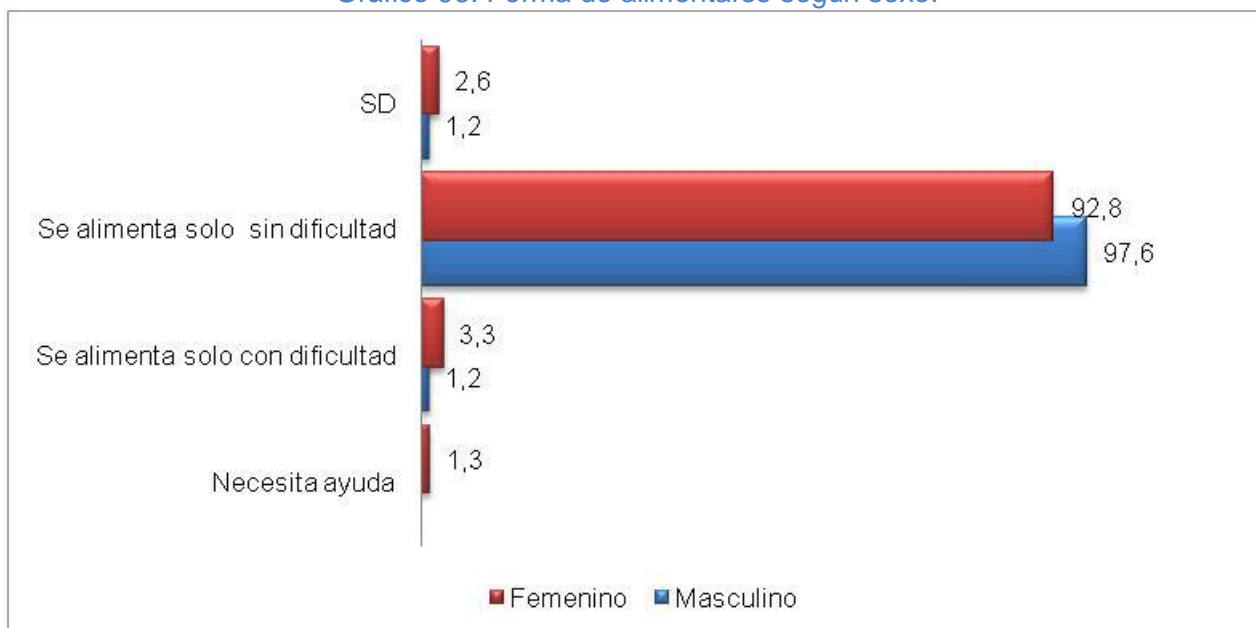
Solo el 36,2% de las mujeres y el 39,8% de los varones consumen frutas o verduras al menos 2 veces al día.

Tabla 113. Forma de alimentarse según sexo.

Sexo			Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Masculino	Válidos	Se alimenta solo con dificultad	1	1,2	1,2	1,2
		Se alimenta solo sin dificultad	81	97,6	98,8	100,0
		Total	82	98,8	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	1,2		
	Total		83	100,0		
Femenino	Válidos	Necesita ayuda	2	1,3	1,4	1,4
		Se alimenta solo con dificultad	5	3,3	3,4	4,7
		Se alimenta solo sin dificultad	141	92,8	95,3	100,0
		Total	148	97,4	100,0	
	Perdidos	Sistema	4	2,6		
	Total		152	100,0		

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 96. Forma de alimentarse según sexo.



Fuente: DGSA, 2013

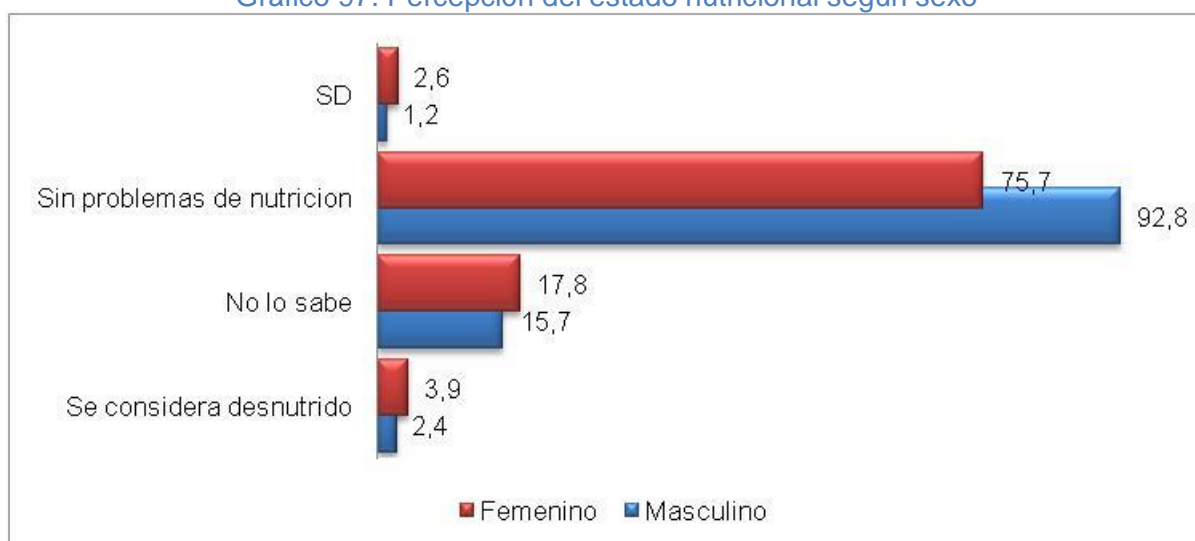
La mayoría de los AM se alimentan solos sin dificultad. Solo el 3,3% de los AM del sexo femenino y 1,2% del sexo masculino lo hacen solo con dificultad.

Tabla 114. Percepción del estado nutricional según sexo.

Percepción del estado nutricional			Frecuencia	%	% válido	% acumulado
Sexo						
Masculino	Válidos	Se considera desnutrido	2	2,4	2,4	2,4
		No lo sabe	13	15,7	15,9	18,3
		Sin problema de nutrición	67	80,7	81,7	100,0
		Total	82	98,8	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	1,2		
Total			83	100,0		
Femenino	Válidos	Se considera desnutrido	6	3,9	4,1	4,1
		No lo sabe	27	17,8	18,2	22,3
		Sin problema de nutrición	115	75,7	77,7	100,0
		Total	148	97,4	100,0	
	Perdidos	Sistema	4	2,6		
Total			152	100,0		

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

Gráfico 97. Percepción del estado nutricional según sexo



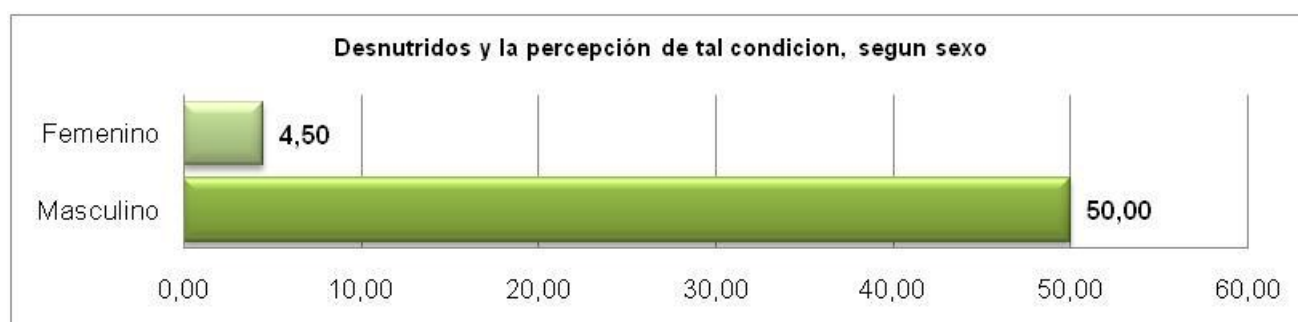
Fuente: DGSA, 2013

Tabla 115. Adultos Mayores desnutridos y la percepción de tal condición según sexo.

Sexo				Se considera un paciente que está bien nutrido			Total	
				Se considera desnutrido	No lo sabe	Sin problema de nutrición		
Masculino	Mal nutrición	No	Recuento	2	13	63	78	
			% del total	2,4	15,9	76,8	95,1	
		Si	Recuento	0	0	4	4	
			% del total	,0	,0	4,9	4,9	
	Total			Recuento	2	13	67	82
				% del total	2,4	15,9	81,7	100,0
Femenino	Mal nutrición	No	Recuento	5	19	102	126	
			% del total	3,4	12,8	68,9	85,1	
		Si	Recuento	1	8	13	22	
			% del total	,7	5,4	8,8	14,9	
	Total			Recuento	6	27	115	148
				% del total	4,1	18,2	77,7	100,0

Fuente: DGSA, 2013

Gráfico 98. Adultos Mayores desnutridos y la percepción de tal condición según sexo.



Fuente: DGSA, 2013

Desde el punto de vista antropométrico se determinó que en la población de adultos mayores de sexo masculino había 4 desnutridos, de los cuales solo percibieron su condición 2 o sea el 50%, asimismo se determinó que en la población femenina había 22 desnutridas, de las cuales solamente 1 percibió su condición de tal, o sea el 4,5

Tabla 116. Cobertura médica más frecuentemente usada

Cobertura médica más frecuentemente usada	Frecuencia	%	% válido
Su obra social (incluye PAMI)	185	78,7	79,4
Prepaga a través de una obra social	3	1,3	1,3
Programas o planes estatales de salud	1	,4	,4
No tiene obra social, prepaga o plan estatal	44	18,7	18,9
<b>Total</b>	<b>233</b>	<b>99,1</b>	<b>100,0</b>
<b>Sistema</b>	<b>2</b>	<b>,9</b>	
<b>Total</b>	<b>235</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

El 18,9% de los AM no cuentan con Obra Social. El 19,4% respondió que tenía PAMI

Tabla 117 Nivel educativo que cursa o cursó el AM.

Nivel educativo que cursa o cursó	Frecuencia	%	%
Inicial (Jardín/Preescolar)	1	,4	,5
Primario de 6 años	126	53,6	60,0
Primario de 7 años	36	15,3	17,1
Secundario	33	14,0	15,7
Polimodal	1	,4	,5
Superior no universitario	6	2,6	2,9
Universitario	6	2,6	2,9
Post Universitario	1	,4	,5
<b>Total</b>	<b>210</b>	<b>89,4</b>	<b>100,0</b>
<b>Sistema</b>	<b>25</b>	<b>10,6</b>	
<b>Total</b>	<b>235</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: Propia de encuesta ACUMAR-EISAR, WILDE 2013- Sistema\*= SD/NS/NC/NA  
SD= Sin Datos, NS=No Sabe, NC=No Contesta y NA=No Aplica

El 60% de los AM cumplió el primario de 6 años, el 17,1% el primario de 7 años y solo el 15,7% cumplió el secundario.



## V. Conclusiones sobre los resultados Preliminares del componente Nutricional. EISAR Wilde. Año 2013

### Niños

#### Estado Nutricional y Crecimiento

El estado nutricional (Normal) de los niños y niñas evaluados mostró resultados similares a la mayoría de los estudios realizados en el país y en distintas jurisdicciones, con valores del 85,3% de la muestra; mientras que el porcentaje restante se distribuyó en un 4,6% para niños y niñas con baja talla (acortados), 0,7% para los emaciados (desnutridos) y 10% para los obesos. Si se compara los valores encontrados en Wilde con los estudios anteriormente realizados por la DGSA, se observa que hubo **un aumento de la prevalencia de Obesidad**.

Con respecto al crecimiento de los niños, se estudiaron los indicadores de Peso para la edad, talla-longitud para la edad y el IMC para la edad, comparados con el patrón de crecimiento infantil OMS.

Para el indicador Peso para la edad, la población de niños y niñas de Wilde mostró una distribución similar al patrón de referencia.

Para el indicador Talla para la edad, la población de niños y niñas de Wilde mostraron un crecimiento inferior al patrón de referencia, con una curva desviada a la izquierda de la mediana.

Para el indicador IMC para la edad, la población de niños y niñas de Wilde mostraron un desplazamiento de su curva desviada hacia la derecha con respecto al estándar.

En conclusión los niños estudiados mostraron un crecimiento en **talla inferior** que la población de referencia y un **IMC superior** a la misma. Iguales resultados se encontraron en el resto de los estudios de la DGSA.

#### Anemia

Para los niños menores de 2 años Wilde registró una prevalencia de anemia del 42,8% y 17,2% para los mayores de 2 a 5 años. Es de destacar que para el grupo de menores de 2 años la prevalencia observada fue la mayor de todos los estudios realizados por la DGSA y superior a la informada por la ENNyS.

**Solo el 7,4% de los niños encuestados en Wilde estaban tomando hierro medicamentoso. En la ENNyS este porcentaje fue del 21,1% en los niños menores de 2 años**

Es mayor la proporción de niños anémicos con condición NBI y aun mayor en aquellos menores de 2 años (22%)

Se observa que el 35,7 % de los niños con anemia son niños pobres indigentes y todos ellos son menores de 2 años.

Para el caso de niños pobres no indigentes es mayor el porcentaje de niños menores de 2 años (23,7%) que el que corresponde a los niños de 2 a 6 años (10,2%).

Sin embargo si se observa la prevalencia de anémicos en los no pobres (19,6% para menores de 2 años y 9,4% en mayores) respecto de los pobres, refleja que la anemia sigue siendo un problema nutricional que afecta a niños de ambos sectores.<sup>1</sup>

### Lactancia Materna y Alimentación Complementaria

La alimentación complementaria se define como la incorporación de alimentos además de la lactancia materna durante el primer año de vida.

Existen períodos de mayor vulnerabilidad para la afectación del crecimiento por causas nutricionales; estos son los primeros meses de vida hasta aproximadamente los 2 años, coincidiendo con la etapa en la que son introducidos otros alimentos diferentes a la leche materna.

Esta ampliamente descripto que no mejora el crecimiento infantil con la incorporación de la alimentación complementaria antes de los 6 meses (precoz).<sup>23</sup>

Por otro lado, el incorporar los alimentos complementarios después de los seis meses (tardía), se hace difícil para los niños amamantados exclusivamente que cubran con las necesidades nutricionales para la edad en cuestión (OMS/UNICEF, 1998).

Al momento de la encuesta en Wilde el 23% de los niños tomaban pecho. El 82% de los niños encuestados habían dejado el pecho a los 20 meses de edad.

El 40,8% de los niños incorporaron su primer alimento al 6to mes y el 34,8% la iniciaron en forma precoz.

Se destaca que la incorporación de alimentación complementaria fue recomendada por el pediatra en el 56% de los casos y por iniciativa propia en el 41%.

### Bajo Peso al nacer y Prematurez

El 13,3% de los niños encuestados fueron prematuros

Se registró que el 6,8 % de los niños presentaron bajo peso de nacimiento.

<sup>1</sup> Duran P y col. Estudio descriptivo de la situación nutricional en niños de 6-72 meses de la República Argentina. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS)

<sup>2</sup> Cohen RJ, et al. Effects of age of introduction of complementary foods on infant breast milk intake, total energy intake, and growth: a randomized intervention study in Honduras. *Lancet* 1994; 344:288-93.

<sup>3</sup> Dewey KG, et al. Age of introduction of complementary food and growth of term, low birth weight breastfed infants: a randomized intervention study in Honduras. *Am J Clin Nutr* 1999;69: 679-86.

### Relación del bajo peso con el estado nutricional

Se observa que es mayor la proporción de niños de bajo peso, en aquellos que tuvieron al nacer muy bajo peso. De igual modo se observan mayor proporción de niños acortados en aquellos que tuvieron al nacer bajo peso.

### Condiciones del entorno

Las condiciones socioeconómicas de los hogares en donde residen los niños, como así también el nivel de educación, tipo de ocupación de los padres o tutores son condicionantes en gran medida de la situación de salud y calidad de vida de ese niño.

En Wilde el 49,4% de los niños encuestados tienen madres con edades entre los 20 a 34 años, solo el 1,5% de los niños tienen madres adolescentes al momento de la encuesta.

El 33,8% de las madres tienen el primario completo y el 18,4% terminaron el secundario. Se destaca que el 0,7% de las madres o tutores carecían de instrucción y el 11,1% no habían culminado la educación primaria.

El 65% de las madres estaban con algún tipo de ocupación. El 6% refirió estar desocupada.

El 72,2% de las madres o tutores refirieron ser obreros o empleados del sector privado. El 13,8% trabajan en el sector público y el 12,2% por cuenta propia.

El 71,5% de los casos, refirieron no recibir en el Hogar la AUH.

Es de destacar que el 39% de los niños/as se encuentran en hogares/viviendas sobre calles de mejorado o tierra, y solo el 60% sobre pavimento, elemento que incide negativamente en la calidad ambiental del entorno..

El 41% de los niños/as residían en una **vivienda deficitaria**, entendiendo a las casas tipo B, ranchos y casillas, los hogares en casas de inquilinatos, los locales no construidos para habitación, y las viviendas móviles

El 49,3% de los niños viven en una vivienda donde el material predominante del techo es chapa de metal.

Se observó que un 12% de los niños/as viven en hogares/familias en donde se comparte la heladera para conservar alimentos, es razonable pensar que es ese porcentaje el déficit de heladera en estos grupos.

El 71% de los niños viven en Hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas

### Ingesta Alimentaria

El 36,4% de los niños tuvieron el día anterior una ingesta inadecuada de Energía. Este valor es superior al informado por ENNyS para niños menores de 2 años en la región GBA (29,1%) y en mayores de 2 años para la misma región (30,1%)

El 5% de los niños y niñas tuvieron una ingesta inadecuada de Proteínas el día anterior. Si bien es un valor bajo, se encuentra por encima al informado por ENNyS para niños menores de 2 años para la región GBA (2,8%) y para niños de 2 a 5 años (0,8%).

El 48,1% de los niños tuvieron el día anterior una ingesta deficiente de Calcio. Valor superior al informado por ENNyS para niños menores de 2 años para la región de GBA (25,5%) y para los niños y niñas de 2 a 5 años (44,7%)

El 11,9% de niños y niñas evaluados tuvieron una ingesta inadecuada de hierro el día anterior. Para los menores de 2 años ENNyS informó una proporción del 15,6% para la región GBA y para los mayores de 2 años del 3,2%, este último muy inferior al encontrado en Wilde.

El 12,2% de los niños y niñas de Wilde tuvieron ingestas inadecuadas de Zinc el día anterior. Valores muy superiores a los informados por ENNyS para la región de GBA en niños menores de 2 años (9,5%) y para niños de 2 a 5 años (4,2%)

El 15,7% de los niños y niñas de Wilde tuvieron una ingesta inadecuada de folatos el día anterior. Superior al informado por ENNyS (10,2%) para niños menores de 2 años en la región GBA y (6,3%) para los niños de 2 a 5 años.

El 33,5 % de los niños y niñas de Wilde evaluados tuvieron ingestas inadecuadas de Vitamina A el día anterior. Valor superior al informado por ENNyS para la región de GBA, en niños menores de 2 años (18%) y en mayores de 2 años (20,7%)

El 35,6% de los niños y niñas de Wilde evaluados tuvieron ingestas inadecuadas de Vitamina C el día anterior. Valor inferior al informado por ENNyS para la región de GBA, en niños menores de 2 años (53,6%) y en mayores de 2 años (38,1%)

Se relacionó la proporción de Niños con ingestas inadecuadas de nutrientes seleccionados según línea de pobreza e indigencia y NBI.

La ingesta inadecuada de calcio del día anterior fue más prevalente en aquellos niños que cumplían con la condición de pobreza (61,5%) e indigencia (63,5%), respecto a los que no (45,7%).

El número de niños con ingesta inadecuada de calcio fue superior en aquellos que cumplían con la condición de NBI (221) respecto de aquellos que no (92).

Con respecto a la prevalencia de ingesta inadecuada de hierro del día anterior según la condición de pobreza e indigencia, no se observa que esta es mayor en aquellos niños que cumplen con esta condición. A diferencia en el caso de aquellos niños que

tuvieron una ingesta inadecuada de hierro el día anterior y su condición de NBI, siendo el mismo superior (48) respecto con los que no (27).

El 53,85% de los niños pobres indigentes tuvieron el día anterior una ingesta inadecuada de energía, respecto de aquellos no pobres 34,86%.

En aquellos niños que tuvieron ingesta inadecuada de energía el día anterior (233), 161 (69%) de ellos cumplían la condición de NBI, respecto de los que no 72 (30,9%)

**Tanto los valores de la Mediana para Energía y nutrientes seleccionados de Wilde en menores de 2 años y en mayores de 2 a 5 años fueron inferiores a los informados por la ENNyS.**

## Embarazadas

### Estado Nutricional

En Wilde se observó que el 62,2% de las embarazadas tenían un estado nutricional normal, el 13,5% Bajo Peso, el 10,8% Obesidad y el 13,5% sobrepeso. Se destaca el elevado índice de bajo peso respecto de estudios anteriores realizados en la DGSA, como así también el elevado índice de Obesidad.

### Anemia y suplementación

La prevalencia de anemia fue del 25,9%, valor inferior al informado por la ENNyS (30,5%)

Si bien el número de embarazadas adolescentes evaluadas es bajo (4) se observa que es mayor la prevalencia de anemia en este grupo (25%) con respecto a las embarazadas mayores de esta edad (18,2%)

El 16,2% de las embarazadas estaba tomando hierro al momento de la encuesta, el 10,8% Ac. Fólico y solo el 8,1% de las embarazadas evaluadas ingirieron Ac. Fólico antes de quedar embarazadas.

**Ninguna de las embarazadas evaluadas estaba tomando ni Calcio ni Flúor.**

### Controles de salud y características del embarazo

El 24,3% de las embarazadas encuestadas no había realizado ningún control al momento de la encuesta. Es importante destacar que solo el 5,4% de las mismas cursaba un embarazo inferior a 9 semanas de gestación. El resto, correspondía embarazadas que cursaban un embarazo en el segundo y tercer trimestre.

El 72% de las embarazadas encuestadas tuvo 3 o menos embarazos al momento de la encuesta. El 24% de las embarazadas respondió haber tenido 5 o más embarazos. Existió una correlación negativa entre aquellas embarazadas que poseen más de un hijo o multíparas y la menor concurrencia a los controles.

El 21,6% de las embarazadas encuestadas cursaban con su primer embarazo

El 30,4% de las embarazadas respondió haber tenido su embarazo anterior hacia un año.

El 18,9% de las embarazadas encuestadas fuman, siendo mayor la proporción en embarazadas adolescentes.

#### Características del entorno, sociales, económicas, de acceso, de la vivienda

El 64,9% de las embarazadas evaluadas cumple la condición de NBI. Si se estudia esta condición en las embarazadas adolescentes este porcentaje asciende al 75%

El 50% de las embarazadas adolescentes tenían el secundario incompleto y el 25% tenían solo el primario completo.

Se observa que las embarazadas adolescentes no conforman familias completas, el 25% conforman hogar multipersonal no conyugal, el 25% familia monoparental nuclear y el 50% familias monoparental extensa/compuesta.

Solo el 5,6% de las embarazadas con NBI reciben tickets o vales de programas.

El 70,3% de las embarazadas refirieron no tener obra social o plan estatal.

El 16,2% de las embarazadas tiene agua de red fuera de la vivienda pero dentro del terreno.

El 35,1% de las embarazadas cuentan con cuarto de cocina sin instalación de agua.

El 78,4% de las embarazadas utilizan para cocinar gas de tubo o garrafa. Solo el 18,9% tiene gas de red.

El 62,2% de las embarazadas utilizan la electricidad para calefaccionarse.

#### Ingesta Alimentaria

El 63% de las embarazadas tuvieron una ingesta inadecuada de Proteínas el día anterior.

El 96,3% de las embarazadas tuvieron una ingesta inadecuada de Calcio el día anterior.

El 59,3% de las embarazadas tuvieron una ingesta inadecuada de Folatos el día anterior.

EL 66,7% de las embarazadas tuvieron una ingesta inadecuada de Zinc el día anterior.

Se observa que a excepción de la ingesta inadecuada de folatos, el resto de los nutrientes seleccionados es más prevalentes en embarazadas con NBI.

## Adultos Mayores

Los adultos mayores son un grupo poblacional con un mayor crecimiento en estos últimos tiempos. Los problemas nutricionales como la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad, están relacionados con mayor incidencia y/o aparición de enfermedades crónicas y discapacitantes, como así también el aumento del costo de atención de su salud. Debido a esto el envejecimiento puede significar una disminución de la calidad de vida. Por lo tanto la nutrición es considerada un determinante importante para el envejecimiento exitoso y constituye un estilo de vida modificable.<sup>i</sup> Para vivir más años en optimas condiciones se sugiere llevar una alimentación sana y en consecuencia poseer un buen estado nutricional.

Para la evaluación nutricional se utilizó un instrumento validado internacionalmente Mini Nutrition Assessment (MNA), que permite una valoración del estado nutricional del anciano de forma sencilla, práctica y breve. Esta tiene como objetivo detectar riesgo de malnutrición antes de que aparezcan las manifestaciones clínicas. Así mismo suministra una evaluación global del estado de salud ya que incluye una valoración cognitiva y el estado funcional y dietético de la persona.

## Estado Nutricional

Según el MNA la valoración nutricional de los AM en Wilde mostró que la proporción de AM con Malnutrición en el sexo femenino (7,2%) fue mayor respecto del sexo masculino (4,8%). De igual modo presentaron riesgo de malnutrición el 16,4% de las mujeres y el 14,5% de los varones. Fue mayor la proporción de AM con estado nutricional normal en el sexo masculino (80,7%) respecto del femenino (76,3%).

Con respecto a un estudio realizado en la ciudad de Cantabria<sup>ii</sup>, la puntuación del MNA mostró que el 60% de las personas posee un estado nutricional normal, el 33,6% presentó riesgo de Malnutrición, siendo este índice mayor en mujeres que en varones. Solo el 6,2% de las personas estudiadas presentó Malnutrición, siendo mayor este índice el que corresponde al sexo femenino.

El 2,2% de los AM presentó un IMC menor a 19, indicativo de desnutrición. A nivel poblacional estos valores oscilan entre 3 y 5%. Se destaca el elevado porcentaje de AM con IMC mayor a 29 (47%).

Se observa que el 9,6% de los AM del sexo masculino había sufrido una pérdida de peso mayor a 3 kg en los últimos 3 meses, respecto al sexo femenino que fue el 6,6%. Con respecto a la pérdida entre 1 y 3 kg en el mismo periodo, la proporción de AM del sexo femenino fue mayor (14,5%) respecto de los varones (13,3%)

### Factores de Riesgo

El 37,8% de los AM evaluados tienen Hipercolesterolemia, el 30,9% HTA y el 7,8% Hiperglucemias.

El 25% de los AM evaluados presentó una circunferencia de la cintura mayor a 102cm. Se observa que en aquellos pacientes con circunferencia de la cintura elevada las prevalencias de los factores de riesgo seleccionados son 40% para hipercolesterolemia, 35,6% para HTA y 17,8% para hiperglucemia.

### Aspectos alimentarios

Se destaca que con respecto al cumplimiento de comidas diarias, es mayor la proporción de mujeres que cumplen con 3 comidas (69,7%) respecto del sexo masculino (62,7%). De modo tal que los AM que cumplen menos de 2 y de 1 comida diaria, la mayor proporción la ocupan los varones (28,9% y 7,2% respectivamente). Estos valores mostraron mejores índices a los informados en el estudio de Cantabria, en donde el 42,4% realizaba 3 comidas, el 36% cumplían 2 y el 20,6% hacia solo una comida completa al día.

Con respecto a la frecuencia de consumo de alimentos, los AM de Wilde presentaron los siguientes valores:

Solo el 31,6% de las mujeres consumen lácteos una vez al día, respecto de los varones (49,4%).

El 36,8% de las mujeres consumen huevo o legumbres 2 o más veces a la semana. En los varones esta proporción es levemente inferior (34,9%).

Solo el 35,5% de las mujeres y el 37,3% de los varones consumen carnes, pescados o aves diariamente.

Solo el 36,2% de las mujeres y el 39,8% de los varones consumen frutas o verduras al menos 2 veces al día.

La muestra que corresponde al estudio realizado en la ciudad de Cantabria tuvo una ingesta de lácteos elevada ya que el 95,1% dice tomar dichos productos a diario, lo mismo que proteínas procedentes de carne, pescados, aves (89,7%). También el 82,7% afirmó consumir fruta y/o verduras con regularidad. Así mismo el 95,8% refiere tomar huevos o legumbres una o dos veces por semana.

La mayoría de los AM se alimentan solos sin dificultad (más del 90%). Solo el 3,3% de los AM del sexo femenino y 1,2% del sexo masculino lo hacen solo con dificultad. En comparación con estudios realizados en la ciudad de Cantabria, mostró que el 84,5%



de los evaluados se alimentaba solo sin dificultad, el 10% lo hacían con dificultad. Y el 5,5% necesito ayuda para comer.

## VI. Recomendaciones

El presente documento aporta datos preliminares relacionados con la salud y nutrición de los niños menores de 6 años, embarazadas y Adultos Mayores que viven en Wilde. Estas zonas evaluadas, muestra particularidades de una población que está expuesta a numerosos factores ambientales en donde la respuesta a ellos dependerá de la susceptibilidad y la vulnerabilidad de las personas en especial los niños, las embarazadas y los Adultos Mayores. Esto sumado a un ambiente desfavorable, una dieta inadecuada, la adopción de hábitos no saludables, malas condiciones socioeconómicas y la exposición a varios contaminante incrementa el riesgo de enfermar.

En el caso de los Adultos mayores es importante destacar que el binomio nutrición-envejecimiento, juegan un papel primordial las acciones preventivas orientadas al mantenimiento de la salud por medio de una correcta alimentación que garantice una adecuada ingesta de nutrientes.

Dentro de ese “marco de riesgo”, considerando a la población con mayores desventajas por su grado de dependencia como lo son los niños, embarazadas y adultos mayores, y en base a los resultados preliminares obtenidos, se recomienda:

- **Identificar los niños con anemia dentro de los 6 años de vida, ya que es elevada la prevalencia en los niños menores de 2 años y ha aumentado en los niños mayores de 2 años con respecto a otros años. Implementar algún sistema de pesquisa para dicha población.**
- Identificar a todas las embarazadas para monitorear su estado de salud, debido a que son una población altamente vulnerable. Poner énfasis en la asistencia a los controles de salud, sobre todo en aquellas madres multíparas, para que tengan un mejor acceso a los servicios de salud locales.
- Implementar acciones de pesquisa en términos nutricionales y alimentarios en embarazadas.
- **Desarrollar lineamientos sobre la alimentación durante el embarazo y la importancia del consumo de suplementos vitamínicos acordes.**

- **Desarrollar lineamientos sobre alimentación complementaria adaptadas a la realidad social, económica, hábitos alimentarios, accesibilidad a los alimentos, etc. de la población estudiada.**
- **Capacitar al equipo de Salud Local sobre los lineamientos de Alimentación Complementaria y la incorporación de sucedáneos de la leche.**
- Realizar Educación Alimentaria Nutricional (EAN), incorporando en los contenidos el por qué de la incorporación de algunos alimentos, y los efectos de la ingesta de bebidas distintas al agua.
- Indagar sobre el acceso y disponibilidad local a los alimentos, haciendo hincapié en la importancia del consumo de alimentos frescos.
- Realizar educación en la comunidad fortaleciendo aspectos de crianza, hábitos de vida y calidad de vida en relación a la salud y la alimentación infantil.
- Fortalecer el primer nivel de atención con acciones de promoción y prevención, en relación a la concientización y promoción de actitudes positivas con el medio ambiente.
- Identificar familias con alta vulnerabilidad definida por la exposición a factores ambientales que podrían perjudicar el estado nutricional de los niños.
- **Identificar a los Adultos Mayores, para mejorar el acceso de los mismos al sistema de salud, fortaleciendo el seguimiento periódico de parámetros que reflejan el estado nutricional en la consulta de la atención primaria.**
- **Desarrollar estrategias barriales y comunitarias para realizar detección de Adultos Mayores con riesgo de Malnutrición.**
- **Detectar en los Adultos Mayores sobrepeso y Obesidad asociado a Factores de Riesgo.**
- Implementar acciones comunitarias con participación de los Adultos Mayores en el cuidado de su salud y nutrición.
- Implementar talleres educativos a cuidadores y/o familiares sobre alimentación en el Adulto Mayor

---

<sup>i</sup> Cervantes L, Montoya M, Núñez L, Borges A, Gutiérrez L, Llaca C. Aporte dietético de energía y nutrimentos en adultos mayores de México. *Nutrición Clínica* 2003; 6 (1): 2-8.

<sup>ii</sup> Estudio del estado nutricional de los ancianos de Cantabria. *Nutr Hosp.* 2011;26(2):345-354  
ISSN 0212-1611 • CODEN NUH0EQ  
S.V.R. 318



## **RESULTADOS**

### **Informe de la Evaluación Integral de Salud en Áreas de Riesgo (EISAR) Wilde este, Avellaneda, Provincia de Buenos Aires.**

#### **CAPITULO 3: Desarrollo Psicomotor**

**ACUMAR**

**DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD AMBIENTAL**



## Contenido

I.	Componente de Desarrollo Psicomotor .....	4
I.1.	Herramientas utilizadas.....	4
I.2.	Clasificación de los resultados según el CPPP y la Prunape.....	5
I.3.	Secuencia de los estudios del desarrollo .....	5
I.4.	Casos en los que no se administran las pruebas de pesquisa .....	5
I.5.	Criterios de exclusión .....	6
I.5.i.	Edad insuficiente.....	6
I.5.ii.	Trastornos del desarrollo y otros.....	6
I.5.iii.	Enfermedad intercurrente .....	5
I.5.iv.	Ambiente inadecuado.....	6
II.	Resultados .....	8
II.1.	Niños evaluados en Hogares .....	8
II.1.	Resultados en hogares de PRUNAPE en niños de 0 a 6 meses .....	8
II.2.	Resultado de la administración de CPPP y PRUNAPE en niños de 6 meses a 6 años.....	9
II.3.	Resultado final en niños de 0 a 6 años .....	10
II.4.	Criterios de exclusión en hogares.....	10
III.	Resultados de PRUNAPE y Determinantes Sociales de la Salud.....	11
III.1.	Edad y Resultados de PRUNAPE .....	12
III.2.	Resultados de PRUNAPE por sexo del niño.....	13
III.3.	Resultados de la PRUNAPE según concurrencia a jardín o guardería.....	13
III.4.	Resultado de la PRUNAPE según condición socioeconómica .....	16
III.4.ii.	Resultado de la PRUNAPE e ingreso total familiar .....	17
III.5.	Determinantes relacionados con el niño .....	18
III.5.i.	Resultado de PRUNAPE y peso de nacimiento .....	18
III.5.ii.	Resultados de la PRUNAPE según edad gestacional .....	19
III.5.iii.	Resultados de la PRUNAPE según presencia de anemia.....	19
III.5.iv.	Resultado de la PRUNAPE y enfermedad respiratoria baja.....	20
III.5.v.	Diagnóstico nutricional y PRUNAPE .....	21
III.5.vi.	Episodios de diarrea en el último año y PRUNAPE .....	22
III.6.	Determinantes relacionados con la Madre .....	23
III.6.i.	Edad materna .....	23
III.6.ii.	Educación materna: .....	24
III.6.iii.	Condición de Inmigrante de la Madre.....	25
III.6.iv.	Descendientes de Pueblos Originarios .....	25
III.6.v.	Tiempo de residencia de la madre en la vivienda .....	25
III.7.	Resultados de PRUNAPE relacionados con el Jefe de Hogar.....	26
III.7.i.	Condición de Actividad del Jefe de Hogar .....	26
III.7.ii.	Sexo del Jefe de Hogar.....	26
III.8.	Resultado de PRUNAPE y hogares.....	27
III.8.i.	Tipo de Hogar .....	27
III.8.ii.	Hogares con Niños de 5 a 17 años no escolarizados .....	27
III.8.iii.	Hogares con Asignación Universal por Hijo (AUH) .....	28
III.9.	Resultado de PRUNAPE y vivienda deficitaria.....	28
III.10.	Resultado de PRUNAPE y presencia de Plomo capilar >VdR.....	29
III.11.	Cobertura de Salud y PRUNAPE .....	30
IV.	Prevalencia de niños con discapacidades .....	30
V.	Resumen de proporciones de fracaso en la PRUNAPE .....	32
VI.	Resumen.....	33

## Índice de Tablas

Tabla 1.	Niños evaluados en hogares(N=698) .....	8
Tabla 2.	Resultados primera evaluación con Prunape en Hogares.....	9
Tabla 3.	Resultado segunda evaluación con Prunape en el Tráiler .....	9
Tabla 4.	Resultado final de niños menores de 6 meses.....	9
Tabla 5.	Resultado de CPPP y PRUNAPE: casos probables.....	10
Tabla 6.	Criterios de exclusión en Hogares.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla 9.	Prunape según la edad del niño.....	12
Tabla 8.	Prunape según sexo en niños .....	13

Tabla 9. Concurrencia a guardería o Jardín según edad. ....	14
Tabla 10. Concurrencia a jardín o guardería: niños de 0 a 2.99 años .....	14
Tabla 11. PRUNAPE según concurrencia a jardín o guardería: niños de 3 a 5.99 años.....	15
Tabla 12. Niños que no concurren a guardería y jardín y resultado de Prunape .....	16
Tabla 13. Resultados de la PRUNAPE, según condición NBI del hogar.....	16
Tabla 14. Resultados de la PRUNAPE, según cada indicador de NBI.....	17
Tabla 15. Línea de pobreza e indigencia y resultados de la PRUNAPE. ....	17
Tabla 16. Ingreso mensual de la familia y resultados de la PRUNAPE .....	18
Tabla 17. . Bajo peso al nacer y resultado de la PRUNAPE. ....	18
Tabla 18. Muy bajo peso al nacer y resultado de la PRUNAPE. ....	18
Tabla 19. Edad gestacional y resultado de la PRUNAPE .....	19
Tabla 20. Anemia y resultado de la PRUNAPE .....	19
Tabla 21. Enfermedad respiratoria y PRUNAPE .....	20
Tabla 22. Niños con enfermedad respiratoria baja en el último año y PRUNAPE, según grupos de edad. ....	20
Tabla 23. Niños que no presentaron enfermedad respiratoria y PRUNAPE, según edad.....	21
Tabla 24. Número de episodios de enfermedad respiratoria y PRUNAPE .....	21
Tabla 25. Problemas nutricionales y resultado de la PRUNAPE .....	22
Tabla 26. Estado nutricional y resultado de la PRUNAPE .....	22
Tabla 27. Diarreas en el último año y resultado de la PRUNAPE .....	23
Tabla 28. Edad de la madre y resultados PRUNAPE.....	23
Tabla 29. La madre sabe leer y escribir y resultados de la PRUNAPE .....	24
Tabla 30. Nivel de escolaridad materno y resultados de la PRUNAPE.....	24
Tabla 31. Condición de inmigrante y resultados de la PRUNAPE.....	25
Tabla 32. Tiempo de residencia en la vivienda .....	26
Tabla 33. Condición de actividad del jefe de hogar y Prunape .....	26
Tabla 34. : Sexo del jefe de hogar y Prunape .....	27
Tabla 35. Tipo de hogar y Prunape .....	27
Tabla 36. Hogares con niños de 5 a 17 años no escolarizados y Prunape .....	28
Tabla 37. Hogares con Asignación Universal por Hijo y Prunape .....	28
Tabla 38. Vivienda deficitaria y Prunape .....	29
Tabla 39. Resultado de Prunape según nivel de plomo en sangre .....	29
Tabla 40. Cobertura de salud y resultado de Prunape .....	30
Tabla 41. Niños con discapacidad.....	31
Tabla 42. Resumen de proporciones de fracaso en la Prunape.....	32

### Índice de Gráficos e Ilustraciones

Ilustración 1. Circuito y número de niños evaluados con CPPP y Prunape en hogares y tráiler, y derivados al sistema de salud en Wilde .....	7
Gráfico 1. Distribución de niños evaluados en Wilde, según edad y sexo. 341 Niñas (F); 357 Niños (M).....	8
Gráfico 2. Resultado de CPPP y PRUNAPE .....	12
Gráfico 3. PRUNAPE Según Sexo .....	13
Gráfico 4. PRUNAPE según concurrencia a guardería o Jardín (porcentaje) .....	15
Gráfico 5. PRUNAPE según nivel de plomo capilar .....	29
Gráfico 6. Certificado de discapacidad según ente emisor. ....	31

## I. Componente de Desarrollo Psicomotor

### I.1. Herramientas utilizadas

A partir de la Evaluación Integral de Salud en Áreas de Riesgo de Wilde y Acuba, se incorporó una nueva herramienta denominada Cuestionario Prunape Pre-pesquisa (CPPP).

El CPPP ha sido elaborado y validado por la DGSA y consiste en preguntas realizadas a la madre, basadas en las pruebas de desarrollo psicomotor que integran la Prunape. El CPPP presenta las siguientes ventajas, por lo que se considera que es costo/efectiva:

- 1) Sencillo de administrar.
- 2) Su administración no requiere de una capacitación especial.
- 3) No requiere de un consultorio pediátrico formal.
- 4) El tiempo de administración es más corto (7 minutos promedio).

No obstante, y como es de esperar, el CPPP tiene limitaciones:

- Tiene una sensibilidad baja (alrededor del 45%), aunque un valor predictivo positivo de más del 70 %.
- No es un instrumento para evaluar el desarrollo en la población sino para seleccionar niños en mayor riesgo de no pasar la prueba Prunape.

Los niños que no pasaban el CPPP, fueron derivados a un consultorio pediátrico para una segunda evaluación con la Prueba Nacional de Pesquisa.

El CPPP evalúa niños de 6 meses a 6 años. Comparado con edades posteriores, en los primeros meses de vida hay una menor proporción de niños con problemas de desarrollo. Esto se debe a varias causas, entre ellas: a que la influencia del medioambiente es menor que a edades posteriores, ya que muchas funciones cerebrales aún no están desarrolladas. Con la finalidad de incluir a todos los niños en la presente evaluación, los menores de 6 meses fueron evaluados en los hogares con la PRUNAPE, y los que fracasaron fueron derivados a un consultorio pediátrico para una segunda evaluación.

## I.2. Clasificación de los resultados según el CPPP y la Prunape

Los niños que no pasan el CPPP toman el nombre de **sospechosos**, es decir son sospechosos de no pasar la Prunape

Los niños que no pasan la Prunape son llamados **probables**, es decir, tienen alta probabilidad de padecer un problema en su desarrollo

## I.3. Secuencia de los estudios del desarrollo

Todos los niños evaluados que fracasaron en la Prunape fueron derivados como casos probables a los servicios de salud del municipio para su seguimiento.

Los niños que fueron evaluados con CPPP y Prunape en hogares y no concurren a la segunda evaluación, fueron derivados como casos sospechosos al municipio para ser evaluados con PRUNAPE.

## I.4. Casos en los que no se administran las pruebas de pesquisa

Según la normativa de aplicación, la prueba de pesquisa se recomienda no administrar en las siguientes circunstancias:

- Si el niño cumple con alguno de los criterios de exclusión (edad insuficiente, enfermedad crónica, trastorno del desarrollo reconocido).
- Si presenta una enfermedad intercurrente
- Si por problemas relacionados con el ambiente en el hogar no se cumplen las condiciones mínimas para que la prueba pueda ser administrada en forma confiable.

## I.5. Enfermedad intercurrente

Ingresa en esta categoría aquellos niños que presentaron enfermedades banales en el momento del ingreso al hogar para la aplicación de la Prunape.

Según la normativa del test, aquellos niños que presentaron estas condiciones deberían ser excluidos de su aplicación, pero como se buscó que participen de la evaluación de salud, fueron derivados al consultorio del tráiler cuando dicha enfermedad banal hubiera cedido y el niño se encontrara en condiciones sanitarias de

realizar la prueba. Por lo tanto no se considera a los fines de las EISAR, una causa de exclusión.

Asimismo, a todos se les administró el cuestionario general de desarrollo que indaga sobre antecedentes patológicos del embarazo, enfermedades respiratorias bajas y diarreas. A continuación se detallan los motivos que no permitieron la aplicación del CPPP y la Prunape.

## I.6. Criterios de exclusión

### I.6.i. Edad insuficiente

La normativa indica que en los niños recién nacidos y hasta los 19 días de vida, no puede administrarse la Prunape.

### I.6.ii. Trastornos del desarrollo y otros.

Son aquellos niños que en el momento de la entrada en hogares tienen un diagnóstico conocido de trastorno del desarrollo psicomotor, síndrome genético o malformaciones asociadas a problemas madurativos, secuela de accidentes con limitaciones funcionales, etc.

Si bien en estos casos no se aplica la Prunape, los datos relevados en este grupo de niños son importantes porque permiten su comparación con otras fuentes de datos de prevalencia de discapacidades dado que se tratan de deficiencias que generan limitaciones funcionales para un niño de un determinado grupo de edad.

### I.6.iii. Ambiente inadecuado

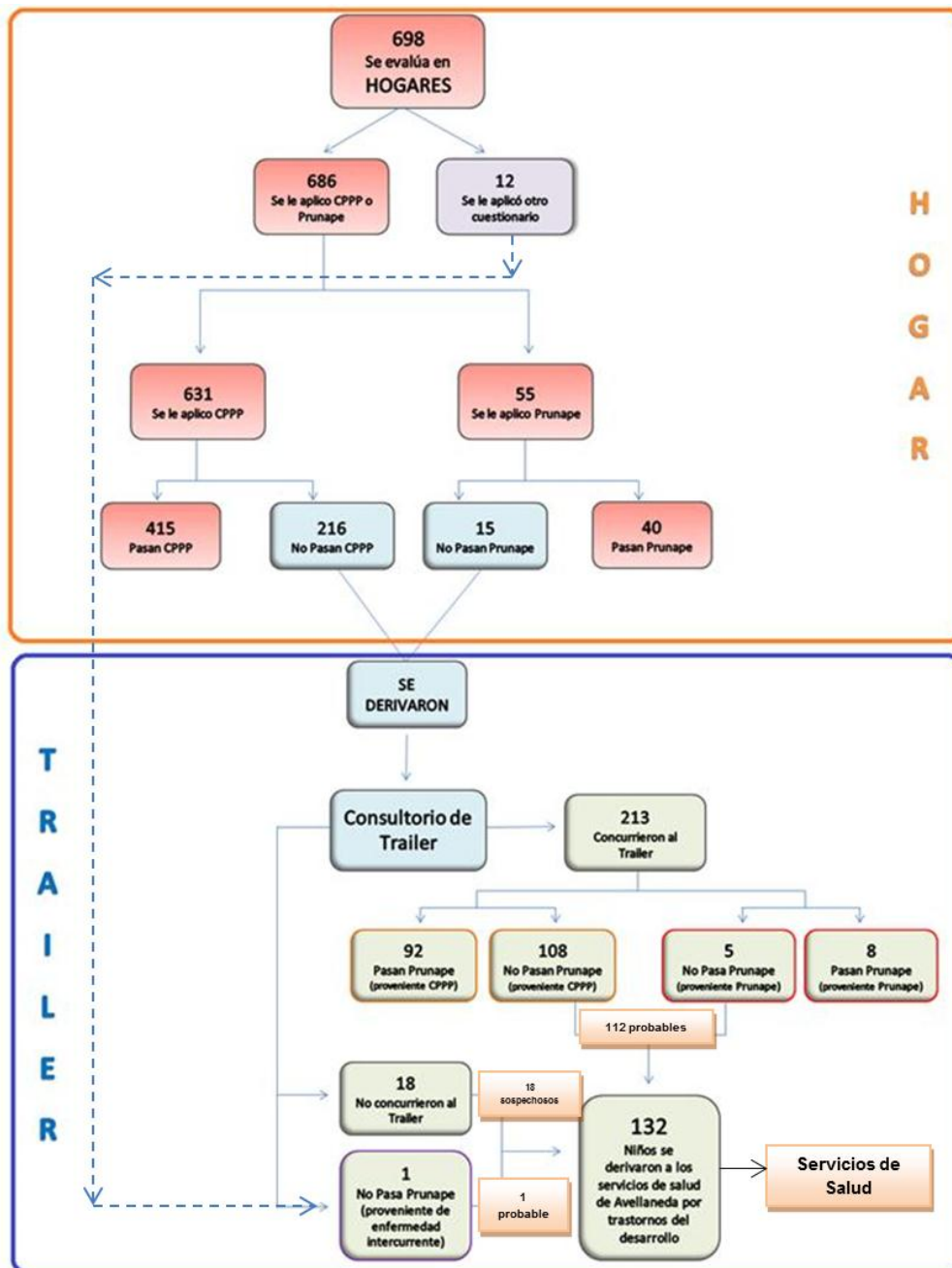
El profesional evalúa durante su ingreso al hogar del niño que va a evaluar, el siguiente listado de ítems. Si alguno de ellos está presente e impiden la adecuada administración de la Prunape, el niño se deriva para su evaluación al consultorio habilitado para ello en el tráiler:

- 1) Piso irregular
- 2) Espacio escaso
- 3) Ruidos molestos
- 4) Escasa privacidad
- 5) Ausencia de mobiliario



La incorporación de CPPP en niños desde los 6 meses a los 5 años, permitió que todos los niños se evalúen en sus hogares.

Ilustración 1. Circuito y número de niños evaluados con CPPP y Prunape en hogares y tráiler, y derivados al sistema de salud en Wilde



Fuente: DGSA, 2013.

## II. Resultados

### II.1. Niños evaluados en Hogares

En hogares se evaluaron a un total de 698 niños. Se administró el CPPP y la Prunape a **686** niños y a 12 niños que fueron excluidos se les aplicó un cuestionario general de desarrollo.

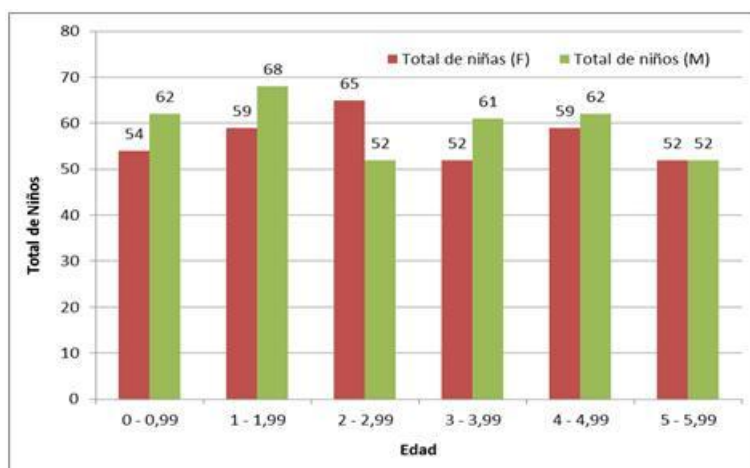
Tabla 1. Niños evaluados en hogares(N=698)

Evaluación	N° niños
Con CPPP	631
Con Prunape (menores 6m)	55
Total	<b>698</b>

Fuente: DGSA, 2013.

En el gráfico siguiente se observa la distribución de los niños y niñas evaluados por grupos de edades.

Gráfico 1. Distribución de niños evaluados en Wilde, según edad y sexo. 341 Niñas (F); 357 Niños (M).



Fuente: DGSA, 2013.

### II.1. Resultados en hogares de PRUNAPE en niños de 0 a 6 meses

En hogares se evaluaron 55 niños menores de 6 meses.

En las tablas siguientes se presentan los resultados de la primera y segunda evaluación con Prunape. No pasaron el 9% de los niños evaluados.

Tabla 2. Resultados primera evaluación con Prunape en Hogares

	Pasaron	No Pasaron	% no pasaron	Total
Hogares	40	15	27	55

Fuente: DGSA, 2013.

Tabla 3. Resultado segunda evaluación con Prunape en el Tráiler

	Pasaron	No Pasaron	S/E	Total
Tráiler	8	5	2	13*

Fuente: DGSA, 2013.

\*No concurren a segunda evaluación 2 niños

Tabla 4. Resultado final de niños menores de 6 meses

Pasaron	No Pasaron segunda Prunape	% no pasaron	TOTAL
48	5	9,4	53*

Fuente: DGSA, 2013.

\*2 niños fracasaron primer Prunape y no concurren a la 2° evaluación

## II.2. Resultado de la administración de CPPP y PRUNAPE en niños de 6 meses a 6 años

Se evaluaron con el CPPP a un total de 632 niños y no pasaron esta prueba 217 (34,3%), los cuales fueron derivados al tráiler para una segunda evaluación con PRUNAPE. Un total de 201/217 niños que no pasaron la CPPP concurren al tráiler para la realización de una segunda evaluación con la PRUNAPE, y de ellos 109 niños no pasaron esta prueba PRUNAPE (54,22%). Es decir que este porcentaje representa los niños que pudieron ser detectados con la secuencia CPPP-Prunape. Si consideramos a estos 109 niños que fracasaron en ambas pruebas (CPPP y PRUNAPE) en el total de la población menor de 6 años evaluada con ambas pruebas (616) el porcentaje de fracaso fue del 18%. A estos casos se los consideró como casos probables y fueron derivados al municipio para su diagnóstico y tratamiento. Hubo 16 niños que no pasaron el CPPP y no concurren al tráiler para la aplicación de la segunda prueba. Fueron considerados como casos sospechosos y se los derivó al municipio para su posterior evaluación con la PRUNAPE.

### II.3. Resultado final en niños de 0 a 6 años

Se derivaron al municipio los 114 niños que no pasaron el CPPP y la Prunape (casos probables) para su diagnóstico y tratamiento y los 18 niños que no concurrieron al tráiler y que se derivan para ser evaluados con Prunape (casos sospechosos).

Si se considera los que completaron la segunda evaluación con Prunape, se puede afirmar que no pasaron la prueba 114 niños, que representan el **17%** del total de la población estudiada (669) y que constituyen los casos probables.

Tabla 5. Resultado de CPPP y PRUNAPE: casos probables

Edad	Pasaron	No Pasaron	% no Pasaron	Total
Menores de 6 meses	48	5		53
De 6 meses a 6 años	507	109		616
Total	555	114	<b>17%</b>	<b>669</b>

Fuente: DGSA, 2013.

Este porcentaje del 17 % de niños detectados, es naturalmente más bajo que los encontrados con el sistema utilizado en encuestas previas (Prunape a todos los niños), debido a que el CPPP es una herramienta que tiene menor sensibilidad que la Prunape. Detecta menor proporción de niños pero detecta a los más graves, y con una mayor efectividad

### II.4. Criterios de exclusión en hogares: edad insuficiente, enfermedad crónica, trastorno del desarrollo reconocido.

En total hubo 12 niños evaluados en los hogares con el cuestionario general de desarrollo, dado que no correspondía por protocolo la aplicación ni de la CPPP ni PRUNAPE.

Un solo niño de los 12 presentó una enfermedad intercurrente, al cual se lo derivó al tráiler cuando se encontró que estaba en adecuadas condiciones de salud para su evaluación con las pruebas de desarrollo acordes para su edad.

En la tabla siguiente se presentan las causas por las que se consideraron criterios de exclusión en hogares.

### III. Resultados de PRUNAPE y Determinantes Sociales de la Salud

Se estudió la asociación entre el resultado de la PRUNAPE y los siguientes determinantes:

1. Edad
2. Sexo
3. Concurrencia a jardín o guardería.
4. Situación de pobreza:
  - 1) NBI
  - 2) Línea de pobreza
  - 3) Línea de indigencia
  - 4) Ingreso mensual
5. Relacionados con niño:
  - 1) Peso de nacimiento
  - 2) Edad gestacional
  - 3) Anemia
  - 4) Enfermedades respiratorias
  - 5) Estado nutricional
6. Relacionados con la madre:
  - 1) Edad de la madre.
  - 2) Educación materna: 2.1. Sabe leer y escribir?
    2. .2. Nivel de escolaridad
  - 3) Condición de inmigrante
  - 4) Descendiente de pueblos originarios
7. Relacionados con el jefe de hogar
  - 1).Condición de actividad
  - 2).Sexo del jefe de hogar
8. Hogar:
  - 1) Tipo de hogar
  - 2) Con niños de 5 a 17 años no escolarizados
  - 3) Asignación Universal por Hijo
9. Vivienda deficitaria
10. Niveles de plomo en sangre
11. Cobertura de salud

### III.1. Edad y Resultados de PRUNAPE

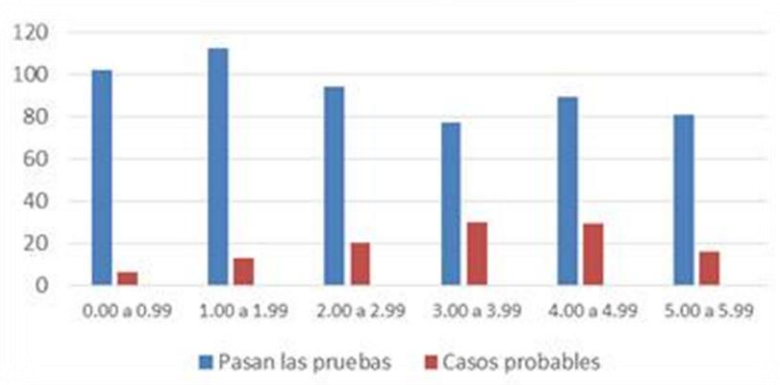
En la tabla y gráfico siguientes se observa que el porcentaje de niños que fracasa en la Prunape se incrementa con la edad, hasta los 4 y 5 años en que comienzan a disminuir en forma progresiva, probablemente por su incorporación a la educación inicial.

Tabla 6. Prunape según la edad del niño

Edad (años)	Prunape				Total
	Pasa	No pasa	% No pasan	% de cambio	
0,0 a 0,99	102	6	5,5		108
1,0 a 1,99	112	13	10,4	89	125
2,0 a 2,99	94	20	17,5	68	114
3,0 a 3,99	77	30	28,0	60	107
4,0 a 4,99	89	29	24,5	-12,5	118
5,0 a 5,99	81	16	16,4	-33	97
Total	555	114	<b>17,04</b>		669

Fuente: DGSA, 2013

Gráfico 2. Resultado de CPPP y PRUNAPE



Fuente: DGSA, 2013

### III.2. Resultados de PRUNAPE por sexo del niño

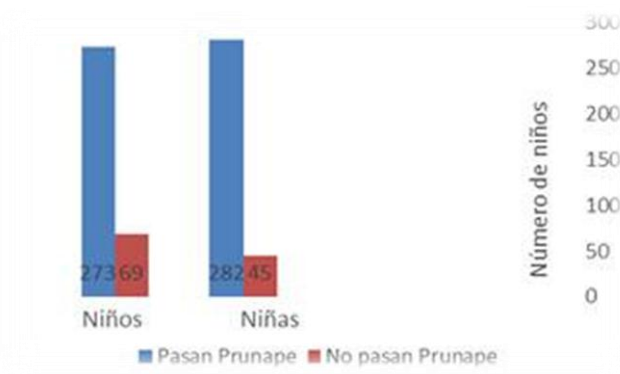
Como se muestra en la siguiente tabla y gráfico, los niños no pasaron la PRUNAPE en una mayor proporción que las niñas, en forma coincidente con la mayoría de los resultados observados en estudios de desarrollo infantil, de la DGSA, nacional e internacionales.

Tabla 7. Prunape según sexo en niños

Sexo	Prunape			Total
	Pasaron	No Pasaron	% No Pasaron	
Femenino	282	45	13,7	327
Masculino	273	69	<b>20,1</b>	342
Total	555	114	17,04	669

Fuente: DGSA, 2013

Gráfico 3. PRUNAPE Según Sexo



Fuente: DGSA, 2013

### III.3. Resultados de la PRUNAPE según concurrencia a jardín o guardería

El porcentaje global de niños que concurrían al jardín o guardería al momento de su evaluación fue del 46,5%.

Se observó que el porcentaje de asistencia se incrementó con la edad. A los 3 años el 80 % de los niños concurría a jardín y en el grupo de niños de 4 a 5 años esta concurrencia se incrementó al 95,6%.

Tabla 8. Concurrencia a guardería o Jardín según edad.

Edad	Concurría		No concurría	Total
	N	%		
0.00 a 0.99	0	0,0	108	108
1.00 a 1.99	7	5,8	112	119
2.00 a 2.99	15	13	100	115
3.00 a 3.99	87	79,8	22	109
4.00 a 4.99	110	<b>95,6</b>	5	115
5.00 a 5.99	89	92,7	7	96
TOTAL	308	46,5	354	662

Fuente: DGSA, 2013.

Los porcentajes de la columna “concorre”, lo son respecto de los totales fila.

Si se analiza la concurrencia a guardería o jardín en toda la población estudiada con los resultados de las pruebas, los resultados son controvertidos.

El 20,8% de los niños que concurrían no pasaron la PRUNAPE, mientras que el 12,7% de los que no concurrían a ninguna institución fracasaron en la prueba..

Estos resultados deben analizarse teniendo en cuenta que el efecto que el jardín o la guardería ejerce sobre el desarrollo infantil es complejo y edad dependiente. Si se divide en grupos de edades, se observa que los niños más pequeños que no concurrían a jardín o guardería muestran diferencias de escasa magnitud cuando se compara con los que concurrían a una institución.

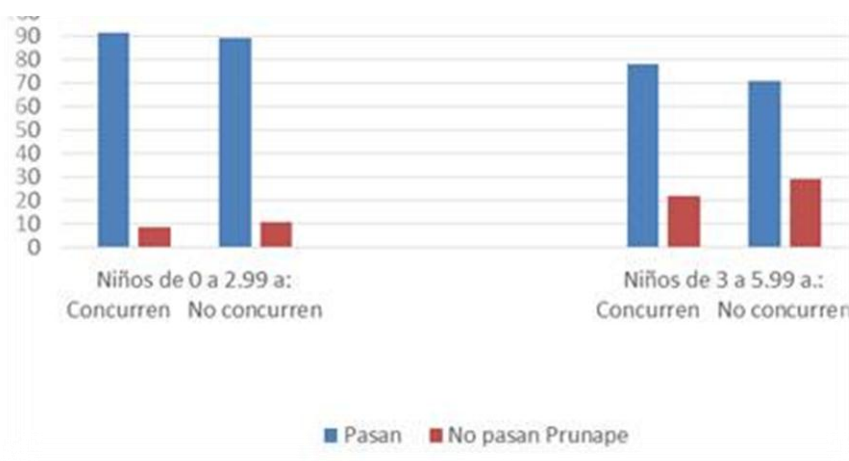
Tabla 9. Concurrencia a jardín o guardería: niños de 0 a 2.99 años

Concorre a jardín o guardería	PRUNAPE			Total
	Pasó	No pasó	% no pasaron	
Sí	20	2	9,1	<b>22</b>
No	285	35	10,9	<b>320</b>
Total	305	<b>37</b>	<b>10,8</b>	<b>342</b>

Fuente: DGSA, 2013.



Gráfico 4. PRUNAPE según concurrencia a guardería o Jardín (porcentaje)



Fuente: DGSA, 2013.

En cambio, en el grupo de 3 a 5 años se observa que, cuando el niño no concurría al jardín el riesgo de fracasar en la prueba de desarrollo fue mayor (**29,4 %**).

Tabla 10. PRUNAPE según concurrencia a jardín o guardería: niños de 3 a 5.99 años

Concorre a jardín o guardería	PRUNAPE			Total
	Pasó	No pasó	% no pasaron	
Sí	224	62	21,7	<b>286</b>
No	24	10	<b>29,4</b>	<b>34</b>
Total	<b>248</b>	<b>72</b>	<b>72</b>	<b>320</b>

Fuente: DGSA, 2013.

En la tabla siguiente se puede observar que existe una tendencia ascendente del riesgo de fracaso en la Prunape entre los niños que no concurrían a guardería o jardín que comenzaba en el grupo de 2 años y se duplica a los 3 años de edad.

Tabla 11. Niños que no concurren a guardería y jardín y resultado de Prunape

Edad (años)	Prunape		% No Pasaron	Total
	Pasaron	No pasaron		
0 a 0,99	102	6	<b>5.5</b>	108
1,0 a 1,99	99	13	<b>11.6</b>	112
2,0 a 2,99	84	16	<b>16.0</b>	100
3,0 a 3,99	14	8	<b>36,3</b>	22
4,0 a 4,99	3	2	<b>40.0</b>	5
5,0 a 5,99	7	0	0.00	7
Total	309	45		354

Fuente: DGSA, 2013.

### III.4. Resultado de la PRUNAPE según condición socioeconómica

#### III.4.i.1 Necesidades Básicas Insatisfechas.

El 64,7% de los hogares con niños menores de 6 años evaluados posee al menos un indicador NBI.

Se observó que la condición de NBI del grupo familiar del niño se asoció con la probabilidad de no pasar la prueba.

Tabla 12. Resultados de la PRUNAPE, según condición NBI del hogar

Condición NBI	PRUNAPE			Total
	Pasaron	no pasaron	% no pasaron	
Sin NBI	168	27	13,8	195
Con NBI	387	83	<b>17,6</b>	470
Total	555	110		665

Fuente: DGSA, 2013.

Tabla 13. Resultados de la PRUNAPE, según cada indicador de NBI

Indicadores de NBI	Prunape			Total
	Pasaron	No pasaron	% No Pasaron	
Hacinamiento	233	50	<b>17.6</b>	283
Vivienda	40	7	<b>14.8</b>	47
Instalaciones sanitarias	187	49	<b>20.7</b>	236
Escolaridad	4	0	<b>0.0</b>	4
Capacidad de subsistencia	217	57	<b>20.8</b>	274
Total	387	83		470

Fuente: DGSA, 2013.

#### III.4.i.2 Resultado de PRUNAPE según línea de pobreza e indigencia

El porcentaje de fracaso fue mayor en aquellos niños que vivían en hogares pobres (24,7%) que entre los niños que lo hacían en hogares no pobres (16%).

Tabla 14. Línea de pobreza e indigencia y resultados de la PRUNAPE.

Línea de pobreza e indigencia	PRUNAPE			Total
	Pasaron	No pasaron	% no pasaron	
Pobre indigente	12	1	7,7	13
Pobre no indigente	63	13	17	76
No pobre	355	68	16	423
Total	430	82		512

Fuente: DGSA, 2013.

#### III.4.ii. Resultado de la PRUNAPE e ingreso total familiar

No se encontraron diferencias importantes al analizar el resultado de la Prunape con el ingreso mensual de las familias evaluadas.

Tabla 15. Ingreso mensual de la familia y resultados de la PRUNAPE

Ingreso mensual	PRUNAPE			Total
	Pasaron	No pasaron	% no pasaron	
501 a 2000	64	11	14,6	75
2001 a 3000	74	16	17,7	90
3001 a 4000	109	20	15,5	129
4001 a 5000	68	14	17	82
5000 o más	115	21	15,4	136
Total	430	82		512

Fuente: DGSA, 2013.

### III.5. Determinantes relacionados con el niño

#### III.5.i. Resultado de PRUNAPE y peso de nacimiento

La proporción de niños de bajo peso al nacer entre los niños encuestados fue del 7,95%.

En los niños de Wilde que presentaron bajo peso al nacer se observó una mayor prevalencia de resultados Prunape desfavorables: 28,3%. La mayor prevalencia de niños que no Pasaron siempre se relaciona con el bajo peso de nacimiento, y en mayor magnitud con el muy bajo peso al nacer.

Tabla 16. . Bajo peso al nacer y resultado de la PRUNAPE.

Peso al nacer	PRUNAPE			Total
	Pasaron	No pasaron	% no pasaron	
Menos de 2500 g	38	15	<b>28,3</b>	<b>53</b>
2500 o más	519	95	15,4	<b>614</b>
Total	557	<b>110</b>		<b>667</b>

Fuente: DGSA, 2013.

Tabla 17. Muy bajo peso al nacer y resultado de la PRUNAPE.

Peso al nacer	PRUNAPE			Total
	Pasa	No pasó	% no pasaron	
Menor de 1500	3	2	<b>40</b>	5
1500 gr. o más	554	108	16,3	662
Total	557	110		667

Fuente: DGSA, 2013.

### III.5.ii. Resultados de la PRUNAPE según edad gestacional

En la tabla siguiente se observa que los niños nacidos, según referencias de la madre o adulto responsable, a una edad gestacional inferior a las 37 semanas fracasaron en la PRUNAPE en una proporción ligeramente inferior a aquellos niños nacidos a término. Esto no es coincidente con la mayoría de los trabajos publicados sobre el tema. Es preciso tener en cuenta otras variables intervinientes, entre ellas los 17 casos que figuran sin datos sobre esta respuesta.

Tabla 18. Edad gestacional y resultado de la PRUNAPE

Nacido	PRUNAPE			Total
	Pasaron	No pasaron	% no pasaron	
Pre-término	69	12	14,8	<b>81</b>
A término	474	95	16,7	<b>569</b>
Total	<b>543</b>	<b>107</b>		<b>650</b>

Fuente: DGSA, 2013.

### III.5.iii. Resultados de la PRUNAPE según presencia de anemia

La prevalencia de niños con anemia fue del 24,8 %, no observándose asociación entre la presencia de anemia y el riesgo de fracasar en la PRUNAPE.

Tabla 19. Anemia y resultado de la PRUNAPE

Anemia (menores de 2 <10,5 // 2 a 6 <11)	PRUNAPE			Total
	Pasaron	No pasaron	% no pasaron	
Sí	121	19	13,6	140
No	341	83	19,6	424
Total	462	102		564

Fuente: DGSA, 2013.

### III.5.iv. Resultado de la PRUNAPE y enfermedad respiratoria baja

El 38,7% de los niños evaluados presentó episodios de dificultad respiratoria, agitación o tos persistente durante el último año. Si se analiza la totalidad de la población estudiada y el resultado obtenido en la PRUNAPE, los resultados son controvertidos, ya que fracasaron menos los que tuvieron episodios respiratorios durante el último año.

Tabla 20. Enfermedad respiratoria y PRUNAPE

Presencia de episodios de dificultad respiratoria, agitación o tos persistente en el último año	PRUNAPE			Total
	Pasó	No pasó	% no pasaron	
Sí	210	47	8,3	257
No	344	63	15,5	407
Total	554	110		664

Fuente: DGSA, 2013.

En cambio, si se analiza por grupos de edad se puede ver que en el grupo de 3 y 4 años cuyas madres refirieron episodios de dificultad respiratoria durante el último año, el porcentaje de fracasos en la PRUNAPE fue superior (34% y 20% respectivamente) a la observada en los mismos grupos de edad entre los que no los presentaron (22% y 29% respectivamente).

Tabla 21. Niños con enfermedad respiratoria baja en el último año y PRUNAPE, según grupos de edad.

Edad	PRUNAPE			Total
	Pasó	No pasó	% no pasaron	
0 a 0.99	27	0	0,0	27
1.0 a 1.99	48	9	15,7	57
2.0 a 2.99	40	8	16,6	48
3.0 a 3.99	29	<b>15</b>	<b>34</b>	44
4.0 a 4.99	44	11	20	55
5.0 a 5.99	22	4	15,3	26
Total	210	47		257

Fuente: DGSA, 2013.

Tabla 22. Niños que no presentaron enfermedad respiratoria y PRUNAPE, según edad.

Edad	PRUNAPE			Total
	Pas	No pasaron	% no pasaron	
0 a 0.99	75	6	7,4	81
1.0 a 1.99	58	4	6,4	62
2.0 a 2.99	56	10	15,1	66
3.0 a 3.99	51	<b>14</b>	<b>21,5</b>	65
4.0 a 4.99	45	18	28,6	63
5.0 a 5.99	59	11	15,7	70
Total	344	63		407

Fuente: DGSA, 2013.

Con respecto **al número de episodios de dificultad respiratoria**, tos o agitación durante el último año, se observa un incremento de niños que no Pasaron la PRUNAPE a partir de 3 o más episodios.

Tabla 23. Número de episodios de enfermedad respiratoria y PRUNAPE

N° de episodios	PRUNAPE			Total
	Pasaron	No pasaron	% no pasaron	
1 a 2	102	19	15,7	121
3 a 5	59	<b>17</b>	<b>22,3</b>	76
6 a 10	23	<b>7</b>	<b>23,3</b>	30
Más de 10	24	4	14,3	28
Total	208	47		255

Fuente: DGSA, 2013.

### III.5.v. Diagnóstico nutricional y PRUNAPE

Se observa una mayor proporción de niños que fracasaron en la Prunape en el grupo que presenta algún problema nutricional (23,46% vs 15 %).

Tabla 24. Problemas nutricionales y resultado de la PRUNAPE

Presenta algún problema nutricional	PRUNAPE			Total
	Pasaron	No Pasaron	% no pasaron	
Sí	75	<b>23</b>	<b>23,46</b>	98
No	479	87	15,3	566
Total	554	110		664

Fuente: DGSA, 2013.

Se puede observar en la tabla siguiente que según el diagnóstico nutricional de los niños estudiados, el porcentaje mayor de fracasos en la Prunape se encuentran en los niños con baja talla (34,7%) y en los niños con obesidad (23,6%).

Tabla 25. Estado nutricional y resultado de la PRUNAPE

Estado nutricional	PRUNAPE			Total
	Pasaron	No Pasaron	% no pasaron	
Bajo peso	2	0		2
Emaciado c/crecimiento normal	2	1		3
Normal	479	87	15,37	566
Normal alto	3	0		3
Normal acortado	15	<b>8</b>	<b>34,7</b>	23
Sobrepeso	6	1		7
Obeso c/crecimiento normal	42	<b>13</b>	<b>23,6</b>	55
Obeso alto	3	0		3
Obeso acortado	2	0		2
<b>TOTAL</b>	<b>554</b>	<b>110</b>		<b>664</b>

Fuente: DGSA, 2013.

### III.5.vi. Episodios de diarrea en el último año y PRUNAPE

El 38% de los niños evaluados presentaron episodios de diarrea en el último año. En la tabla siguiente se muestra que no se encontró asociación entre los niños con episodios de diarrea y el riesgo de fracasar en la PRUNAPE.



Tabla 26. Diarreas en el último año y resultado de la PRUNAPE

Diarreas	PRUNAPE			Total
	Pasaron	No Pasaron	% no pasaron	
Sí	213	40	15,8	253
No	342	70	17	412
Total	555	110		665

Fuente: DGSA, 2013.

### III.6. Determinantes relacionados con la Madre

#### III.6.i. Edad materna

En la tabla siguiente se observa que a mayor edad de la madre se incrementa el riesgo de fracasar en la PRUNAPE.

La proporción de niños que no Pasaron la PRUNAPE es menor en las madres adolescentes, que en las de 20 años y más. Este hallazgo es similar al observado en otros estudios realizados en áreas de riesgo de la cuenca.

Tabla 27. Edad de la madre y resultados PRUNAPE.

Edad de la madre	PRUNAPE			Total
	Pasaron	No Pasaron	% no pasaron	
Hasta 20 años	38	3	<b>7,3</b>	41
De 20 a 34 años	391	69	<b>15</b>	460
De 35 a 44 años	106	29	<b>21,4</b>	135
De 45 a 69 años	22	9	<b>29</b>	31
Total	<b>557</b>	<b>110</b>		<b>667</b>

Fuente: DGSA, 2013.

Se observó una proporción de madres menores de 20 años (6,1%), inferior a lo publicado en cifras nacionales a través del porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 20 años, el cual fue del 15,9% (DEIS, 2012).

### III.6.ii. Educación materna:

#### III.6.ii.1 ¿Sabe leer y escribir?

Si bien se observa que el número de madres que no saben leer ni escribir es bajo, la diferencia entre proporciones de niños que no Pasaron la PRUNAPE (35,7% vs. 15,8%) en ambas categorías maternas es una de las más altas de todas las tablas contenidas en el presente informe.

Tabla 28. La madre sabe leer y escribir y resultados de la PRUNAPE

La madre sabe leer y escribir?	PRUNAPE			Total
	Pasaron	No Pasaron	% no pasaron	
Sí	548	105	<b>15,8</b>	663
No	9	5	<b>35,7</b>	14
Total	557	110		667

Fuente: DGSA, 2013.

#### III.6.ii.2 Máximo Nivel Educativo de la Madre

Se observa una proporción mayor de niños que no Pasaron la PRUNAPE en el nivel de madres “sin instrucción o primario incompleto” y una tendencia decreciente a medida que se observan los resultados en los mayores niveles educativos, a excepción de los dos últimos niveles más elevados de instrucción materna.

Es preciso tener en cuenta que en estos dos últimos niveles el número de casos es menor y además pueden estar interviniendo otras variables en el fracaso de la prueba.

Tabla 29. Nivel de escolaridad materno y resultados de la PRUNAPE.

Nivel educativo de la madre	PRUNAPE			Total
	Pasaron	No Pasaron	% no pasaron	
Sin instrucción o primario incompleto	40	16	<b>29</b>	55
Primario completo	124	27	<b>17,9</b>	151
Secundario incompleto	237	39	<b>14,1</b>	276
Secundario completo	114	17	<b>13</b>	131
Terciario/universitario incompleto	24	6	20	30
Terciario/universitario completo	17	5	22,7	22
Total	556	110		566

Fuente: DGSA, 2013.

### III.6.iii. Condición de Inmigrante de la Madre

El porcentaje de niños hijos de madres inmigrantes es del 12% del total de encuestados. La condición de inmigrante de la madre no mostró diferencias en la proporción de niños que fracasaron en la PRUNAPE, al comparar con los hijos de madres no inmigrantes (16,4%). Los niños que no pasaron la Prunape en el grupo de madres inmigrantes fueron 14 en total (16.8%).

Tabla 30. Condición de inmigrante y resultados de la PRUNAPE

País de nacimiento	PRUNAPE			Total
	Pasaron	No pasaron	% no pasaron	
Argentina	488	96	16,4	584
Bolivia	6	1	14,3	7
Chile	2	0	0	2
Paraguay	28	5	15,1	33
Perú	24	4	14,3	28
Uruguay	6	4	40	10
Otro país	3	0	0	3
Total	557	110		667

Fuente: DGSA, 2013.

### III.6.iv. Descendientes de Pueblos Originarios

Los niños cuyas madres son descendientes de pueblos originarios son 4 de las 667 que respondieron este ítem. Los 4 niños pasaron la PRUNAPE.

### III.6.v. Tiempo de residencia de la madre en la vivienda

Se puede observar en la tabla siguiente que existe una tendencia creciente de fracasos a medida que se incrementa el tiempo de residencia en la vivienda, siendo el grupo de 6 a 10 años el que muestra el porcentaje más elevado.

Tabla 31. Tiempo de residencia en la vivienda

Tiempo de residencia	PRUNAPE			Total
	Pasaron	No pasaron	% no pasaron	
Menos de 1 año	59	8	11,9	67
De 1 a 5 años	195	37	15,9	232
De 6 a 10 años	101	<b>24</b>	<b>19,9</b>	125
11 años y más	202	41	16,8	243
Total	557	110		667

Fuente: DGSA, 2013

### III.7. Resultados de PRUNAPE relacionados con el Jefe de Hogar

#### III.7.i. Condición de Actividad del Jefe de Hogar

El 65% de la población encuestada pertenece a la categoría “ocupado”. En la tabla siguiente se observa que los niños pertenecientes a hogares cuyo jefe es activo laboralmente, fracasaron en una menor proporción en la PRUNAPE, que en las categorías desocupado o inactivo.

Tabla 32. Condición de actividad del jefe de hogar y Prunape

Condición de Actividad del Jefe de Hogar	PRUNAPE			Total
	Pasaron	No Pasaron	% no pasaron	
Ocupado	368	62	14,4	430
Desocupado	35	8	18,6	43
Inactivo	154	40	20,6	194
Total	557	110		667

Fuente: DGSA, 2013

#### III.7.ii. Sexo del Jefe de Hogar

Se observa en la tabla siguiente que cuando se reconoce a la mujer como jefa de hogar los niños fracasan en la PRUNAPE en una proporción ligeramente superior que cuando el jefe de hogar es de sexo masculino.

Tabla 33. : Sexo del jefe de hogar y Prunape

Sexo del jefe de hogar	PRUNAPE			Total
	Pasaron	No Pasaron	% no pasaron	
Masculino	264	47	<b>15,1</b>	311
Femenino	293	63	<b>17,6</b>	356
Total	557	110		667

Fuente: DGSA, 2013

### III.8. Resultado de PRUNAPE y hogares

#### III.8.i. Tipo de Hogar

Se observa en la tabla siguiente que la proporción mayor de fracasos en la PRUNAPE ocurre en el grupo “familia monoparental nuclear” es decir cuando está constituida por jefe sin pareja e hijo/s, siendo la diferencia con el resto de los grupos de escasa magnitud por lo que debería analizarse en profundidad para ser concluyente con respecto al significado de estas diferencias.

Tabla 34. Tipo de hogar y Prunape

Tipo de Hogar	PRUNAPE			Total
	Pasaron	No Pasaron	% no pasaron	
Hogar unipersonal	3	2	40	5
Hogar multipersonal no conyugal	10	0	0	10
Familia completa nuclear	299	59	16,5	358
Familia completa extensa/ compuesta	117	23	16,4	140
Familia monoparental nuclear	45	10	<b>18,2</b>	55
Familia monoparental extensa/compuesta	81	15	15,6	96
Sin información	2	1	33,3	3
Total	557	110		667

Fuente: DGSA, 2013

#### III.8.ii. Hogares con Niños de 5 a 17 años no escolarizados

Los hogares con niños menores de 6 años y niños en edad escolar no escolarizados representan el 8,2% de la población encuestada. Se observó que en los hogares con niños de 5 a 17 años no escolarizados el 21,8% de los niños evaluados fracasaron en la PRUNAPE.

Si bien este grupo de niños es pequeño, se puede pensar que se trata de familias con más dificultades para estimular el desarrollo de los niños.

Tabla 35. Hogares con niños de 5 a 17 años no escolarizados y Prunape

Hogares según escolaridad	PRUNAPE			Total
	Pasaron	No Pasaron	% no pasaron	
Niños escolarizados	366	78	17,5	444
Niños no escolarizados	43	12	<b>21,8</b>	55
TOTAL	409	90		499

Fuente: DGSA, 2013

### III.8.iii. Hogares con Asignación Universal por Hijo (AUH)

En la tabla siguiente se muestra que el riesgo de fracasar en la PRUNAPE es mayor en los hogares que perciben AUH, probablemente porque en este grupo se encuentran las familias de mayor riesgo social. Al analizar la actividad del jefe de hogar en el grupo que percibe AUH, el 42 % está “desocupado” o “inactivo”. En cambio, esta proporción se eleva al 70 % cuando se analiza la actividad referida por la madre en dichos hogares.

Tabla 36. Hogares con Asignación Universal por Hijo y Prunape

Asignación Universal por Hijo	PRUNAPE			Total
	Pasaron	No Pasaron	% no pasaron	
Hogar con AUH	269	60	<b>18,2</b>	329
Hogar sin AUH	287	49	14,5	336
Total	556	109		665

Fuente: DGSA, 2013

### III.9. Resultado de PRUNAPE y vivienda deficitaria

Se observa en la tabla siguiente que la vivienda deficitaria se asocia en forma desfavorable con el desarrollo infantil (20,1% vs.13,9%)

Tabla 37. Vivienda deficitaria y Prunape

Vivienda deficitaria	PRUNAPE			Total
	Pasaron	No Pasaron	% no pasaron	
No	339	55	13,9	394
Si	218	55	<b>20,1</b>	273
Total	557	110		667

Fuente: DGSA, 2013

### III.10. Resultado de PRUNAPE y presencia de Plomo capilar >VdR

Los datos relevados reflejaron que el 24,2% de los niños evaluados presentaron niveles de plomo capilar por encima de 5 ug/dl (137/564). En este grupo de niños, el 27,7% no pasaron la Prunape (38/137).

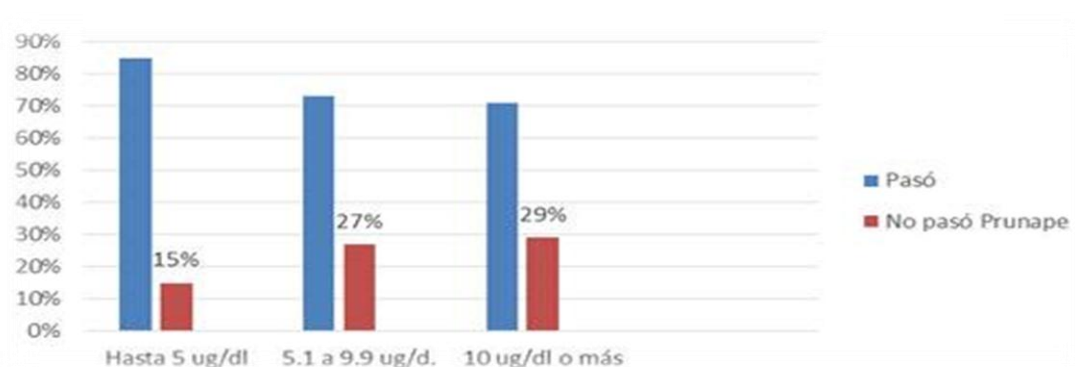
Se observa que existe una tendencia ascendente de niños que fracasan en la Prunape a medida que los niveles de plomo en sangre son más elevados:

Tabla 38. Resultado de Prunape según nivel de plomo en sangre

Nivel de plomo capilar	PRUNAPE			Total
	Pasaron	No Pasaron	% no pasaron	
Hasta 5 ug/dl	363	64	15	427
5,1 a 9,9 ug/dl	75	28	<b>27,2</b>	103
10 ug/dl o más	24	10	<b>29,4</b>	34
Total	462	102		564

Fuente: DGSA, 2013

Gráfico 5. PRUNAPE según nivel de plomo capilar



Fuente: DGSA, 2013

### III.11. Cobertura de Salud y PRUNAPE

Se observó que el 65,3% de la población se asiste en los servicios públicos de. El porcentaje de fracasos en la Prunape es ligeramente superior en este grupo: 17,4% vs 15,6%.

Tabla 39. Cobertura de salud y resultado de Prunape

Cobertura de salud	PRUNAPE			Total
	Pasaron	No Pasaron	% no pasaron	
Con cobertura	197	34	15,6	217
Sin cobertura	360	76	<b>17,4</b>	436
Total	557	110		667

Fuente: DGSA, 2013

Se trata de un indicador de fragilidad social que discrimina por un lado a la población con cobertura de salud, de aquellos que no poseen ningún tipo de cobertura ni plan estatal, atendándose exclusivamente en los servicios públicos de salud.

En el primer grupo se consideran los que poseen obra social (se incluye PAMI), prepaga por derivación de aportes o por contratación voluntaria, y aquellos que se encuentran percibiendo un programa o plan estatal de salud, nacional, provincial o municipal, que otorguen derecho a la atención médica, como plan NACER o PROFE.

### IV. Prevalencia de niños con discapacidades

La Ley 22431, en su Art. 2° conceptualiza a la discapacidad: “se considera discapacitada a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral”.

La detección de niños con discapacidades manifiestas se realizó a través del criterio de exclusión pre-establecido para administrar la PRUNAPE. Esta prueba no se realizaba si el niño tenía alguna enfermedad crónica manifiesta asociada a trastornos del desarrollo, condición que era criterio de exclusión de la prueba. Esto resulta un buen indicador de discapacidad, o trastorno del desarrollo o de enfermedad asociada a trastorno del desarrollo.

En la siguiente tabla se muestra el número de niños que cumplían con los criterios de exclusión en Wilde y que debido al diagnóstico, la cronicidad del cuadro y la limitación



funcional que ocasionaron a un niño de determinada edad y sexo, pueden considerarse como causa de discapacidad.

La determinación de discapacidad en la actualidad se realiza mediante equipo multidisciplinario que evalúa no sólo el diagnóstico sino los factores ambientales donde el niño crece y se desarrolla.

Tabla 40. Niños con discapacidad

Diagnóstico	Número de casos	Tipo de discapacidad
Retraso Mental	2	Mental
Retraso en el lenguaje	1	Mental
Trastorno generalizado del desarrollo	1	Mental
Síndrome de Down	1	Mental
<b>Total</b>	<b>5</b>	

Fuente: DGSA, 2013.

La proporción de niños considerados con discapacidad asciende a **0,71 %** (5/698) y es inferior a la observada en estudios EISAR previos.

Según el Censo 2010 en los 24 partidos del Gran Buenos Aires la prevalencia de discapacidad fue de 12,4%. La prevalencia para el total del país fue:

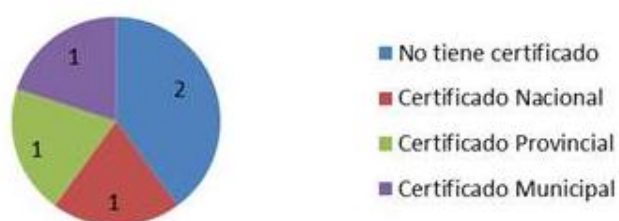
- 0-4 años: 2,5%

- 5-9 años: 4,8%

En base a estos datos podemos inferir que la prevalencia de niños con discapacidades o enfermedades crónicas manifiestas asociadas a trastornos del desarrollo es inferior a la prevalencia observada a nivel nacional.

Se observa en el gráfico siguiente que de los 5 niños con discapacidad, sólo uno de ellos contaba con el certificado nacional, que es un documento público que acredita discapacidad y lo habilita para hacer uso de las prestaciones descriptas en la Ley 24.901.

Gráfico 6. Certificado de discapacidad según ente emisor.



Fuente: DGSA, 2013

## V. Resumen de proporciones de fracaso en la PRUNAPE

Tabla 41. Resumen de proporciones de fracaso en la Prunape.

DETERMINANTE	% en la población	% no Pasaron Prunape en población de mayor riesgo	% no Pasaron Prunape en el resto de la población
El riesgo aumenta c/ la edad *		3 a 3,9 años: 28	Global: 17,04
Sexo masculino	51	20,1 en niños	13,7 en niñas
No concurrencia guardería/jardín -niños de 3 a 5,99 años	53,4 10,6	29,4	21,7
Con NBI	64,7	17,6	13,8
Bajo Peso al nacer	7,95	28,3	15,4
Enf. Respiratorias: de 3 a 3,99 años	17	34	Global: 18,2
Con problemas nutricionales	14,7	23,4	15,3
Acortados	3,4	34,7	16,5
Obesos	9	23,6	16,5
Edad de la madre mayor a 20 a,	93,8	Global: 16,4	<20 años: 7,3
Madre: no sabe leer o escribir	2	35,7	15,8
Madre sin instrucción/primario incompleto	9,7	29	Global: 19,4
Tipo de residencia madre: 6 a 10 años	18,7	19,9	Global: 16,4
Jefe de hogar: desocupado/inactivo	35	20,2	14,4
Sexo femenino del jefe de hogar	53	17,6	15,1
Familia monoparental nuclear	8,2	18,2	Global: 16,4
Niños de 5-17 a, no escolarizados	11	21,8	17,5
Familias con AUH	49	18,2	14,5
Vivienda deficitaria	40,9	20,1	13,9
Plomo en sangre mayor a 5 ug/dl	24	27,7	15
Sin Cobertura de salud	65	17,4	15,6

\*Se encuentra sombreado los determinantes con diferencias de 10% o más

## VI. Resumen

- La evaluación del desarrollo infantil permitió detectar 114 niños considerados casos probables (de alto riesgo) y 18 niños como casos sospechosos de presentar probables de desarrollo, y derivarlos para estudio. Estas proporciones no son comparables a estudios previos porque las herramientas utilizadas fueron diferentes, con menor sensibilidad pero con mayor costo/efectividad.
- Sin embargo, al comparar los resultados obtenidos en el presente estudio con los realizados en otras áreas de riesgo donde se administraron las mismas herramientas y podemos decir que la proporción de casos probables (17) es inferior a las observadas en Acuba (23) y Villa 26 (CABA) (20), en cambio es ligeramente superior a los casos probables observados en Villa Jardín (13).
- Los estudios sobre desarrollo y los determinantes de la salud reflejan que el riesgo de presentar trastornos del desarrollo es mayor en niños con 1) bajo peso y muy bajo peso de nacimiento, 2) con niveles altos de plomo en la sangre, 3) con escolaridad materna pobre, y en madres analfabetas; en este grupo, si bien hubo solo 14 madres que no sabían leer y escribir, en ellas, la proporción de hijos que no Pasaron la Prunape es más del doble.
- No hay una asociación especial entre resultados de desarrollo y anemia, enfermedades respiratorias o diarreicas, condición de inmigrante, edad materna, o pertenencia pueblos originarios.
- Con respecto a la pobreza como condición general, el riesgo de presentar problemas de desarrollo es más alto en 4) niños de hogares con padres inactivos, 5) con hijos en edad escolar no escolarizados, 6) que viven en familias mono parentales, y 7) en hogares NBI, 8) que reciben asignación universal por hijo y 9) que su vivienda es deficitaria. Pero este riesgo de presentar trastornos del desarrollo es similar en hogares pobres y no pobres. Teniendo en cuenta estas diferencias y los criterios para ambas clasificaciones, podría ser que el desarrollo infantil esté más asociado a la pobreza estructural. La relación entre pobreza y vulnerabilidad social es compleja y multi –

dimensional, muchas de las variables que la componen están intercorrelacionadas.

- Una proporción muy alta de familias no tienen cobertura de salud ((65.4 %), y esta carencia se asocia a mayor riesgo de presentar problemas de desarrollo.
- Las estadísticas vinculadas con la concurrencia a jardín o guardería reflejan el cumplimiento de la ley Provincial de obligatoriedad de concurrencia a partir de los cuatro años. Los resultados expresan con claridad una asociación favorable entre asistencia a jardín y desarrollo infantil.
- La proporción de niños con discapacidad es inferior (0.71) a las que obtuvo la DGSA en otras áreas de riesgo y a las publicadas por el Indec en el año 2010.

Los resultados brindan valiosa información para desarrollar otras intervenciones eficaces.



## RESULTADOS

### **Informe de la Evaluación Integral de Salud en Áreas de Riesgo (EISAR) del Barrio Wilde Este, partido de Avellaneda.**

CAPITULO 4: Componente de Análisis Toxicológico.

ACUMAR

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD AMBIENTAL



## Contenido

<b>I.</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>4</b>
<b>II.</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>4</b>
<b>III.</b>	<b>METODOLOGÍA</b> .....	<b>4</b>
<b>IV.</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>5</b>
	IV.2. EMBARAZADAS EVALUADAS.....	6
	IV.3. RESULTADOS DE DETERMINACIONES DE PLOMO EN SANGRE CAPILAR .....	6
	IV.3.a. Niños menores de seis años.....	6
	IV.3.b. Distribución de plombemias capilares >VdeR por rango etario .....	7
	IV.3.c. Distribución de plombemias capilares >VdeR.....	8
	IV.4. NIVELES DE PLOMO SUPERIOR A VDeR Y ANEMIA .....	8
	IV.5. NIVELES DE PLOMO EN SANGRE CAPILAR Y LA PRUNAPE .....	9
	IV.6. EMBARAZADAS .....	9
	IV.7. DETERMINACIONES DE BIOMARCADORES EN MUESTRAS DE ORINA .....	9
	IV.7.a. Cromo.....	10
	IV.7.b. Mercurio.....	10
	IV.7.c. O-cresol (metabolito urinario del tolueno).....	10
	IV.7.c. TTMA (metabolito urinario del benceno).....	10
<b>V.</b>	<b>DETERMINANTES SOCIALES Y AMBIENTALES DE LA SALUD</b> .....	<b>11</b>
	V.1. RELACIÓN CON EL GRADO DE EXPOSICIÓN A CONTAMINANTES Y LOS NIVELES DE LOS BIOMARCADORES. ....	11
	V.2. Evaluación del grupo familiar .....	13
	V.3. Distribución de los niveles elevados de plomo en sangre capilar en niños menores de seis años .....	14
	Fuente DGSA 2013 .....	14
	V.4. Distribución por vivienda del número de niños con plomo capilar >VdeR .....	15
	Fuente DGSA 2013 .....	15
	V.5. Análisis comparativo de resultados de plomo capilar en los niños del Barrio Wilde Este .....	15
	Fuente DGSA 2013 .....	16
	V.6. Gestión de niños y embarazadas con plombemias superiores a valores de referencia.....	16
<b>VI.</b>	<b>DISCUSIÓN</b> .....	<b>17</b>
<b>VII.</b>	<b>RECOMENDACIONES</b> .....	<b>18</b>

## Índice de tablas

Tabla 1. Total de niños que concurren y distribución según edad y sexo. ....	5
Tabla 2. Distribución de plombemias >VdeR según valores y grupo etario (valores absolutos y relativos) .	8
Tabla 3. Distribución de plombemias >VdeR. ....	8
Tabla 4. Niveles de plomo capilar y Resultados de la Prunape. ....	9
Tabla 5. Distribución resultados de Biomarcadores realizados en orina. ....	10
Tabla 6. Determinantes socio ambientales y Pb capilar >VdeR (entre 5,1 a 9,9 ug/dl). ....	12
Tabla 7. Determinantes socio ambientales y Pb capilar ≥ 10 ug/dl. ....	12

<i>Tabla 8. Otros determinantes socio ambientales y Pb capilar <math>\geq 10</math> ug/dl.</i>	13
<i>Tabla 9. Resultados de Pb capilar en convivientes de niños menores de 6 años con Pb elevado</i>	14
<i>Tabla 10. Niños menores de 6 años y convivientes con Pb &gt; VdeR por vivienda.</i>	15
<i>Tabla 11. Distribución de Plombemias capilares, en porcentajes por sitio.</i>	16

## **Índice de gráficos e ilustraciones**

<i>Ilustración 1. Fotos del barrio Wilde Este: determinantes socio ambientales. Vivienda y entorno del niño con niveles de plomo capilar más elevado</i>	17
<i>Gráfico 1. Distribución de plumbemias capilares, en porcentajes (N=582).</i>	6
<i>Gráfico 2. Distribución de plumbemias, en N° absolutos.</i>	7
<i>Gráfico 4. Distribución de plumbemias capilares, según valores de referencia, en porcentajes.</i>	7
<i>Gráfico 5. Distribución de resultados de TTMA (%).</i>	11
<i>Gráfico 6. Distribución de plomo capilar &gt; VdeR en niños menores de 6 años, según grupos de edad y valores de Pb capilar en ug/dl.</i>	14

## I. Introducción

Avellaneda, es uno de los partidos más industrializados que integran la Cuenca Matanza Riachuelo, lo que trae aparejado un mayor impacto ambiental antropogénico. Según estudios ambientales realizados en el Barrio Wilde Este<sup>1</sup> en el que se analizaron muestras de suelo para evaluar los niveles de plomo y cromo en siete sitios del barrio, se encontró elevados índices de contaminación especialmente para plomo.

## II. Objetivos

- Determinar la presencia de plomo, mercurio, cromo, benceno y tolueno en niños menores de 6 años residentes en el Barrio Wilde Este, partido de Avellaneda.
- Determinar la presencia de plomo en embarazadas.
- Analizar la presencia de determinantes socio-ambientales relacionados tanto con el grado de exposición a los contaminantes ambientales como con los niveles de los bio-marcadores a determinar.

## III. Metodología

Plomo: para las determinaciones de plomo en sangre capilar, se usó el analizador portable (Leadcare®). Este método es considerado como una técnica de screening, que permite realizar un tamizaje<sup>2</sup>. Si el resultado obtenido, es superior a los valores de referencia, está indicada la toma de una muestra de sangre venosa para análisis y confirmación por otra técnica a realizarse en los laboratorios de referencia. El tiempo entre la determinación capilar (screening) y la prueba confirmatoria (venosa) depende esencialmente del valor obtenido en la primera.

Los resultados se expresan en niveles de plomo en sangre capilar (ug/dl). Se tomará como valor de referencia (VdeR) para niños y embarazadas 5ug/dl<sup>3</sup>, (CDC: 2012). Todos los niños y embarazadas con niveles de plomo en sangre capilar superior al

---

<sup>1</sup> Vives ,F y col. Impacto Ambiental de los metales pesados en Sitios de Juego Infantil de Avellaneda,UTN,2006

<sup>2</sup> ENUDPAT 2010. INFORME 2da. PARTE. Resultados de la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Psicomotor y Análisis Toxicológico en el ámbito de la Cuenca Matanza Riachuelo (CMR).

<sup>3</sup> CDC. Response to Advisory Committee on Childhood Lead Poisoning Prevention Recommendations in "Low Level Lead Exposure Harms Children: A Renewed Call of Primary Prevention" .Junio 2012.



VdeR fueron derivados al municipio de Avellaneda, previo acuerdo con las autoridades sanitarias, para realizar prueba confirmatoria.

Cromo, Mercurio, Benceno y Tolueno: El análisis de estos biomarcadores de exposición se realizó en muestras de orina a niños a partir de los 3 años de edad (con control de esfínteres) para poder cumplir con las condiciones de toma de muestra indicadas por los laboratorios de análisis toxicológicos de referencia de la Red de Acumar (Laboratorio de Toxicología del Hospital Garrahan).

Los resultados se expresan en ug/g creatinina para las determinaciones de mercurio, cromo y TTMA; el resultado de O-Cresol se expresa en mg/g creatinina.<sup>4</sup>

#### IV. Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos por el Componente Análisis Toxicológico, en el marco de la EISAR 2013 (Evaluación Integral de Salud en Áreas de Riesgo) realizado en el barrio Wilde. Las actividades de campo se desarrollaron en el período comprendido entre el 26 de febrero y el 31 de mayo de 2013.

##### IV.1 Niños menores de seis años evaluados

Concurrieron al laboratorio de campo 583 niños menores de 6 años. Se les realizaron determinaciones de plomo y hemoglobina en sangre capilar a 582 niños. Un niño no pudo ser evaluado por negativa de sus padres. En las tablas siguientes se puede observar la distribución de los niños según sexo y edad.

Tabla 1. Total de niños que concurrieron y distribución según edad y sexo.

Edad (años)	N°	%
0 a 3	373	54
> 3	210	46
Total	583	100

Sexo	N°	%
Masc.	305	52
Fem.	278	48
Total	583	100

Fuente: DGSA, 2013.

---

<sup>4</sup> VdeR: Cenatoxa

## IV.2. Embarazadas evaluadas

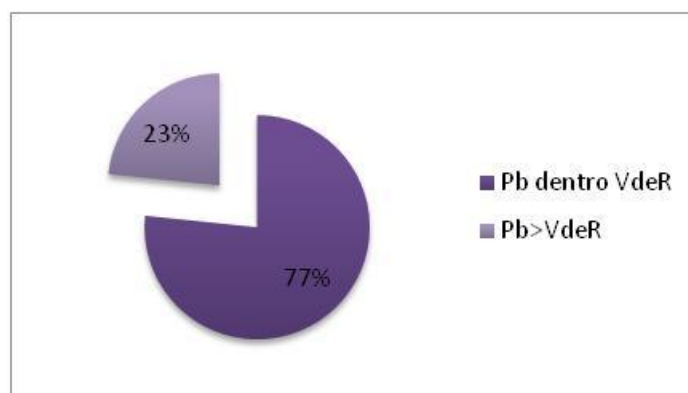
Concurrieron para su evaluación un total de 32 embarazadas, a quienes se les realizó ambas determinaciones.

## IV.3. Resultados de determinaciones de plomo en sangre capilar

### IV.3.a. Niños menores de seis años

De los 582 niños a quienes se les realizó el análisis de plomo en sangre capilar, 136 niños (23%) tuvieron resultados superiores a los valores de referencia (Pb>VdeR), (rango 5,1 a 42,3 ug/dl), (ver gráfico siguiente).<sup>5</sup> (VdeR para niños 5ug/dl).

Gráfico 1. Distribución de plombemias capilares, en porcentajes(N=582).

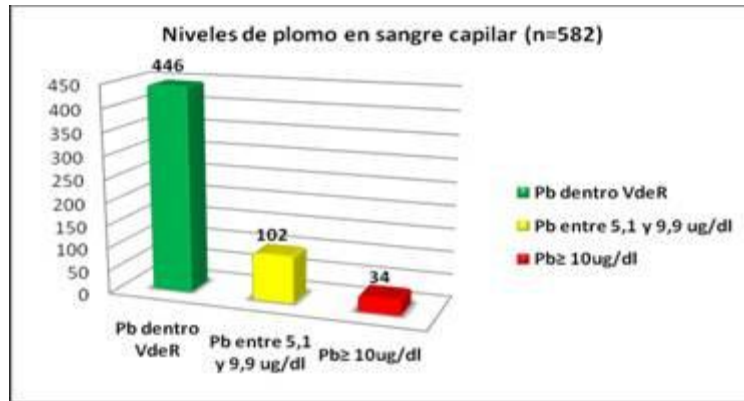


Fuente: DGSA, 2013.

Se realiza el análisis de las plombemias capilares >VdeR según su distribución en dos categorías, observándose en el siguiente gráfico que 102 niños presentaron valores entre 5,1 y 9,9 ug/dl (17%) y 34 niños tuvieron valores  $\geq 10$ ug/dl (6%).

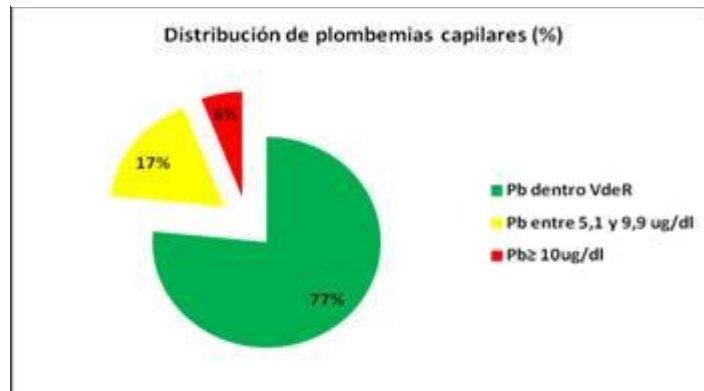
<sup>5</sup> CDC. Response to Advisory Committee on Childhood Lead Poisoning Prevention Recommendations in "Low Level Lead Exposure Harms Children: A Renewed Call of Primary Prevention". Junio 2012.

Gráfico 2. Distribución de plombemias, en N° absolutos.



Fuente: DGSA, 2013.

Gráfico 3. Distribución de plumbemias capilares, según valores de referencia, en porcentajes.



Fuente: DGSA, 2013.

#### IV.3.b. Distribución de plumbemias capilares >VdeR por rango etario

Al analizar los resultados de las plumbemias capilares >VdeR según su distribución por edad, se puede ver que el 66% de los niños corresponde al grupo etario de 0 a 3 años. Estos resultados ponen de manifiesto como lo hallado en estudios previos, que los niños pequeños son más vulnerables a la exposición al plomo.

En la tabla siguiente se observan los resultados >VdeR, su distribución por rango etario (de 0 a 3 años y >de 3 años) y según las dos categorías de valores ( $\geq 10$  ug/dl y entre 5,1 y 9,9 ug/dl).

Tabla 2. Distribución de plombemias >VdeR según valores y grupo etario (valores absolutos y relativos)

<b>Pb (ug/dl)</b>	<b>0 a 3 años</b>	<b>%</b>	<b>&gt;3 años</b>	<b>%</b>	<b>N° niños</b>
≥ 10	23	67,6	11	32	34
entre 5,1 y 9,9	67	65,7	35	34	102
Total	90	66	46	34	136

Fuente: DGSA, 2013

#### IV.3.c. Distribución de plombemias capilares >VdeR

Se agruparon en 6 categorías los resultados de las plombemias capilares >VdeR (rango 5,1 a 42,3 ug/dl): una para los valores comprendidos entre 5,1 y 9,9 ug/dl, y cinco para los valores ≥ 10 ug/dl.

Tabla 3. Distribución de plombemias >VdeR.

<b>Rango en ug/dl</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
5,1 a 9,9	102	75
10 a 14	22	16
15 a 19	5	3,7
20 a 24	5	3,7
25 a 44	2	1,5
≥ 45	0	0
<b>Total</b>	<b>136</b>	<b>100</b>

Fuente: DGSA, 2013.

El 91% de los niños con plomo capilar elevado tiene valores comprendidos en el rango 5,1 a 14 ug/dl. El 7,4% obtuvo valores entre 15 y 24 ug/dl. Ningún niño tuvo resultados mayores a 45 ug/dl.

#### IV.4. Niveles de plomo superior a VdeR y anemia

El 29% de los niños con niveles de plomo capilar ≥ 10 ug/dl presentó anemia. Como ya fuera explicado en informes anteriores<sup>6</sup>, por un lado la presencia de anemia en estos niños podría constituir una comorbilidad resultado del efecto tóxico del plomo; y por

<sup>6</sup> ACUMAR, DGSA, Componente Análisis Toxicológico. ENUDPAT, 2010, 2011, EISAR 2012 Villa Inflammable,

otro, favorece la absorción de plomo con su consecuente elevación especialmente en las exposiciones crónicas.

#### IV.5. Niveles de plomo en sangre capilar y la PRUNAPE

Una de las consecuencias de los efectos neurotóxicos del plomo es la alteración en el desarrollo neurocognitivo que puede presentarse en aquellos niños que han estado expuestos en forma crónica y en etapas muy tempranas, incluso durante la gestación. Existe numerosa evidencia que da cuenta de la correlación entre trastornos del desarrollo y diferentes niveles de plomo en sangre.

En la tabla siguiente se puede observar la proporción de niños con niveles de plomo en sangre capilar >VdeR (5,1 a 9,9ug/dl y  $\geq 10$  ug/dl) y el resultado de la administración de la Prunape.

Tabla 4. Niveles de plomo capilar y Resultados de la Prunape, en porcentajes.

Dimensión/ Indicador	Nivel de plomo capilar		
	hasta 5ug/dl	5,1 a 9,9ug/dl	10ug/dl y más
No pasaron la Prunape <sup>1</sup>	15	27,2	29,4

<sup>1</sup> Se excluyeron niños sin datos.

Fuente: DGSA 2013

Al igual que en evaluaciones anteriores,<sup>7</sup> se observó una tendencia que muestra que la proporción de niños que no pasaron la Prunape se incrementa conforme aumentan los niveles de plomo en sangre capilar.

#### IV.6. Embarazadas

Con respecto a los resultados de plumbemia obtenidos en las 32 embarazadas, un 3% de ellas presentó valores de plomo en sangre capilar superior a los de referencia.

#### IV.7. Determinaciones de biomarcadores en muestras de orina

Asistieron 287 niños mayores de tres (3) años en condiciones de recolectar las muestras de orina para realizar las determinaciones de Cromo, Mercurio, TTMA (metabolito del Benceno) y O-cresol (metabolito del Tolueno). Se enviaron a los

<sup>7</sup> ACUMAR, DGSA, Componente Análisis Toxicológico. EISAR 2012 Villa Inflamable.

laboratorios de referencia de la red de ACUMAR (Garrahan) el 87% de las muestras de orina (249 muestras). En la tabla siguiente se presentan todos los biomarcadores analizados, y el porcentaje de resultados según valor de referencia.

Tabla 5. Distribución resultados de Biomarcadores realizados en orina.

Biomarcador	≤VdeR	%	>VdeR	%	N°muestras
Mercurio	224	95,5	1	0,5	225
Cromo	232	100	0	0	232
O-cresol	222	100	0	0	222
TTMA	174	76	56	24	230

Fuente: DGSA 2013

#### IV.7.a. Cromo

- Se realizaron 232 determinaciones de cromo en muestras orina
- 11 muestras no pudieron ser analizadas por razones técnicas.<sup>8</sup>
- Ninguna muestra tuvo resultados superiores a los de referencia.

#### IV.7.b. Mercurio

- Se realizaron 225 determinaciones de mercurio en muestras de orina.
- 19 muestras no pudieron ser analizadas por razones técnicas.
- 1 muestra tuvo resultados superiores a los de referencia (0,5%).

#### IV.7.c. O-cresol (metabolito urinario del tolueno)

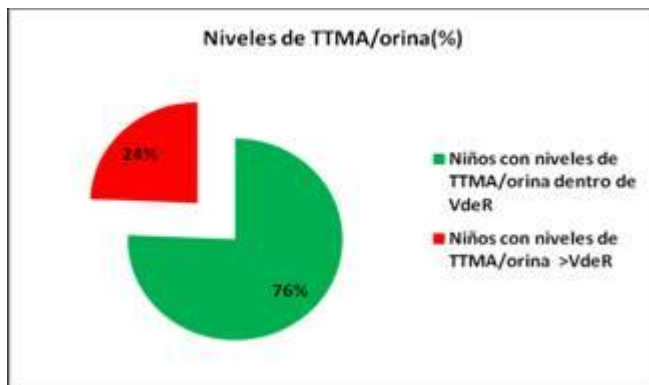
- Se realizaron 222 determinaciones de O-cresol en muestras de orina.
- 19 muestras no pudieron ser analizadas por razones técnicas.
- Ninguna muestra tuvo resultados superiores a los de referencia.

#### IV.7.c. TTMA (metabolito urinario del benceno)

- Se realizaron 230 determinaciones de TTMA en muestras de orina.
- 12 muestras no pudieron ser analizadas por razones técnicas.
- 56 muestras (24%) tuvieron resultados superiores a los de referencia.

<sup>8</sup> Razones Técnicas, corresponde a muestra escasa, creatinuria baja, incumplimiento de las recomendaciones para la recolección de la muestra, o condiciones inadecuadas que impiden su procesamiento y análisis.

**Gráfico 4.** Distribución de resultados de TTMA (%).



Fuente: DGSA, 2013

## V. Determinantes sociales y ambientales de la salud.

### V.1. Relación con el grado de exposición a contaminantes y los niveles de los biomarcadores.

Se analizó de la presencia de determinantes sociales y ambientales en hogares, viviendas y niños menores de 6 años con niveles de plomo >VdeR.

En la siguiente tabla se señalan los indicadores que están presentes en un mayor porcentaje en los niños con plomo capilar >VdR entre 5,1 ug/dl y 9,9 ug/dl.

Tabla 6. Determinantes socio ambientales y Pb capilar >VdeR (entre 5,1 a 9,9 ug/dl).

Dimensión	/Indicador	% Nivel de Pb capilar (5,1 a 9,9ug/dl)
<b>Educación</b>		
Nivel educativo del jefe del hogar	Primario inc. o menos	20,3
	Primario compl. o más	16,8
Nivel educativo de la madre	Primario inc. o menos	20,0
	Primario compl. o más	17,6
<b>Posición social y económica</b>		
Necesidades Básicas Insatisfechas	Sin NBI	9,6
	Con NBI	21,0
Línea de pobreza	No pobre	16,0
	Pobre	27,4
<b>Capital Social</b>		
En hogares con provisión de agua de red pública dentro de la vivienda	No	27,6
	Sí	16,3
En hogares con provisión de redes cloacales	No	19,5
	Sí	10

Fuente DGSA, 2013.

En las tablas siguientes se puede ver los indicadores analizados que están presentes en mayor proporción en los niños con plomo capilar  $\geq 10\text{ug/dl}$ .

Tabla 7. Determinantes socio ambientales y Pb capilar  $\geq 10\text{ug/dl}$ .

Dimensión/ Indicador		Nivel de plomo capilar
		10ug/dl y más
<b>Posición social y económica</b>		
Necesidades Básicas Insatisfechas	Sin NBI	3,6
	Con NBI	7,3
<b>Capital Social</b>		
En hogares con provisión de agua de red pública dentro de la vivienda	No	15,8
	Sí	4,8

Fuente DGSA, 2013.



Tabla 8. Otros determinantes socio ambientales y Pb capilar  $\geq 10$  ug/dl.

Dimensión/ Indicador		Nivel de plomo capilar 10ug/dl y más
<b>Circunstancias Materiales</b>		
Vivienda deficitaria	No	4,3
	Sí	8,8
El piso predominante del hogar es tierra o ladrillo suelto	No	6
	Sí	18,2
Hacinamiento en el hogar	No	4,8
	Si	8,1
La cuadra en que se encuentra la vivienda es de tierra o mejorado	No	3,5
	Sí	10,4
<b>Características del entorno</b>		
Basurales a cielo abierto a 100m o menos	No	5,6
	Sí	18,5
Hay alguna autopista a 100m o menos	No	4,2
	Sí	10,9
Hay alguna avenida o calle de alto tránsito a 100m o menos	No	4,6
	Sí	16,5
Hay alguna terminal o playa de estacionamiento a 100m o menos	No	4,0
	Sí	5,1

Fuente DGSA 2013

Del mismo modo que lo observado en otras EISAR realizadas,<sup>9</sup> es mayor el porcentaje de niveles elevados de plomo en sangre capilar en el grupo de niños con condiciones de vida más desfavorables (NBI, falta de acceso a servicios, vivienda inadecuada por ejemplo con piso predominantemente de tierra, presencia de basurales, etc.).

## V.2. Evaluación del grupo familiar

Se evaluaron 43 convivientes de los niños menores de 6 años y embarazadas con plombemias superiores a los valores de referencia ( $Pb > V_{deR}$ ). Los convivientes evaluados tenían entre de 6 y 18 años. La plombemia en sangre capilar fue elevada en 13 de ellos (30%). La distribución de las plombemias capilares según las categorías antes descritas se muestra en la tabla siguiente.

<sup>9</sup> ACUMAR, DGSA.

Tabla 9. Resultados de Pb capilar en convivientes de niños menores de 6 años con Pb elevado

Edad	Pb dentro VdeR	%	Pb entre 5,1 y 9,9 ug/dl	%	Pb ≥ 10 ug/dl	%	N°
6 a 18 años	30	70	8	18	5	12	43

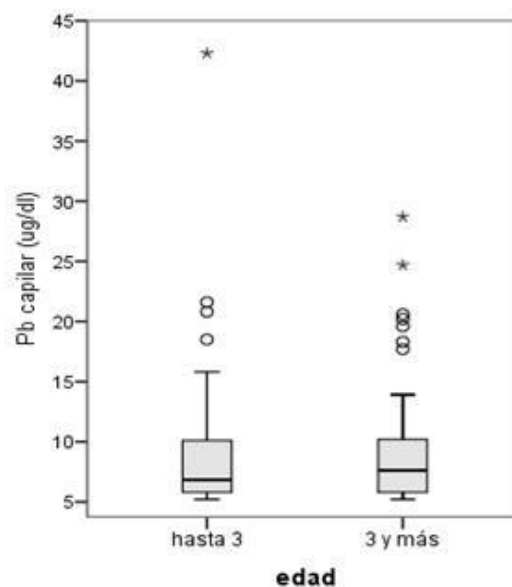
Fuente: EISAR, 2013.

### V.3. Distribución de los niveles elevados de plomo en sangre capilar en niños menores de seis años

Debido a las características propias del desarrollo infantil (fisiológicas y conductuales), los niños pequeños son más vulnerables a la presencia de plomo en el ambiente, no solo porque el grado de absorción es mayor que al de los adultos (50% Vs 10%), sino también porque son más susceptibles a los efectos del plomo especialmente a los niveles más bajos.

En el gráfico que se presenta a continuación<sup>10</sup> se puede observar la distribución de los niveles de plomo capilar superiores al valor de referencia, según grupos específicos de edad (grupos de edad de 0 a 3 años y >3 años).

Gráfico 5. Distribución de plomo capilar >VdeR en niños menores de 6 años, según grupos de edad y valores de Pb capilar en ug/dl



Fuente DGSA 2013

<sup>10</sup> El gráfico de cajas y bigotes permite individualizar cinco números: Valor mínimo y valor máximo (bigotes); el percentil 50 y el recorrido intercuartílico primero y tercero o 25 y 75 (caja). También se pueden observar los valores outlier, que son los que se encuentran por encima de los valores máximos.

El valor máximo de plomo capilar hallado corresponde al grupo de los niños hasta 3 años (42,3 ug/dl) y fue menor en el grupo de niños de 3 años y más (28,7 ug/dl).

El valor de la mediana de plomo capilar en ambos grupos fue similar: el grupo de niños de hasta 3 años fue de 6,8 ug/dl y en los niños de 3 años y más fue de 7,6 ug/dl. En ambos grupos el 50% de los valores de plomo capilar (recorrido intercuartílico) estuvieron entre 5,1 y 9,9ug/dl.

#### V.4. Distribución por vivienda del número de niños con plomo capilar >VdeR

Se identificaron 17 viviendas con 2 niños menores de 6 años con plomo capilar >VdR, 3 viviendas con 3 niños menores de 6 años con plomo capilar >VdR, y 2 viviendas con 4 niños menores de 6 años con plomo capilar >VdR.

Se evaluó también la distribución por vivienda de niños menores de 6 años y convivientes con plomo elevados. En la tabla siguiente se muestra el número de niños (0 a 18 años) con plomo elevado por vivienda.

Tabla 10. Niños menores de 6 años y convivientes con Pb>VdeR por vivienda.

N° viviendas	Niños< 6 años	Convivientes
4	1	1
1	1	2
1	1	3
1	1	4

Fuente DGSA 2013

El análisis de la distribución de niños menores de 6 años y convivientes menores con niveles plomo capilar elevado por vivienda, es de utilidad porque permite estimar el nivel de riesgo exposición intradomiciliario, así como adecuar las recomendaciones para disminuir la exposición al plomo ambiental.

#### V.5. Análisis comparativo de resultados de plomo capilar en los niños del Barrio Wilde Este

Se realizó un análisis con los resultados de plumbemias capilares observados por la DGSA en niños residentes en otras áreas de CMR

La proporción de niños con plomo >VdeR en Wilde Este con niveles 5,1 a 9,9 ug/dl es inferior a la observada en todos los sitios evaluados. Con respecto a la proporción de niños con plomo  $\geq 10$  ug/dl, es similar a Florencio Varela (municipio fuera de la CMR),

es ligeramente superior a la encontrada en La Matanza y Villa 21-24 y significativamente inferior a la encontrada en Villa Inflamable.

Tabla 11. Distribución de Plombemias capilares , en porcentajes por sitio.

Plomo capilar (ug/dl)	Wilde Este (%)	La Matanza (%)	Florencio Varela (%)	Villa Inflamable (%)	Villa 21 24 (%)
5,1 a 9,9	17	22 ↑	26 ↑	28 ↑	21 ↑
≥ a 10 ug/dl	6	2,6 ↓	5,3 ↓	18 ↑	4 ↓

Fuente DGSA 2013

↑: Mayor a lo observado en Wilde este

↓: Menor a lo observado en Wilde este.

#### V.6. Gestión de niños y embarazadas con plombemias superiores a valores de referencia.

Debido a que la técnica de tamizaje poblacional por medio de la determinación de plomo en sangre capilar requiere de la confirmación de aquellos resultados >VdR mediante una determinación de plomo en sangre venosa, se organizó con los responsables de salud del Municipio de Avellaneda un cronograma para realizar las extracciones de sangre venosa. Se utilizaron los valores de plombemia adaptados a las recomendaciones del CDC.<sup>11</sup>

Desde el laboratorio de campo se dieron recomendaciones para disminuir la exposición al plomo a todos los niños con resultados >VdeR y se derivaron para realizar la extracción. Las muestras fueron enviadas para su análisis al laboratorio de toxicología del Hospital Garrahan.

Se realizaron 63 determinaciones de plomo confirmatorias (46%) y 30 muestras tuvieron resultados dentro de los valores de referencia.

Los niños con resultados superiores a los de referencia fueron derivados para su evaluación en la Unidad Sanitaria Ambiental del municipio.

Hasta la confección del presente informe, concurrieron a la consulta toxicológica 6 familias de los niños con resultados de biomarcadores de exposición superiores a los valores de referencia. Fueron evaluados 28 personas, de los cuales 10 son adultos.

<sup>11</sup> CDC. Response to Advisory Committee on Childhood Lead Poisoning Prevention Recommendations in "Low Level Lead Exposure Harms Children: A Renewed Call of Primary Prevention" .Junio 2012.

## VI. Discusión

El barrio Wilde Este tiene una estructura heterogénea en la que alternan zonas de viviendas residenciales con calles pavimentadas y ordenadas con zonas que se caracterizan por su precariedad, calles de tierra, falta de saneamiento básico y deficiente acceso al agua segura.

En la zona más desfavorable se puede observar la existencia de basura acumulada, de origen diverso (residuos urbanos, escombros, etc.), calles de tierra y viviendas muy precarias con piso de tierra y acumulación de chatarras, probables áreas de mayor exposición al plomo presente en el ambiente, por lo cual los niveles de exposición pueden variar en las diferentes áreas del barrio.

Como se mencionara en las anteriores EISAR realizadas por la DGSA los determinantes socio ambientales presentes en viviendas, hogares y población, de aquellos niños que presentaron niveles de plomo en sangre capilar  $>VdR$  son similares en todos los sitios evaluados: los niños que viven en condiciones de vida más desfavorables son los más vulnerables a la exposición a los contaminantes ambientales como el plomo.

La proporción de niños con niveles de biomarcadores de exposición  $>VdeR$  encontrados en el barrio Wilde Este es similar a los hallados en otras zonas de la CMR (ENUDPAT 2011, EISAR 2012), lo que señala una vez más que existen condiciones socioambientales comunes que agravan la situación de vulneración en la población infantil especialmente. En las ilustraciones a continuación se puede observar algunas de las características descriptas.

Ilustración 1. Fotos del barrio Wilde Este: determinantes socio ambientales.  
Vivienda y entorno del niño con niveles de plomo capilar más elevado





Fuente: DGSA, 2013.

## VII. Recomendaciones

Las intervenciones deben estar orientadas en primer término a discontinuar la exposición, mejorar las condiciones ambientales estructurales de la población y priorizar a aquellas viviendas, hogares, personas, con niños que presentan niveles de biomarcadores de exposición más elevados.

Facilitar el acceso a los sistemas de salud, para prevención, control y seguimiento de los posibles efectos de los contaminantes a corto, mediano y largo plazo

Promover conductas ambientales saludables a través de la intervención comunitaria de los agentes de salud.



ACUMAR

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD AMBIENTAL

**Informe de la Evaluación Integral de Salud en Áreas de  
Riesgo (EISAR) 24 partidos del GBA, Avellaneda y Wilde  
Este.**

Capítulo 5: Caracterización, evolución histórica, paisaje urbano,  
ambiente y análisis espacial.



## Contenido

I. Análisis Espacial.....	6
I.1. Análisis espacial de la distribución del plomo capilar por encima del VdR .....	11
I.1.i. Niños < de 3 años con plomo capilar por encima del VdeR .....	11
I.1.ii. Niños de 3 a 5 años con plomo por encima del VdeR .....	12
I.1.iii. Total por vivienda de niños con plomo por encima del VdeR .....	14
I.1.iv. Niños con plomo capilar mayor a 10 ug/dl.....	16
I.1.v. Embarazadas con plomo capilar por encima del VdR .....	17
I.1.vi. Convivientes con plomo capilar por encima del VdeR.....	17
I.1.vii. Número total por vivienda de personas con plomo capilar >VdR.....	18
I.1.viii. Máximo nivel de plomo registrado según vivienda .....	19
I.2. Análisis espacial de la distribución de otros tóxicos .....	20
I.2.i. Niños con benceno por encima del valor de referencia .....	20
I.2.ii. Niños con cromo por encima del valor de referencia .....	21
I.2.iii. Niños con mercurio por encima del valor de referencia.....	22
I.2.iv. Niños con tolueno por encima del valor de referencia .....	22
II. Análisis multitemporal de imágenes históricas para la observación de las transformaciones Físicas en la Situación Ambiental y la estructura urbana del Barrio Wilde Este y actividades en el Relleno Sanitario de Villa Domínico. ....	23
II.1. Captura de Imágenes del 1 de enero de 2001 .....	23
II.2. Captura de imágenes del 1 de Abril de 2004.....	29
II.3. Captura de imágenes del 9 de Abril de 2004.....	31
II.4. Captura de imágenes del 24 de Diciembre de 2005. ....	32
II.5. Captura de imágenes del 11 de Marzo de 2006. ....	34
II.6. Captura de imágenes de 12 de Septiembre de 2006.....	36
II.7. Captura de imágenes del 20 de Agosto de 2008. ....	38
II.8. Captura de imágenes del 12 de Julio de 2009. ....	40
II.9. Captura de imágenes del 6 de Septiembre de 2010.....	42
II.10. Captura de imágenes del 1 de Septiembre de 2012.....	44
II.11. Captura de imágenes del 12 de Diciembre de 2012. ....	46
II.12. Captura de imágenes del 6 de Abril de 2013.....	48
III. Detección espacial de agrupamientos o clúster clasificados como de alto riesgo.....	49
III.1. Espacialización del riesgo a partir de la EISAR de la Villa 21-24.....	52



Tabla 6. Variables incorporadas al análisis de riesgo .....	54
La tabla anterior muestra las variables incorporadas al análisis de riesgo .....	54
III.1.i. Representación espacial de las vulnerabilidades.....	54
III.1.ii. Amenazas seleccionadas .....	55
III.1.iii. Mapas de riesgo socio ambiental .....	56
III.2. Conclusiones .....	58
IV. Bibliografía consultada.....	59
V. Anexos .....	60
V.1. Anexo 1. Cartografía.....	60
V.2. Anexo 2: El relleno sanitario.....	72

## Índice de Mapas

Mapa 1. Villas y asentamientos de la cuenca media y baja, Ubicación del Asentamiento Wilde Este. ....	6
Mapa 2. Barrio Wilde Este: Vista General.....	10
Mapa 3. Niños menores de 3 años con plomo capilar >VdeR, Wilde Este, 2013 .....	11
Mapa 4. Niños de 3 a 5 años con plomo por encima del VdR, EISAR, 2013. ....	13
Mapa 5. Inundaciones en el sector este del Barrio Wilde (año 2002).....	14
Mapa 6. Niños con plomo por encima del valor de referencia. EISAR, 2013. ....	15
Mapa 7. Cantidad de niños con plomo capilar > 10ug/dl por vivienda. EISAR, 2013.....	16
Mapa 8. Número de familiares por vivienda con plomo capilar > 5ug/dl. EISAR, 2013. ....	17
Mapa 9. Cantidad total de personas con plomo >5ug/dl en la vivienda. EISAR, 2013.....	18
Mapa 10. Máximo nivel de plomo capilar en niños en la vivienda. EISAR, 2013.....	19
Mapa 11. Cantidad de niños con benceno en la vivienda. EISAR, 2013. ....	21
Mapa 12. Cantidad de niños con mercurio en la vivienda. EISAR, 2013. ....	22
Mapa 13. Planta General del Barrio Wilde Este.....	23
Mapa 14. Zona inundable.....	24
Mapa 15. Captura de Imágenes del 7 de enero de 2001. ....	25
Mapa 16. Reducción del espejo de agua.....	26
Mapa 17. Vista general del Barrio Wilde Este y el Relleno Sanitario contiguo.....	27
Mapa 18. Extinción de la laguna y ocupación del territorio .....	27
Mapa 19. Disminución de la actividad en el predio de CEAMSE .....	28
Mapa 20. Desaparición del espejo de agua .....	29
Mapa 21. Actividad en el relleno sanitario .....	29
Mapa 22. Consolidación de zona inundable en vivienda precaria.....	30
Mapa 23. Presencia de cubierta vegetal en el comienzo de la desactivación del relleno....	31
Mapa 24. Subdivisión del terreno.....	32
Mapa 25. Disminución de la actividad del relleno.....	32

Mapa 26. Características de la zona en 2005 .....	33
Mapa 27. Cubierta vegetal en el relleno.....	34
Mapa 28. Incorporación del sector 3.....	35
Mapa 29. Ocupación con tejido residencial del área inundable.....	36
Mapa 30. Densificación de zonas 1, 2 y 3. ....	37
Mapa 31. Vista cubierta verde y ocupación intensiva de zona inundable .....	38
Mapa 32. Barrio vivienda social “Las casitas” construido en Sector 3.....	39
Mapa 33. Ocupación casi total del área inundable y comienzo de actividad en el relleno sanitario. ....	40
Mapa 34. Organización en manzanas en sector 2 y comienzo aparente de actividad del relleno sanitario .....	41
Mapa 35. Cubierta Vegetal demostrando disminución de la actividad del relleno .....	42
Mapa 36. Vista del área ex inundable .....	43
Mapa 37. Actividad intermitente del relleno.....	44
Mapa 38. Actividad del relleno sanitario pese a su cierre.....	45
Mapa 39. Modificaciones en predio del área 2.....	46
Mapa 40. Cambios en el sector 2. Movimientos de suelo .....	47
Mapa 41. Posible actividad del relleno sanitario y ocupación casi total del barrio lindero a la AU Bs. As.-La Plata .....	48
Mapa 42 Situación actual de la estructura del barrio .....	49
Mapa 43. Detección espacial de clúster de alto riesgo. EISAR, 2013.....	50
Mapa 44. Ubicación espacial de cluster de alto riesgo .....	51
Mapa 45. Mapa de vulnerabilidad de la Wilde Este. EISAR, 2012.....	55
Mapa 46. Mapa de riesgo del entorno de Wilde Este. EISAR, 2012.....	56
Mapa 47. Mapa de riesgo de los hábitos relevados en la Villa 21-24. EISAR, 2012.....	57
Mapa 48. Mapa de riesgo total en la Villa 21-24. EISAR, 2012.....	58
Mapa 49. Figura 1. Barrio Lealtad.....	60
Mapa 50. Barrio Gráfico .....	61
Mapa 51. Figura 3. Barrio Rancho Grande.....	61
Mapa 52.. Barrio San Lorenzo .....	62
Mapa 53. Complejo Las Flores (Torres de Wilde) .....	63
Mapa 54. Figura 6. Escuela Media N° 10.....	63
Mapa 55. Figura 7. Hospital Municipal .....	64
Mapa 56. Club Atlético Independiente.....	64
Mapa 57. Figura 10. Estación Wilde (FFCC Gral. Roca .....	65
Mapa 58. Terminal Transporte Expreso Quilmes .....	66
Mapa 59. Topografía. Cotas de nivel del partido de Avellaneda .....	67
Mapa 60. Planta de Bombeo de líquidos cloacales.....	68
Mapa 61. . Localización del ex relleno sanitario de Villa Domínico.....	68

## Índice de Tablas

Tabla 1. Viviendas con niños menores de 6 años según según Máximo nivel de plomo capilar hallado en los niños. Wilde este, 2013 .....	20
Tabla 2. Viviendas con niños menores de 6 años y Niños menores de 6 años según Localización. ....	51
Tabla 3. Niños menores de 6 años: distribución según Plomo capilar y Localización (porcentajes). ....	51
Tabla 4. Niños menores de 6 años con plomo: nivel promedio de plomo según Localización. ....	52
Tabla 5. Viviendas según Universo de estudio. Wilde este, 2013 .....	53
Tabla 6. Variables incorporadas al análisis de riesgo .....	54
Tabla 7. Tóxicos del lixiviado emergente de Dock Sud, Villa Domínico. ....	76

### **Índice de Ilustraciones**

Ilustración 1. Ex relleno sanitario de Villa Domínico (hoy Vivero Experimental) .....	69
Ilustración 2. Proyecto de nueva urbanización sobre el ex relleno sanitario de Villa Domínico “Nueva Costa del Plata”. Master Plan.....	70
Ilustración 3. Proyecto de nueva urbanización sobre el ex relleno sanitario de Villa Domínico “Nueva Costa del Plata”. Maqueta .....	70
Ilustración 4. Proyecto de nueva urbanización sobre el ex relleno sanitario de Villa Domínico “Nueva Costa del Plata” y la situación ambiental del entorno. ....	71

## I. Análisis Espacial

El siguiente informe aborda la situación del barrio Wilde Este utilizando las herramientas de sistemas de información geográfica, análisis espacial e interpretación de imágenes satelitales.

En tal sentido se realiza una descripción geográfica, historia y urbana del barrio y su contexto. Luego se espacializan los principales resultados de la EISAR a partir de la presentación de mapas y se efectúa un análisis de cluster (conglomerados),

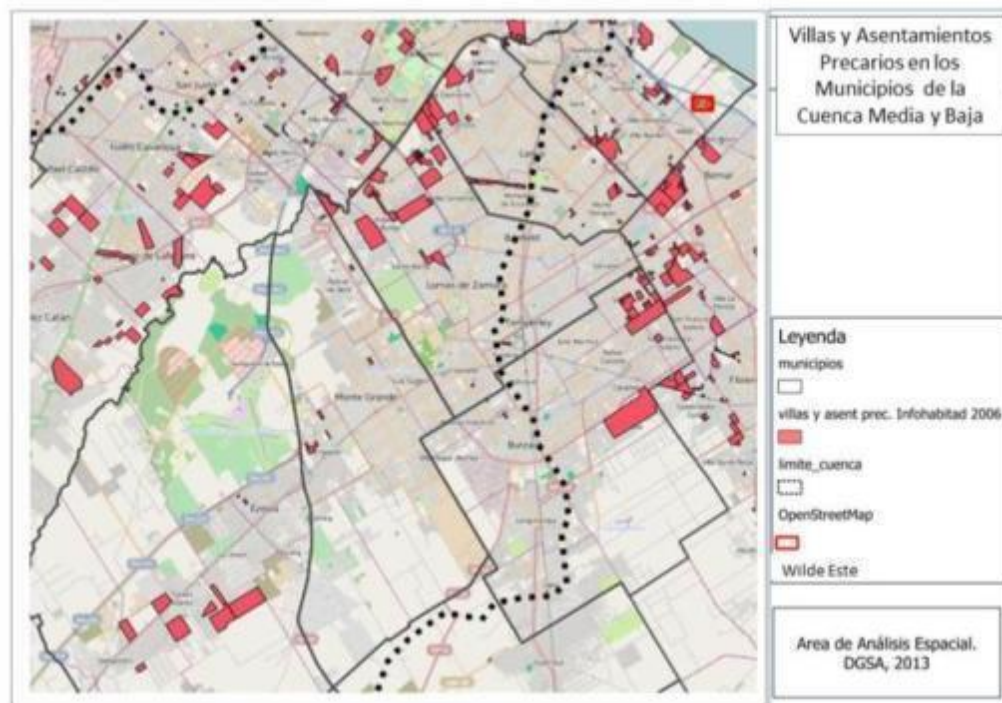
También se genera una estimación del riesgo poblacional en función de las encuestas realizadas en el marco de la EISAR y por último se presenta el análisis multitemporal a partir de imágenes satelitales de alta resolución.

Se adjunta un anexo cartográfico con el objetivo de mostrar la localización geográfica de las variables que describen el espacio urbano, como los barrios, el equipamiento, el transporte, la situación ambiental y los emprendimientos urbanísticos para el área un informe acerca de los antecedentes y situación actual del relleno sanitario del CEAMSE.

### Ubicación del Asentamiento Wilde Este

El asentamiento Wilde se encuentra en el este del municipio de Avellaneda en su localidad homónima al sudeste de la capital de la República Argentina. Esta localidad limita al este con el Río de la Plata, al sudeste con el partido de Quilmes (localidad Don Bosco), al oeste con el partido de Lanús y al noroeste con Villa Domínico, otra localidad del partido de Avellaneda.

Mapa 1. Villas y asentamientos de la cuenca media y baja, Ubicación del Asentamiento Wilde Este.



### La Localidad de Wilde

Sus principales vías de acceso son tres: desde Buenos Aires la avenida Mitre, que constituye la traza urbana de la ruta nacional A002 a la costa atlántica (Mar del Plata); desde Quilmes la avenida Ramón Franco, paralela a las vías del ferrocarril Roca; entre Buenos Aires y La Plata, capital de la provincia, la autopista que constituye la Ruta Nacional A001, que en ese tramo es denominada Acceso Sudeste.

Existió durante bastante tiempo la tradición de atribuir el nombre de la ciudad al doctor Eduardo Wilde, médico y escritor, librepensador y ministro de los presidentes Roca y Juárez Celman en el siglo XIX. Lo más probable, empero, es que el nombre Wilde provenga de otro médico mucho menos conocido, José Antonio Wilde, tío de Eduardo, que vivió algunos años en Quilmes.

Las principales arterias de Wilde son la ya mencionada Avenida Mitre, las calles Belgrano y Crisólogo Larralde (exAgüero), todas en sentido norte-sur, y el eje de las calles Las Flores-Fabián Onsari (exGeneralCadorna), de orientación este-oeste. El centro comercial está constituido por el tramo de Las Flores que se extiende entre las vías del ferrocarril y la calle Belgrano, y por las cuadras de avenida Mitre entre el 6000 y el 6400. Allí se

encuentran más de 300 comercios de diversos rubros, las sedes de los principales bancos y la comisaría 5a. de Avellaneda. En otras áreas están el hospital municipal, reinaugurado con un cómodo y amplio edificio construido en los últimos años del siglo XX, un polígono de tiro, varios clubes sociales y deportivos y el campo deportivo del Club Atlético Independiente de Avellaneda, con salida al Río de la Plata. Wilde ha constituido siempre, durante muchos años, el barrio residencial acomodado del partido de Avellaneda. En el sector oeste se afincaron inmigrantes provenientes sobre todo de Italia y España, muchos de cuyos descendientes todavía residen en la zona. La zona este, próxima al río, por muchos años ocupada por viñedos del afamado vino "patero" o de la Costa, y por plantíos de hortalizas, ha quedado en parte abandonada y en parte poblada por viviendas de emergencia, sobre todo a lo largo de las calles colectoras que complementan el trazado del Acceso Sudeste. Por su situación estratégica, de fácil acceso a Buenos Aires, Quilmes y La Plata, Wilde es considerada una localidad de ubicación privilegiada.

### **Evolución histórica.**

Wilde es una ciudad del partido en parte residencial y en parte comercial, con gran cantidad de barrios periféricos, Sus orígenes como formación rural son muy antiguos; datan de los últimos años del siglo XVI, con el poblamiento de la estancia de Luis Gaitán, luego de Francisco Alvarez Gaitán, y ya en el siglo XVII, de Melchor Maciel, quien acrecentó las tierras. La estancia pasó luego a manos de don Pedro Home de Pesoa de Sa, cuyos herederos vendieron una parte y donaron otra a los monjes del Convento de Santo Domingo, quienes instalaron en la vieja estancia de Pesoa un establecimiento modelo de chacra, para el servicio del convento con calera, fábrica de tejas y huertas y ganaderías.

En 1882/86, se construyó en las inmediaciones de la punta de Gaitán (mojón del siglo XVI), la Casa de Bombas de la cloaca máxima de las Obras de Salubridad de la Ciudad de Buenos Aires, que trajo cierta población al lugar.

Esta empresa solicitó al Gobierno la construcción de una parada ferroviaria del Ferrocarril Ensenada para uso del Personal de las obras, que el Ferrocarril denominó "Wilde", y que se extendió a la zona.

En 1898 se realizó junto a la Casa de Bombas el primer fraccionamiento de tierras, el de la villa Dordoni, que dio lugar a la urbanización del área. La llamada "Villa Wilde" atrajo núcleos de población y la casi inmediata formación de otra villa en tierras de don Enrique V. Jurado.

Conforman a la Ciudad de Wilde, las siguientes villas y barrios Dordoni, Jurado (el centro de la Ciudad), El Porvenir, Sarita, Barrio Gráfico, Wilde Este, San Lorenzo, Virgen de Fátima, Gonnet, Ramírez y el barrio de los obreros de la Federación de la Carne.

### **Estructura urbana del Barrio.**

Sistema vial.

Entre las calles más importantes que enmarcan al Barrio y lo estructuran, se encuentra la AU Buenos Aires-La Plata,

El Acceso Sudeste y la Av. Las Flores.

Manzanas.

El tejido a escala barrial se traduce en una trama urbana regular con tejido consolidado. Las viviendas son en su mayoría de material (ladrillo), a diferencia de las situadas en las cercanías de las colectoras de la AU Buenos Aires-La Plata, donde la construcción presenta signos de precariedad (mixtas de material, chapa, madera). Muchas de estas construcciones se asientan en terrenos inundables que fueron rellenados.

Tipología de vivienda.

En general el Barrio se caracteriza por vivienda de baja densidad residencial de buena calidad en el entorno de la Estación, cambiando su tipología a vivienda precaria en las inmediaciones de la AU Buenos Aires-La Plata. También se observa vivienda de alta densidad representada por el Complejo Habitacional Torres de Wilde sobre la Av. Flores.

Espacios verdes.

El espacio público lo constituye el Parque Santo Domingo y la Zona de reserva (ex CEAMSE).

Equipamiento.

El Barrio cuenta con un buen equipamiento de numerosas escuelas, centros recreativos, hospital, área comercial, centro de servicios comunitarios y centros de culto.

Transporte.

La Línea FFCC Roca cruza el Barrio con la Estación Wilde y la Línea 98 de autotransporte público de pasajeros tiene su terminal en este sector urbano.

Cotas de nivel.

Las curvas de nivel del área de estudio son las más bajas de todo el Partido de Avellaneda. Sus valores se encuentran en el intervalo 2.50-1.25 m.

### El relleno sanitario

El relleno sanitario de Villa Domingo, hoy Zona de Reserva y Vivero Experimental según el CEAMSE, se considera el principal foco de compromiso ambiental cuyas “externalidades” tienen influencia directa en la calidad de vida del Barrio. En el anexo 1 se presentan los antecedentes y situación actual de este predio

Ubicación de calles y nomenclatura de manzanas

Para asistir al equipo de territorio, el área de análisis espacial realiza cartografía con las manzanas codificadas, esto permite también el análisis de los resultados

Mapa 2. Barrio Wilde Este: Vista General



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.



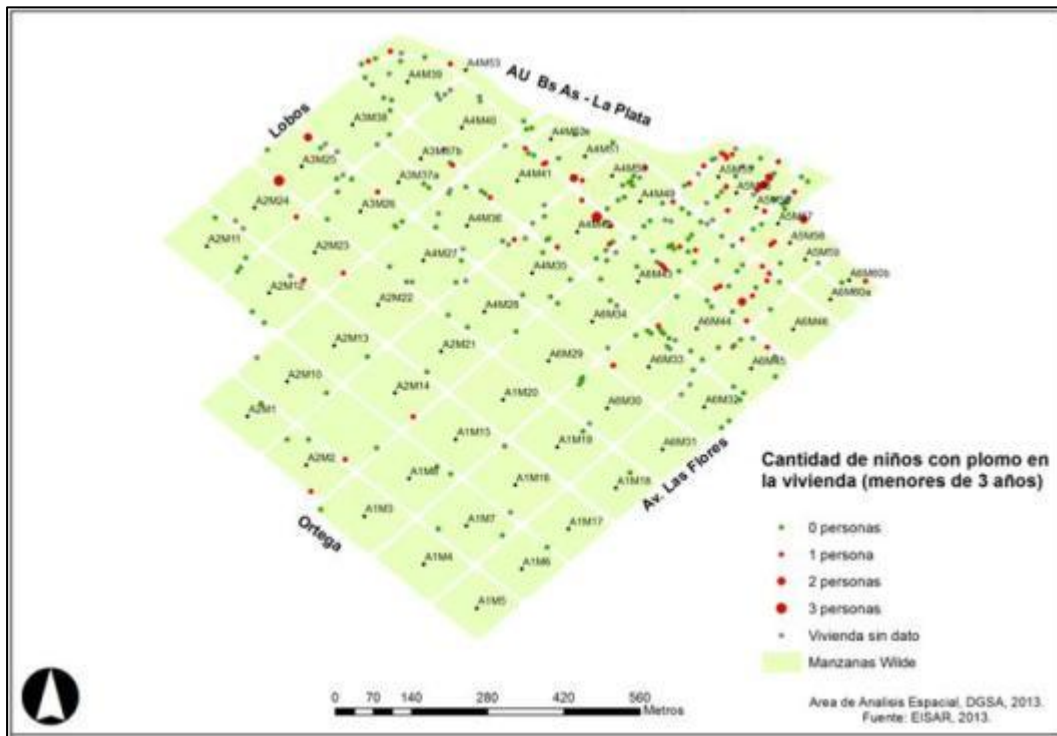
## I.1. Análisis espacial de la distribución del plomo capilar por encima del VdR

La detección espacial de hogares y viviendas con personas que presentan niveles de tóxicos  $>V_{deR}$  permite tener un panorama general de su distribución en la población evaluada, particularmente en los grupos más vulnerables.

### I.1.i. Niños < de 3 años con plomo capilar por encima del VdeR

A continuación se representa la distribución espacial de niños menores de 3 años con plomo por cada una de las viviendas relevadas.

Mapa 3. Niños menores de 3 años con plomo capilar  $>V_{deR}$ , Wilde Este, 2013



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

La mayoría de los casos de niños menores de 3 años con plumbemia capilar  $>V_{deR}$ , se concentran sobre el área sudeste del barrio, específicamente sobre el Área 5, la cual está delimitada por las calles Bahía Blanca por el norte, Robles por el oeste, Martín Fierro por el sur, y el límite del barrio por el este, junto a la autopista Buenos Aires – La Plata.

La distribución de los casos con 1 niño con plomo capilar >VdeR en la vivienda es irregular, es decir, los casos se encuentran dispersos por toda el área del barrio pese a existir un cierto predominio de casos distribuidos sobre la mitad este del barrio. Es necesario decir que hay una mayor densidad de viviendas encuestadas en donde más casos se registran.

En segundo orden, los casos con 2 niños con plomo capilar >VdeR en la vivienda se concentran en torno al límite este del barrio, a partir de la calle Robles hasta el extremo este.

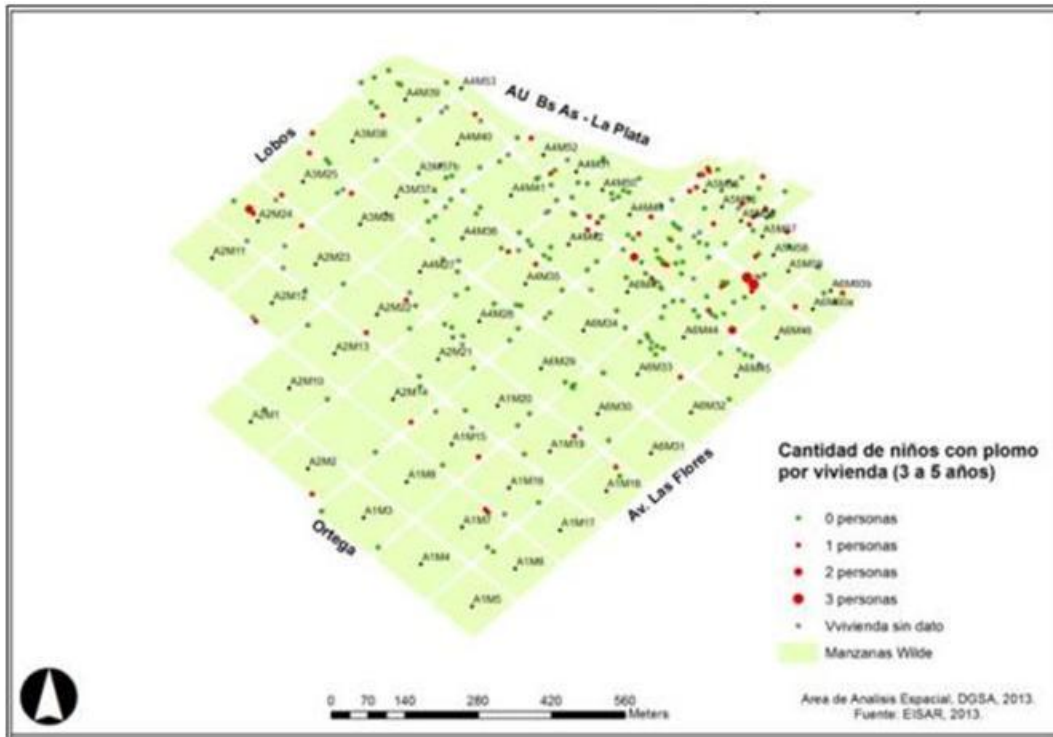
El paisaje urbano muestra que las calles de este sector son de tierra y las viviendas más precarias que en el resto del sitio. Esta concentración de casos se encuentra en el Área 5.

Respecto a las viviendas con 3 niños con plomo capilar >VdeR, se registraron en dos casos, uno sobre el sector este descrito anteriormente, y otro sobre el sector norte cercano al límite sobre la calle Lobos. Se hace notar que en el sector norte se aplicaron una menor cantidad de encuestas, razón por la cual la densidad de puntos observada es mucho menor que en el sector este. A pesar de ello, se registran casos con un mayor número de niños con plomo en la vivienda.

#### I.1.ii. Niños de 3 a 5 años con plomo por encima del VdeR

Se representa a continuación la distribución espacial de niños entre 3y 5 años con plomo capilar >VdR, según número de niños por vivienda.

Mapa 4. Niños de 3 a 5 años con plomo por encima del VdR, EISAR, 2013.



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

A diferencia de los niños menores de 3 años, para el rango de edad entre 3 y 5 años, hay un mayor número de casos de niños con plomo distribuidos por la mitad oeste del barrio. Se trata de viviendas habitadas con 1 niño con plomo, salvo una vivienda localizada hacia el extremo noroeste del barrio. Más de un tercio de las viviendas evaluadas sobre la mitad oeste (14 de 38) presentaron al menos 1 niño con plomo, en tanto que, en la mitad este, la proporción es menor. No obstante, hay viviendas con una mayor cantidad de niños con plomo en ellas. Si bien el nivel de dispersión de viviendas con niños con plomo es mayor en este caso, también puede apreciarse una concentración sobre el sector este y sureste como se puede apreciar en el mapa de niños menores de 3 años. Más de la mitad de los registros de niños con plomo del barrio se concentran en solo 6 manzanas, considerando que el barrio posee en total 56 manzanas.

Las manzanas que se encuentran sobre el límite este del barrio cuentan con un área más reducida, teniendo aproximadamente la mitad de la superficie de las manzanas que se

distribuyen por el resto del barrio. Se trata de manzanas urbanizadas más recientemente y con una infraestructura más precaria.

Las viviendas ubicadas en las manzanas 48 y 47a, 47b y 47c, han sido construidas sobre terrenos de relleno, donde funcionaron antiguamente basurales y también donde existieron suelos inundables o pantanosos.

Mapa 5. Inundaciones en el sector este del Barrio Wilde (año 2002)

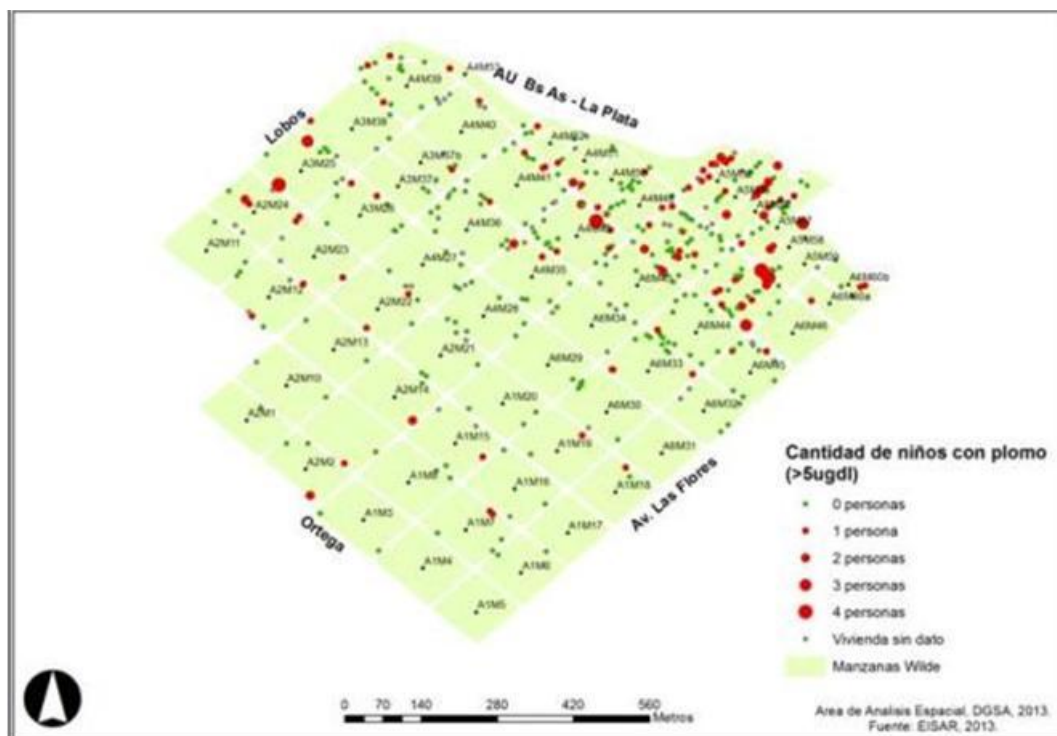


Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

#### I.1.iii. Total por vivienda de niños con plomo por encima del VdeR

El siguiente mapa sintetiza el total por vivienda de niños con plomo capilar mayor al valor de referencia de 5ug/dl.

Mapa 6. Niños con plomo por encima del valor de referencia. EISAR, 2013.



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

De las viviendas analizadas, en 4 casos se encontraron 4 niños con valores >VdR. Dichas viviendas se encuentran distribuidas sobre el sector sureste del barrio, donde se observan vulnerabilidades como calles de tierra, acopio de basura en algunas esquinas y antecedentes de urbanización sobre terrenos con una menor aptitud para construcción de viviendas. Precisamente 2 de las 4 viviendas que poseen 4 niños con plomo - mayor cantidad entre todas las viviendas relevadas – se emplazan lindantes sobre la manzana 47. En dicha manzana, se localizan otras viviendas con 2 y 3 niños con plomo por cada una de ellas. Como se mencionó anteriormente, en esta manzana se observó mediante el análisis de fotos satelitales antecedentes de presencia de suelos inundados y pantanosos con la presencia de una pequeña laguna.

Un segundo agrupamiento de casos se observa en el extremo este, casi sobre un costado de la Autopista Buenos Aires-La Plata, en las manzanas 55, 56 y 57 del Área 5. La urbanización de estas manzanas es también reciente. El sector contiguo a la calle Sevilla está constituido con anterioridad, en tanto que el sector que se proyecta hacia la autopista

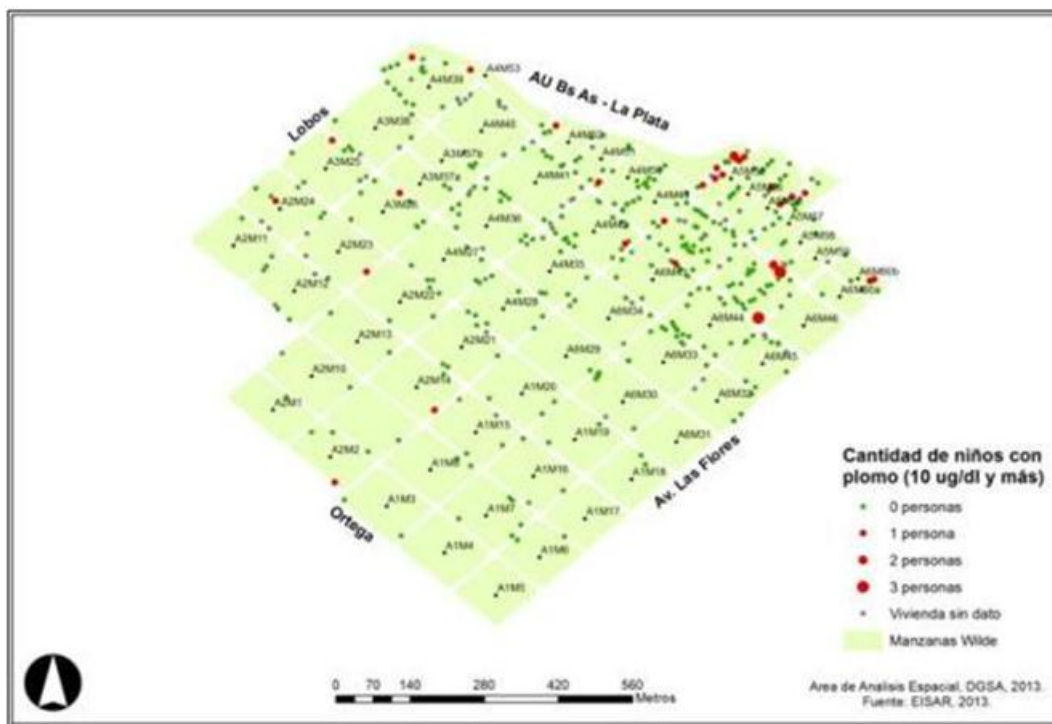
tiene una urbanización posterior sobre antiguos terrenos anegados, los cuales comienzan su urbanización a partir de 2006.

El tercer agrupamiento se encuentra en el borde norte del barrio, en manzanas aledañas a la calle Lobos, donde es posible identificar una concentración de viviendas con mayor número de casos de niños con plomo. Si bien el número de viviendas con casos es menor que en los agrupamientos descritos anteriormente, la proporción es alta, dada la cantidad de viviendas evaluadas en relación al sector este donde hay una mayor densidad de viviendas y un tejido urbano más precario.

#### I.1.iv. Niños con plomo capilar mayor a 10 ug/dl

La gran mayoría de las viviendas encuestadas no presenta casos de niños con plomo > 10 ug/dl. Solo hay casos que tienden a distribuirse sobre los sectores que han sido descritos anteriormente.

Mapa 7. Cantidad de niños con plomo capilar > 10ug/dl por vivienda. EISAR, 2013.



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

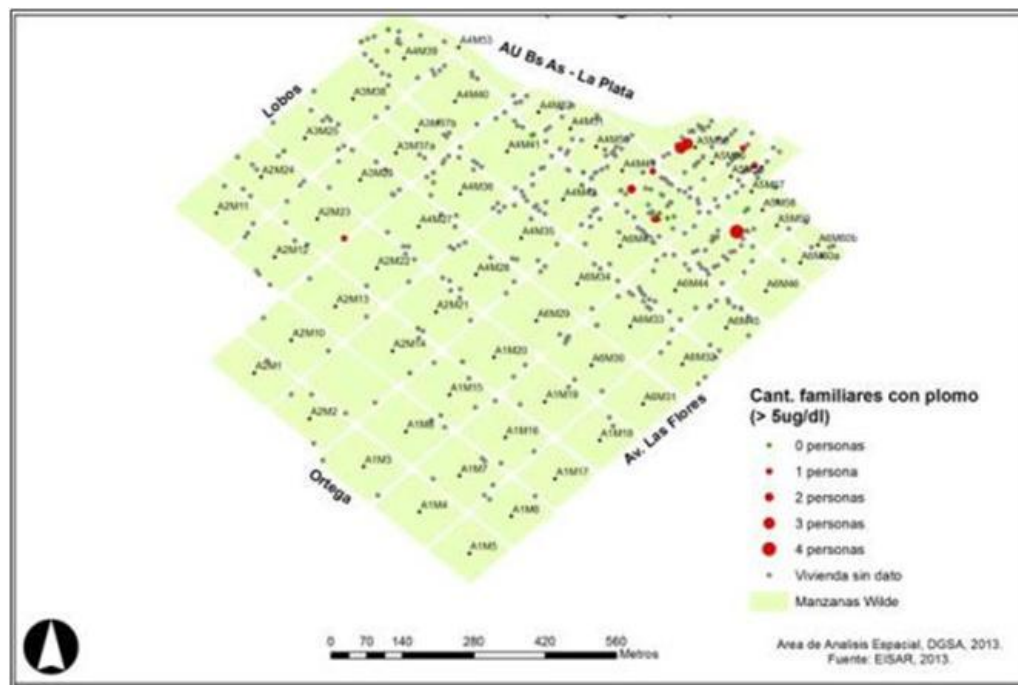
La situación se observa que se da sobre el extremo sureste del barrio, especialmente sobre la manzana 47 con las únicas dos viviendas que tienen 3 niños con plomo >10 ug/dl. Se trata de los valores más altos por encima del VdeR, concentrados en viviendas de una misma manzana. El otro sector identificado es el extremo este en la manzana 55, donde se encuentran más de un tercio de las viviendas con 1 niño con plomo >10ug/dl.

#### I.1.v. Embarazadas con plomo capilar por encima del VdR

No se registraron casos de mujeres embarazadas con plomo en el contexto del barrio Wilde Este.

#### I.1.vi. Convivientes con plomo capilar por encima del VdeR

Mapa 8. Número de familiares por vivienda con plomo capilar > 5ug/dl. EISAR, 2013.

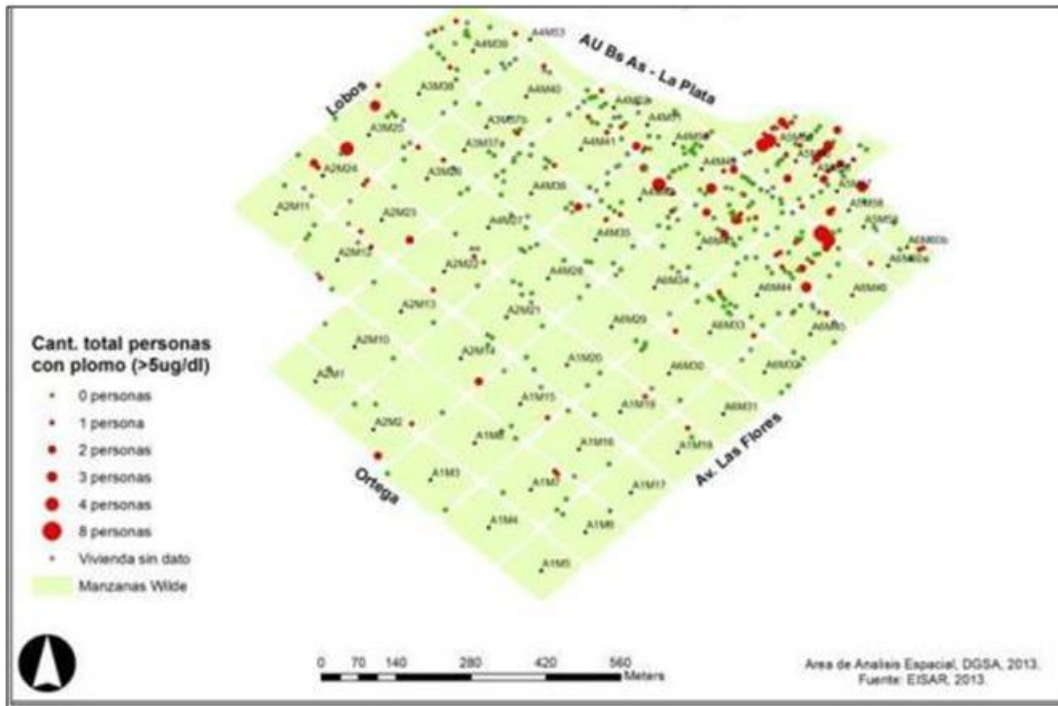


Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

### I.1.vii. Número total por vivienda de personas con plomo capilar >VdR

La representación del número total de personas con plomo capilar >VdeR por vivienda, incluye a menores de 6 años y convivientes.

Mapa 9. Cantidad total de personas con plomo >5ug/dl en la vivienda. EISAR, 2013



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

Siguiendo con lo descrito anteriormente, se observó un agrupamiento de viviendas con una alta cantidad de personas con plomo capilar >VdeR en ellas. No se registraron casos de mujeres embarazadas con plomo capilar >VdeR, por lo tanto los casos corresponden a niños menores de 6 años y convivientes evaluados. En los casos más sobresalientes, el número total alcanza a 8 personas con plomo >5ug/dl en una misma vivienda. En segundo término están las viviendas con 4 personas que coinciden con el mayor número de niños con plomo alcanzado en una vivienda.

Es necesario subrayar que la mayor concentración de viviendas se produce en el sector este del barrio, precisamente a partir de la calle Robles, que marca el límite desde donde las calles no cuentan con asfalto. Asimismo este es el sector que se encuentra más cercano a los predios del antiguo relleno sanitario de Villa Domínico, el cual funcionó

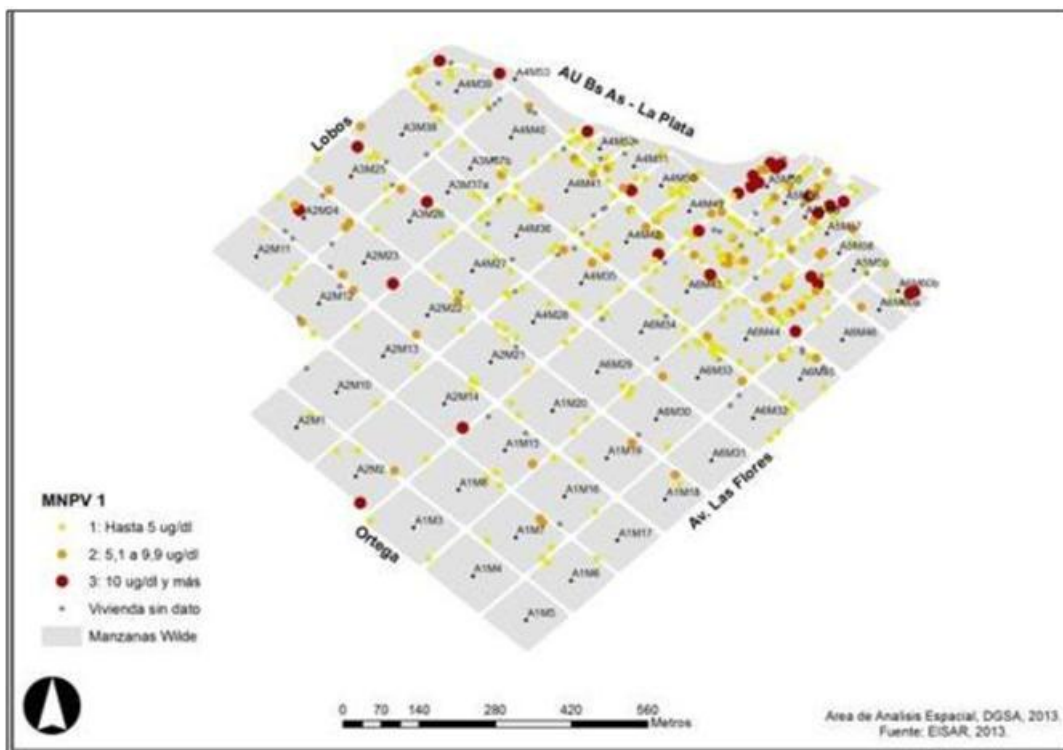


durante 26 años hasta 2006. Luego de ese año se urbanizaron las manzanas en donde se ubican los casos con plomo capilar >VdeR antes referido.

#### I.1.viii. Máximo nivel de plomo registrado según vivienda

Se presentan los máximos niveles de plomo registrados en los niños por cada vivienda. Se agrupan los resultados según puntos de corte.

Mapa 10. Máximo nivel de plomo capilar en niños en la vivienda. EISAR, 2013.



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

Un 76% de los niños evaluados presentaron niveles de plomo capilar dentro del valor de referencia (hasta 5 ug/dl).

Un 17% presentaron niveles entre 5,1 y 9,9 ug/dl. Los niños que presentaron este nivel residían en viviendas que tendían a estar un poco más concentradas sobre el sector este y sureste, con una mayor densidad poblacional y una urbanización más reciente.

Un tercer nivel de plomo capilar  $\geq 10$ ug/dl, coloca espacialmente a los casos en aquellas viviendas ubicadas sobre el sector este y sureste. En este nivel de plumbemia capilar se

agrupan un total 30 viviendas, lo que corresponde al 8,3% de las viviendas relevadas. De estas 30 viviendas consideradas en el tercer nivel, 24 se encuentran sobre el sector más comprometido ambientalmente, lo que corresponde al 80% de dichos casos. Asimismo, un agrupamiento de casos más específico se puede observar sobre las manzanas del extremo este del barrio con 13 casos en solo 4 manzanas del nivel más alto de plomo hallado en la vivienda.

También se da una mayor concentración de casos con plumbemias capilares  $\geq 10$  ug/dl en torno a la calle Robles, que no cuenta con asfalto en su trazado y donde se encuentran 8 viviendas con niveles de plomo de 10 ug/dl o más.

A continuación se presentan los resultados para cada uno de los niveles de plomo hallados en la vivienda, según puntos de corte.

Tabla 1. Viviendas con niños menores de 6 años según según Máximo nivel de plomo capilar hallado en los niños. Wilde este, 2013

Viviendas con niños menores de 6 años	Frecuencia	%
Con plomo capilar de hasta 5 ug/dl	257	71,4
Con plomo capilar >5 ug/dl	103	28,6
5,1 a 9,9	73	20,3
10 y más	30	8,3
Total	360	100,0

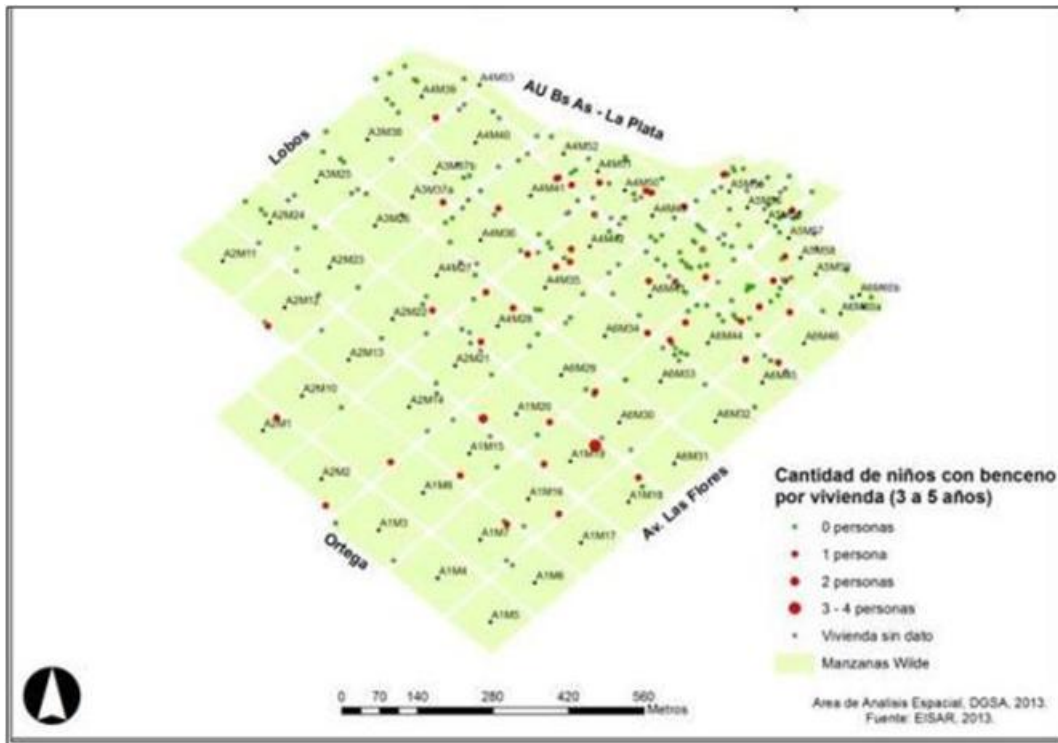
Fuente: DGSA, 2013.

## I.2. Análisis espacial de la distribución de otros tóxicos

### I.2.i. Niños con benceno por encima del valor de referencia

Se presentan los casos de viviendas con niños entre 3 y 5 años con benceno >VdR.

Mapa 11. Cantidad de niños con benceno en la vivienda. EISAR, 2013.



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

A diferencia de la distribución espacial de casos de plomo, los casos de benceno se encuentran dispersos por distintos sectores. No se puede establecer un agrupamiento claro como en los casos de plomo. Se obtuvo un caso de una vivienda con 4 personas con benceno >VdR. La mayoría de las viviendas en donde se evaluó este hidrocarburo presentaron solo 1 niño con valores >VdR.

Se puede agregar que el sector norte del barrio, junto a la calle Lobos, es el que presenta la menor cantidad de casos con valores de benceno >VdR. El resto de casos positivos se presentan algo concentrados en el centro del barrio.

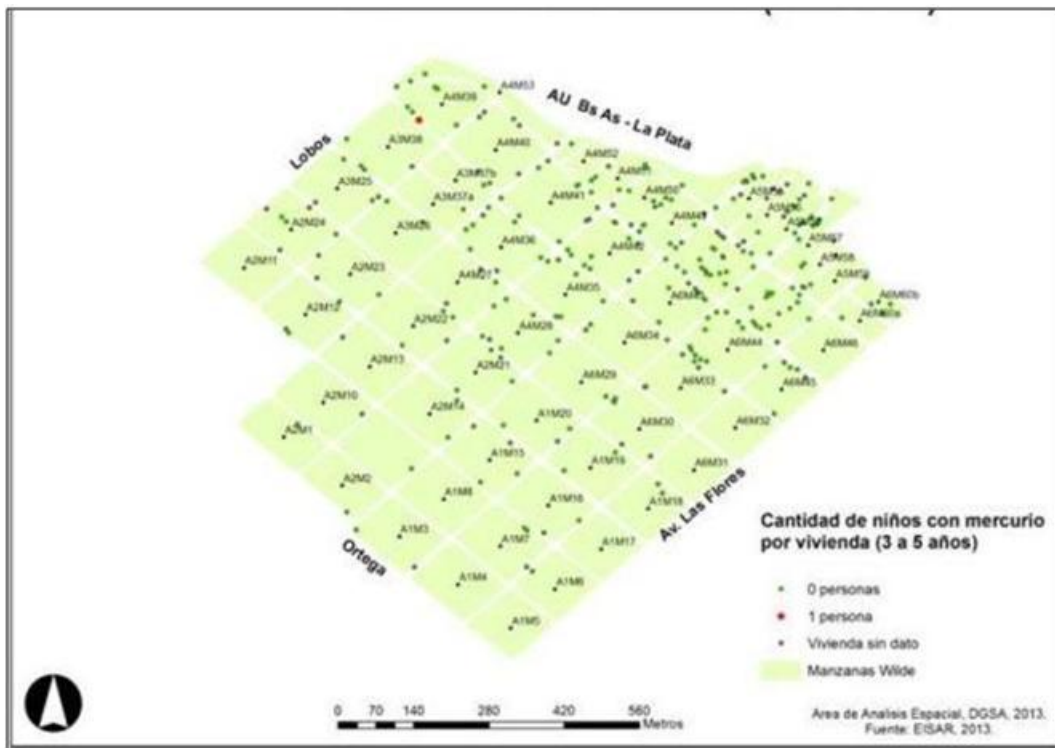
#### 1.2.ii. Niños con cromo por encima del valor de referencia

No se registraron casos de cromo >VdRen el marco de la EISAR del barrio Wilde Este.

### I.2.iii. Niños con mercurio por encima del valor de referencia

Se presentan los casos de viviendas con niños entre 3 y 5 años con mercurio > VdR.

Mapa 12. Cantidad de niños con mercurio en la vivienda. EISAR, 2013.



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

Sólo se registró un caso de mercurio > VdR sobre el extremo noreste del barrio, cercano a la calle Lobos.

### I.2.iv. Niños con tolueno por encima del valor de referencia

No se presentan mapas con cantidad de niños con tolueno, ya que no se registraron casos en el marco de la EISAR del barrio Wilde Este.

II. Análisis multitemporal de imágenes históricas para la observación de las transformaciones Físicas en la Situación Ambiental y la estructura urbana del Barrio Wilde Este y actividades en el Relleno Sanitario de Villa Domínico.

### II.1. Captura de Imágenes del 1 de enero de 2001

Mapa 13. Planta General del Barrio Wilde Este.



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

Planta general. El Barrio Wilde Este, se localiza contiguo al Relleno Sanitario de Villa Domínico. Las arterias principales que lo limitan son AU Buenos Aires-La Plata, el Acceso Sudeste y la Av. Las Flores. Esta última ofrece un acceso franco y directo al relleno

## Mapa 14. Zona inundable



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

Se observa la existencia de un espejo de agua (1) en el sector donde hoy el tejido urbano se ha consolidado con la localización de viviendas precarias. Siendo ésta una zona inundable que se extiende hacia el límite con la AU Bs. As. La Plata (2), presumiblemente se ha rellenado para urbanizar con desechos, que tal vez, pudieron ser extraídos del Relleno Sanitario de Villa Domínico.

## II.2. Captura de Imágenes del 7 de enero de 2001.

Mapa 15. Captura de Imágenes del 7 de enero de 2001.



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

Vista general del Barrio Wilde Este, donde se observa la actividad en el Relleno Sanitario de Villa Domínico justamente en un sector contiguo al área de estudio. Se evidencia la utilización del predio para fines de disposición final de residuos y la conformación de las capas del relleno.

Mapa 16. Reducción del espejo de agua



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

La existencia del espejo de agua observado en el mapa n° 12 ha disminuido su tamaño y contenido (1). Sólo se observa un cubierta verde, paso anterior a su extinción como se verá más adelante.



II.3. Captura de imágenes del 6 de Septiembre de 2002.  
Mapa 17. Vista general del Barrio Wilde Este y el Relleno Sanitario contiguo.



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

Vista general del Barrio Wilde Este y el Relleno Sanitario contiguo. Siempre se observa que las áreas de mayor actividad del mismo son los sectores contiguos al Barrio.

Mapa 18. Extinción de la laguna y ocupación del territorio



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

A un año de la situación descrita en el mapa n° 14 observa como la laguna se va “extinguendo” y se comienza a ocupar su entorno con vivienda precaria (1). El sector lindante con la AU Buenos Aires-La Plata también muestra características de terreno inundable (2).

#### II.4. Captura de imágenes del 14 de Febrero de 2004.

Mapa 19. Disminución de la actividad en el predio de CEAMSE



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

Vista general del Barrio Wilde y el Relleno Sanitario. Dos años más tarde se observa que la actividad en el predio del CEAMSE ha disminuido. Las áreas de operaciones presentan una cubierta vegetal conservándose un sector de actividad lindero al barrio y la AU Bs As La Plata.

Mapa 20. Desaparición del espejo de agua



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

El espejo de agua existente originalmente ha desaparecido totalmente sin de dejar antecedentes reconocibles visualmente (1). Se ha delimitado la manzana claramente y toda el área ha sido ocupada íntegramente por vivienda.

#### II.5. Captura de imágenes del 1 de Abril de 2004.

Mapa 21. Actividad en el relleno sanitario



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

Vista general del Barrio Wilde y el Relleno Sanitario. Todavía se observa actividad en éste último, en el sector aledaño al barrio. Es importante destacar, que al igual que en la imagen de la Figura 7 la actividad ha disminuido en proximidad al cierre “definitivo” del predio a realizarse en el año 2006 a pedido de los vecinos por la intolerable situación ambiental para la salud provocada las emanaciones del relleno sanitario.

Mapa 22. Consolidación de zona inundable en vivienda precaria



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

Todo el sector inundable (naranja) se consolida poco a poco con vivienda precaria. En el área 1 ya se observa la subdivisión de la manzana con calles interiores. En el área 2, también con características de zona inundable presenta signos de acumulación de agua y cobertura verde

## II.6. Captura de imágenes del 9 de Abril de 2004.

Mapa 23. Presencia de cubierta vegetal en el comienzo de la desactivación del relleno



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

Vista general del conjunto donde se observa la presencia de cubierta vegetal en sectores donde hubo movimiento de suelos sólo diez días antes (anterior secuencia). Dicho cambio podría entenderse como el comienzo de la desactivación del relleno por reclamos vecinales.

## Mapa 24. Subdivisión del terreno



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

El sector 1, que en la imagen anterior estaba constituido por una sola manzana comienza a subdividirse en 3 manzanas diferenciadas separadas por calles interiores.

El sector 2 es una zona baja aledaña a la AU Bs. As. La Plata con presencia de agua en forma intermitente.

### II.7. Captura de imágenes del 24 de Diciembre de 2005. Mapa 25. Disminución de la actividad del relleno



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

Vista general del Barrio y el Relleno sanitario. La cubierta verde que presenta el predio demuestra la disminución de su actividad antecediendo a su “cierre definitivo”(según el CEAMSE) en el año 2006.

Mapa 26. Características de la zona en 2005



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

En el año 2005, tanto el Sector 1 como el 2 presentan similares características que el año anterior (2004). Se observará en las siguientes secuencias que toda esta zona se irá densificando ocupándose todos los vacíos con tejido residencial. Además toda esta área inundable es la más próxima en cuanto a acceso (a través de Av. Las Flores) al Relleno sanitario.

## II.8. Captura de imágenes del 11 de Marzo de 2006.

Mapa 27. Cubierta vegetal en el relleno



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

Vista general donde se observa nuevamente la cubierta verde en el relleno. Es importante mencionar que el año 2006 es la fecha en que se produce el cierre del Relleno sanitario como consecuencia de las externalidades sufridas por la población residente en el área, en especial los habitantes de las Torres de Wilde, quienes lideraron los reclamos ante las autoridades del CEAMSE.



## Mapa 28. Incorporación del sector 3



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

El sector 1 presenta 3 manzanas claramente definidas y en proceso de densificación. El sector 2 presenta un curso de agua incipiente con aparente conexión con otros alrededores. Un nuevo sector 3 se ha incorporado al análisis ya que se evidencia un cambio significativo con imágenes anteriores. El espacio urbano que antes era un área verde (aparentemente una plaza) comienza a transformarse con nivelación y preparación del terreno para la futura implementación de un plan de vivienda social como se verá más adelante.

## II.9. Captura de imágenes de 12 de Septiembre de 2006.

Mapa 29. Ocupación con tejido residencial del área inundable



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

Vista general donde se observa en forma contundente como se va ocupando con tejido residencial toda el área inundable (naranja en imágenes anteriores) consolidándose un sector “nuevo” con vivienda de baja calidad constructiva.

Mapa 30. Densificación de zonas 1, 2 y 3.



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

El sector 1 presenta una continua densificación cada vez más evidente. El sector 2 comienza también a ocuparse con vivienda en su parte norte. En el sector 3 se observa el inicio de la construcción de las fundaciones de dos tiras de vivienda ubicadas en forma perimetral enmarcando el predio de la manzana antes con uso recreativo.

## II.10. Captura de imágenes del 20 de Agosto de 2008.

Mapa 31. Vista cubierta verde y ocupación intensiva de zona inundable



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

Vista general donde se observa, 2 años después, una cubierta verde intensa con funciones de “vivero experimental” en el predio del relleno, como también la ocupación intensiva del sector inundable (naranja en imágenes anteriores).

Mapa 32. Barrio vivienda social “Las casitas” construido en Sector 3



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

Dos años después de la captura anterior (2006) se observa el sector 3 con un barrio de vivienda social ya construido “las casitas”, y la ocupación ordenada con apertura de calles de la zona norte del sector 2.

## II.11. Captura de imágenes del 12 de Julio de 2009.

Mapa 33. Ocupación casi total del área inundable y comienzo de actividad en el relleno sanitario.



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

Vista general del conjunto donde el área inundable (zona naranja en imágenes anteriores) se encuentra ocupada casi totalmente sobre todo el sector lindero a la AU Buenos Aires-La Plata. Otro cambio físico importante es el comienzo nuevamente de actividad en el relleno sanitario.

Mapa 34. Organización en manzanas en sector 2 y comienzo aparente de actividad del relleno sanitario



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

Toda el Área inundable (naranja) se encuentra ordenada en manzanas con apertura de calles mostrando signos de consolidación y densificación. Dos aspectos para destacar: la organización en “manzanas” con calles en el Sector 2 y el comienzo aparente de la actividad del relleno sanitario a pesar de su “cierre definitivo”.

## II.12. Captura de imágenes del 6 de Septiembre de 2010.

Mapa 35. Cubierta Vegetal demostrando disminución de la actividad del relleno



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

Vista general del conjunto donde es importante destacar la presencia de cobertura verde en predio del relleno, lo que denota, aparentemente, su actividad “intermitente”.



Mapa 36. Vista del área ex inundable



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

El “Área inundable” ya no lo es aunque conserve características. No hay vestigios de su situación de años anteriores. Ofrece el mismo aspecto físico que el resto del barrio. El sector 2 quedó dividido en 2 partes: una perfectamente urbanizada y otra con un área verde vacante.

II.13. Captura de imágenes del 1 de Septiembre de 2012.

Mapa 37. Actividad intermitente del relleno.



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

Vista general del conjunto. Las características de actividad “intermitente” del relleno se presentan con claridad. Las áreas “blancas” se supone que pueden ser sitios de deposición de residuos con la respectiva “huella” del camión que los transporta.

Mapa 38. Actividad del relleno sanitario pese a su cierre



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

El Barrio presenta las características urbanas y territoriales que ofrece en el presente. La actividad en el relleno, pese a su cierre, tal vez sea el aspecto a destacar para este intervalo temporal. El Sector 2 que ha sido el último en ocuparse continua densificándose: la zona vacante mantendrá sus características con modificaciones hacia finales de Diciembre de 2012.

## II.14. Captura de imágenes del 12 de Diciembre de 2012.

Mapa 39. Modificaciones en predio del área 2.



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

Vista general del conjunto con características similares al corte temporal anterior. El relleno continúa presentando indicios de actividad. El Barrio presenta modificaciones en el único predio vacante del Sector 2.

Mapa 40. Cambios en el sector 2. Movimientos de suelo



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

Las características territoriales del Barrio se mantienen con cambios observados en el Sector 2. El único predio vacante muestra signos de cambio en su uso. Se observan movimientos de suelo.

## II.15. Captura de imágenes del 6 de Abril de 2013.

Mapa 41. Posible actividad del relleno sanitario y ocupación casi total del barrio lindero a la AU Bs. As.-La Plata



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

Vista general del conjunto en su aspecto actual. Se mantiene la posible actividad en el relleno y la ocupación casi total del Barrio en el borde lindero a la AU Buenos Aires-La Plata.

## Mapa 42 Situación actual de la estructura del barrio



Fuente: Área de Análisis Espacial, DGSA, 2013.

Se observa la estructura del Barrio en su situación actual. Son constantes la presunta actividad del relleno y la tendencia a la ocupación residencial hacia el borde la AU Buenos Aires –La Plata en el Sector 2.

### III. Detección espacial de agrupamientos o clúster clasificados como de alto riesgo

A continuación se muestran los agrupamientos o clúster de viviendas con personas con concentración de plomo capilar en sangre por encima del VdR. Se determinaron 3 niveles de riesgo a partir de los agrupamientos obtenidos.

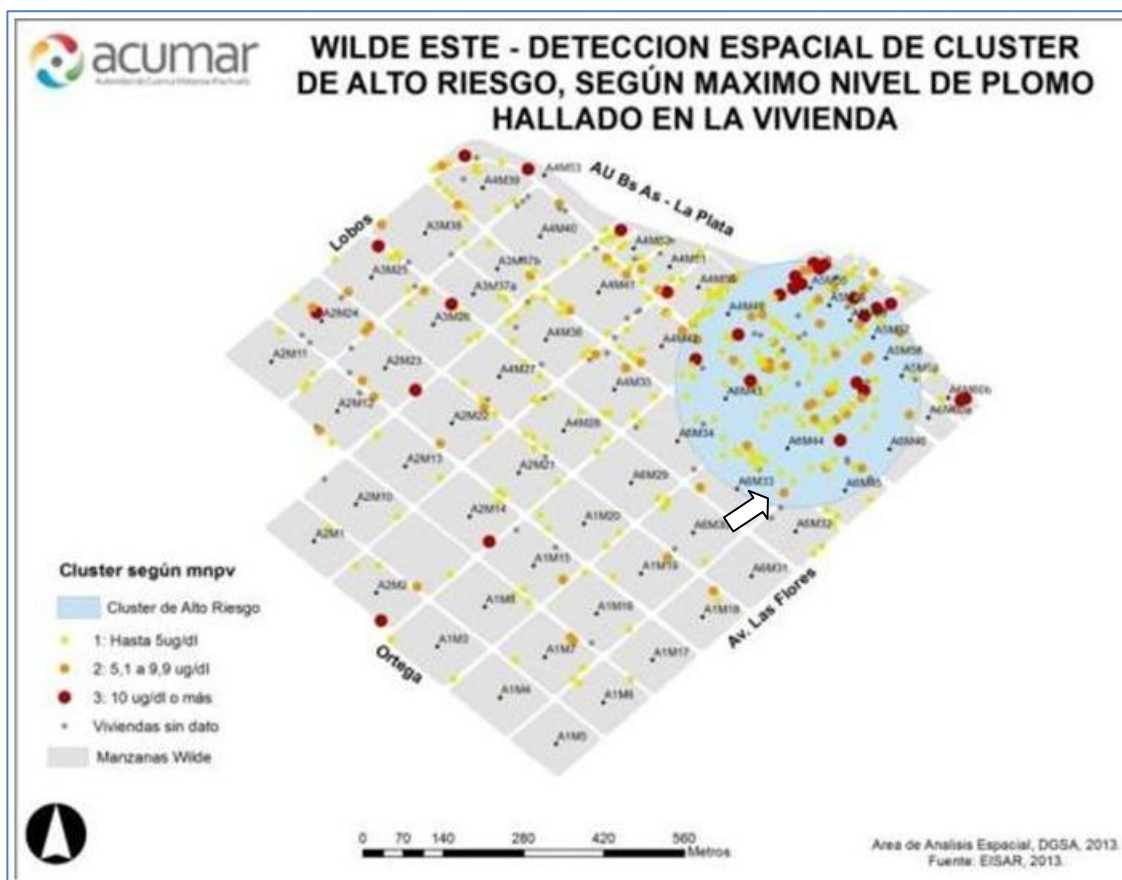
Cada clúster tiene en cuenta los hogares y viviendas con mayor riesgo relativo calculado este como un cociente entre el número de hogares observados, y el número de hogares esperados.

Los hogares esperados se modelan a partir de una distribución ordinal bajo la hipótesis nula que los hogares están distribuidos al azar en el área, esto es, que cada región tiene la misma probabilidad de encontrar hogares positivos ( $Pb \text{ capilar} > \text{al VdR}$ ). Dicho análisis se realizó con el programa SaTScan (Kulldorff et al., 1998; 2004).

El algoritmo evalúa una gran cantidad de círculos de diferentes radios (999), en busca de áreas con alta probabilidad de encontrar hogares con individuos con plomo por encima del VdR. Para cada clúster se dispone de información acerca de la ubicación y el tamaño de la agrupación. En este caso la significancia estadística varía a medida que disminuye el riesgo relativo de cada clúster, así para el clúster de muy alto riesgo el p valor es 0.001, siendo la agrupación con más probabilidades de encontrar casos (viviendas-Hogares) con plomo capilar elevado.

### Estadísticos cluster

Mapa 43. Detección espacial de clúster de alto riesgo. EISAR, 2013.



Fuente: Análisis Espacial, DGSA



Mapa 44. Ubicación espacial de cluster de alto riesgo



Fuente: Análisis Espacial, DGSA

Tabla 2. Viviendas con niños menores de 6 años y Niños menores de 6 años según Localización.

Localización	Superficie (hectáreas)	Viviendas con menores de 6 años	Menores de 6 años
Fuera del cluster de alto riesgo	65	240	393
Dentro del cluster de alto riesgo	12	184	313
Total	77	424	706

Fuente: DGSA, 2013

Tabla 3. Niños menores de 6 años: distribución según Plomo capilar y Localización (porcentajes).

Localización	Plomo capilar >5 ug/dl		Niños menores de 6 años*
	No	Sí	
Fuera del cluster de alto riesgo	80,6	19,4	100
Dentro del cluster de alto riesgo	70,3	29,7	100
Total	76,0	24,0	100

Fuente: DGSA, 2013

Tabla 4. Niños menores de 6 años con plomo: nivel promedio de plomo según Localización.

Localización	Nivel promedio de plomo capilar (ug/dl)
Fuera del cluster de alto riesgo	8,0
Dentro del cluster de alto riesgo	9,6

Fuente: DGSA, 2013

### III.1. Espacialización del riesgo a partir de la EISAR de la Villa 21-24

Entendemos por riesgo poblacional a situaciones que originan daños directos o indirectos sobre algún/os o todos los aspectos que conforman el bienestar íntegro de la población (salud, bienes materiales, economía, productivas y culturales, etc.).

Las variables utilizadas para este análisis fueron relevadas a través de encuestas durante la EISAR realizada en la Villa 21-24, y muchas de ellas reflejan la percepción del encuestado, por lo que la calidad de los resultados depende de la calidad de los datos.

Por otro lado vale aclarar que el enfoque de riesgo como tal, requiere de múltiples variables para su representación, sin embargo una primera aproximación es factible de realizar con un grupo de variables que son presentadas más adelante.

Para poder medir ese riesgo es imprescindible estudiar las amenazas (eventos latentes que pueden ocurrir y producir un daño a la población), como así también las vulnerabilidades sociales y demográficas (grupos y afectación) (Maskery, 1989).

$$Riesgo_i = (\Sigma Vulnerabilidad_i) \cdot (\Sigma Amenazas_i)$$

La fórmula anterior representa matemáticamente la definición de riesgo poblacional como multiplicación de la suma de vulnerabilidades multiplicado por la suma de las amenazas.

En general, hoy se acepta que el concepto de amenaza se refiere a un peligro latente o factor de riesgo externo de un sistema o de un sujeto expuesto, que se puede expresar en forma matemática como la probabilidad de exceder un nivel de ocurrencia de un suceso con una cierta intensidad, en un sitio específico y durante un tiempo de exposición determinado. Por otra parte, la vulnerabilidad se entiende, en general, como un factor de

riesgo interno que matemáticamente está expresado como la factibilidad de que el sujeto o sistema expuesto sea afectado por el fenómeno que caracteriza la amenaza (cardona.

Tabla 5. Viviendas según Universo de estudio. Wilde este, 2013

Universo de estudio	Cantidad de hogares	
	Absolutos	%
Viviendas con niños menores de 6 años (Viv_niñ)	424	49,7
Viviendas con embarazadas (Viv_emb)	40	4,7
Viviendas con adultos mayores (1). (Viv_may)	218	25,6
Total de viviendas (2)	853	100,0

Fuente DGSA, 2013

(1) Adultos mayores = personas de 60 años y más

(2) En las viviendas pueden residir a la vez niños menores de 6 años, embarazadas y adultos mayores. Por tal motivo la suma de los tres subuniversos no se corresponde con el total de viviendas

Tabla 6. Variables incorporadas al análisis de riesgo

Dimensión/ Indicador	Frecuencia	Porcentaje	
<b>Antigüedad en la vivienda</b>			
<b>¿Cuánto hace que vive el jefe del hogar en esta vivienda?</b>	<b>1 Menos de 1 año</b>	<b>53</b>	<b>6,2</b>
	<b>2 De 1 a 5 años</b>	<b>196</b>	<b>23,0</b>
	<b>3 De 6 a 10 años</b>	<b>143</b>	<b>16,8</b>
	<b>4 11 años y más</b>	<b>461</b>	<b>54,0</b>
<b>Habitos</b>			
<b>Quema basura dentro del terreno</b>	<b>754</b>	<b>88,4</b>	
<b>Realiza alguien en la vivienda acarreo/acopio de chatarra, fundición de metales, quema de cables, reciclado de baterías o compostura de calzado</b>	<b>595</b>	<b>69,8</b>	
<b>Cocina o calefacciona con kerosene, leña o carbón</b>	<b>30</b>	<b>3,5</b>	
<b>Características del entorno</b>			
<b>Existencia de basurales a cielo abierto a 100mts o menos de la vivienda</b>	<b>59</b>	<b>6,9</b>	
<b>Se registraron inundaciones en los últimos 12 meses</b>	<b>669</b>	<b>78,4</b>	
<b>Existencia de industrias o talleres a 100mts o menos de la vivienda</b>	<b>111</b>	<b>13,0</b>	
<b>Tiran líquidos industriales a 100mts o menos de la vivienda</b>	<b>11</b>	<b>1,3</b>	
<b>Se acumula basura a menos de 100mts de la vivienda</b>	<b>546</b>	<b>64,0</b>	
<b>Capital social</b>			
<b>Vivienda en calle de tierra o mejorado</b>	<b>295</b>	<b>34,6</b>	
<b>Viviendas sin acceso a cloacas</b>	<b>680</b>	<b>79,7</b>	
<b>Condiciones materiales</b>			
<b>Vivienda deficitaria (casa tipo b, rancho, casilla, pieza hotel/inquilinato, etc)</b>	<b>254</b>	<b>29,8</b>	
<b>Piso de tierra o ladrillo suelto</b>	<b>17</b>	<b>2,0</b>	
<b>Agua proveniente de conexión a red pública por manguera</b>	<b>2</b>	<b>0,2</b>	
<b>Viviendas sin inodoro o con inodoro sin descarga</b>	<b>211</b>	<b>24,7</b>	
<b>Pobreza</b>			
<b>Viviendas con hogares con NBI</b>	<b>461</b>	<b>54,0</b>	
<b>Viviendas con hogares por debajo de la línea de pobreza</b>	<b>82</b>	<b>9,6</b>	
<b>Total de viviendas</b>	<b>853</b>	<b>100,0</b>	

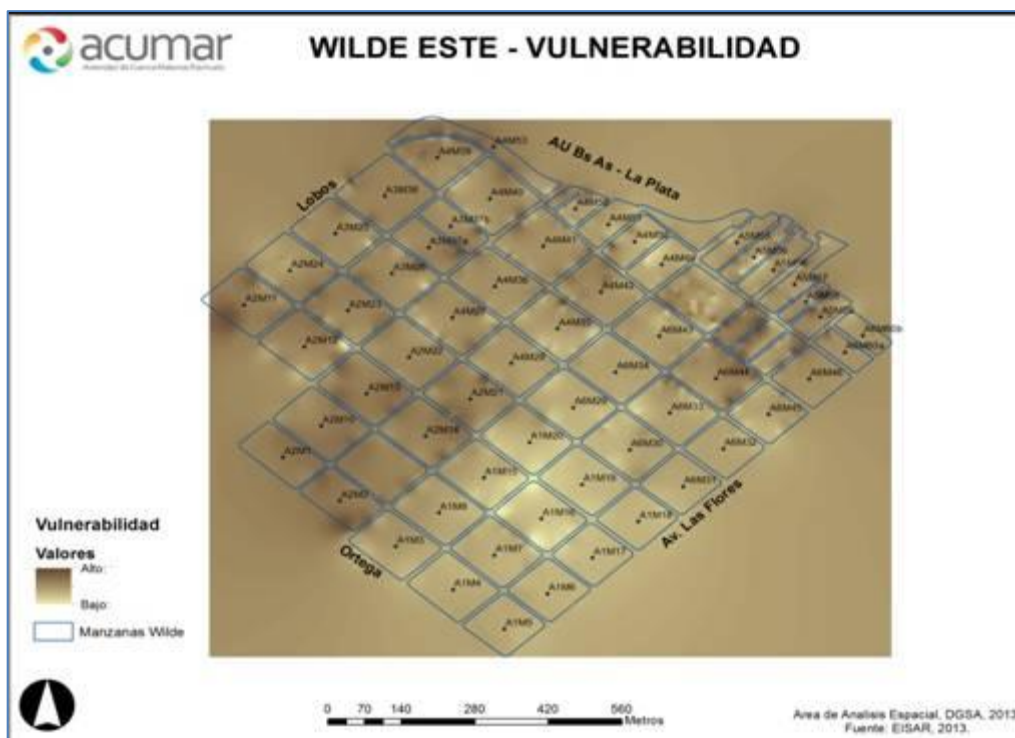
La tabla anterior muestra las variables incorporadas al análisis de riesgo

### III.1.i. Representación espacial de las vulnerabilidades

$$Vul_i = \sum_{i=1}^n (Viv\_niñ_i, Viv\_emb_i, Viv\_may_i, Viv\_tier_i, Viv\_res_i, Agua_i, Viv\_cloa_i, Ant_i, Viv\_def_i, nbi_i, Viv\_in_i, Viv\_pob_i, Pis\_tier_i)$$

La fórmula anterior es la sumatoria de vulnerabilidades que se relevaron en la encuesta

Mapa 45. Mapa de vulnerabilidad de la Wilde Este. EISAR, 2012.



Fuente: Análisis Espacial, DGSA

Como se observa en el mapa de vulnerabilidad existe una mayor intensidad (zonas más oscuras) en la zona Centro sur

### III.1.ii. Amenazas seleccionadas

$$Amen\_Entorno_i = \sum_{i=1}^N (Acum\_bas_i, Exist\_bas_i, Inund_i, Exist\_Indust_i)$$

La fórmula anterior representa la sumatoria de todas las amenazas vinculadas al entorno de los hogares y viviendas relevados.

$$Amen\_Hábitos_i = \sum_{i=1}^N (Coc\_Keros_i, Quem\_bas_i, Activ\_amenz_i)$$

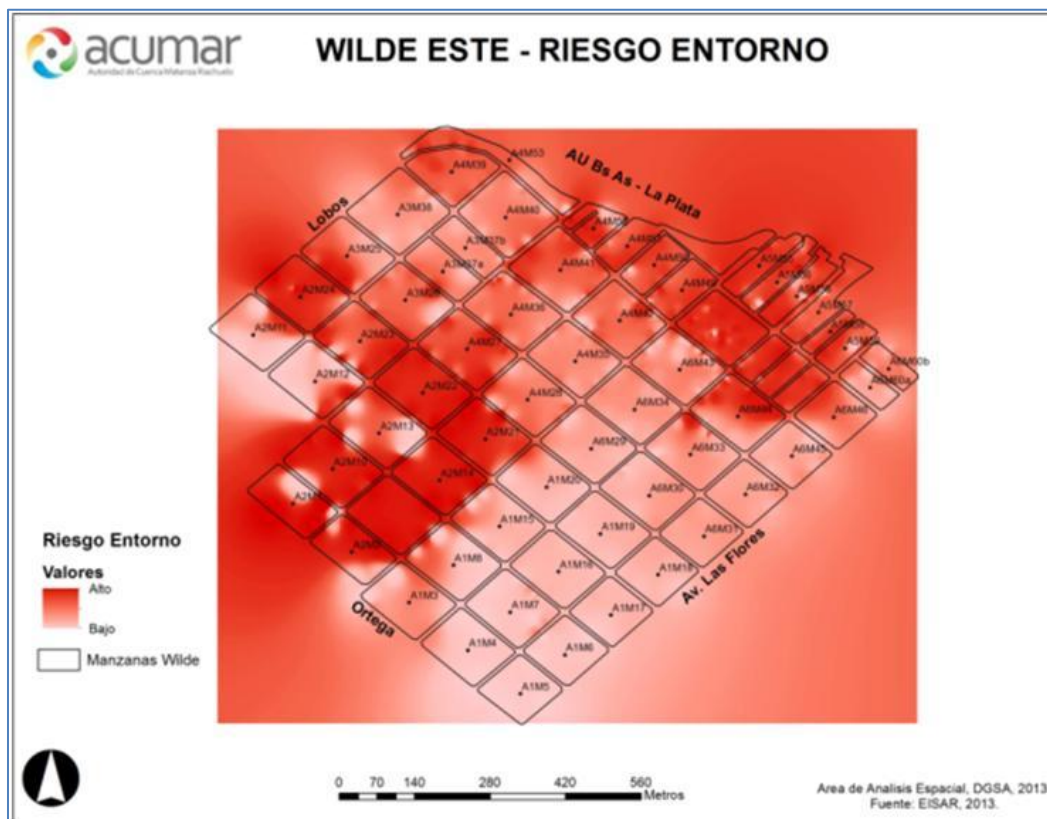
La fórmula anterior representa la sumatoria de todas las amenazas vinculadas a los hábitos de las personas que habitan en los hogares y viviendas relevadas.

$$Riesgo\_entorno_i = (Vul_i) \cdot (Amen\_Entorno_i)$$

La fórmula anterior se utilizó para calcular el riesgo a partir de la multiplicación de la vulnerabilidad por la amenaza del entorno del hogar y vivienda.

### III.1.iii. Mapas de riesgo socio ambiental

Mapa 46. Mapa de riesgo del entorno de Wilde Este. EISAR, 2012.



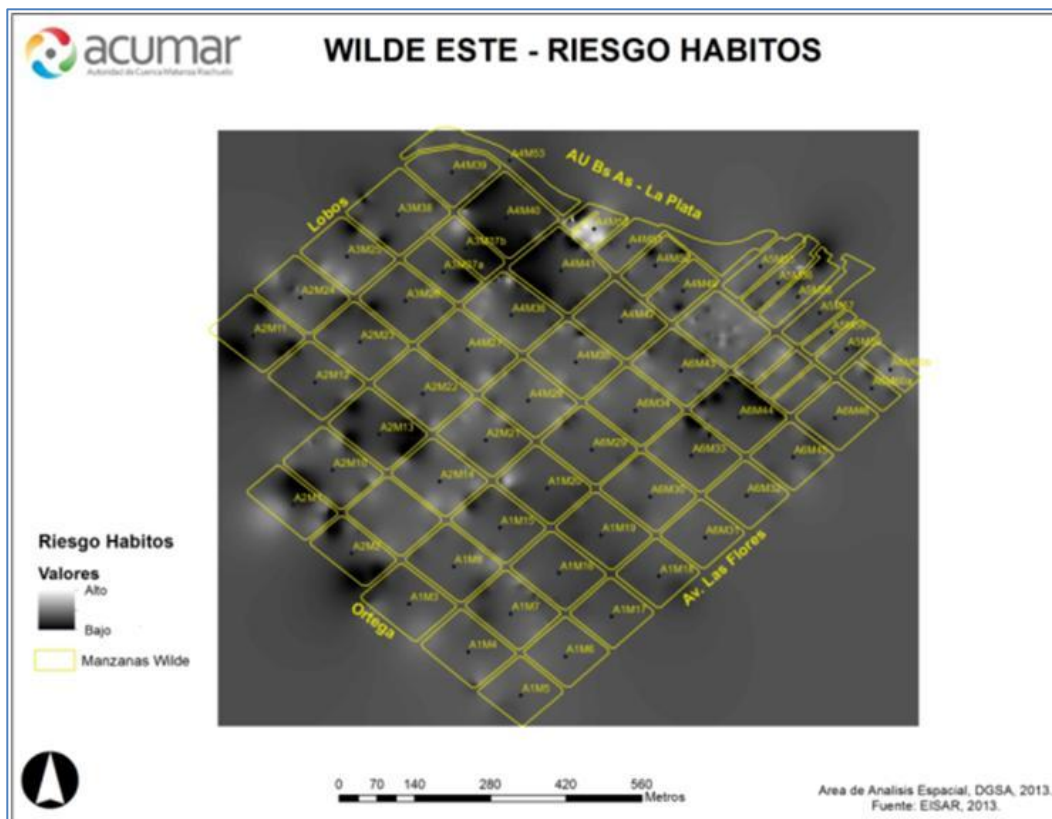
Fuente: Análisis Espacial, DGSA

El mapa anterior muestra el riesgo producido por las variables seleccionadas vinculadas al entorno de la vivienda. En él se observa mayor riesgo en las zonas este y oeste del barrio.

$$Riesgo_{Hábitos_i} = (Vul_i) \cdot (Amen_{Hábitos_i})$$

La fórmula anterior se utilizó para calcular el riesgo a partir de la multiplicación de la vulnerabilidad por la amenaza derivada de los hábitos de las personas de los hogares y viviendas.

Mapa 47. Mapa de riesgo de los hábitos relevados en la Villa 21-24. EISAR, 2012.



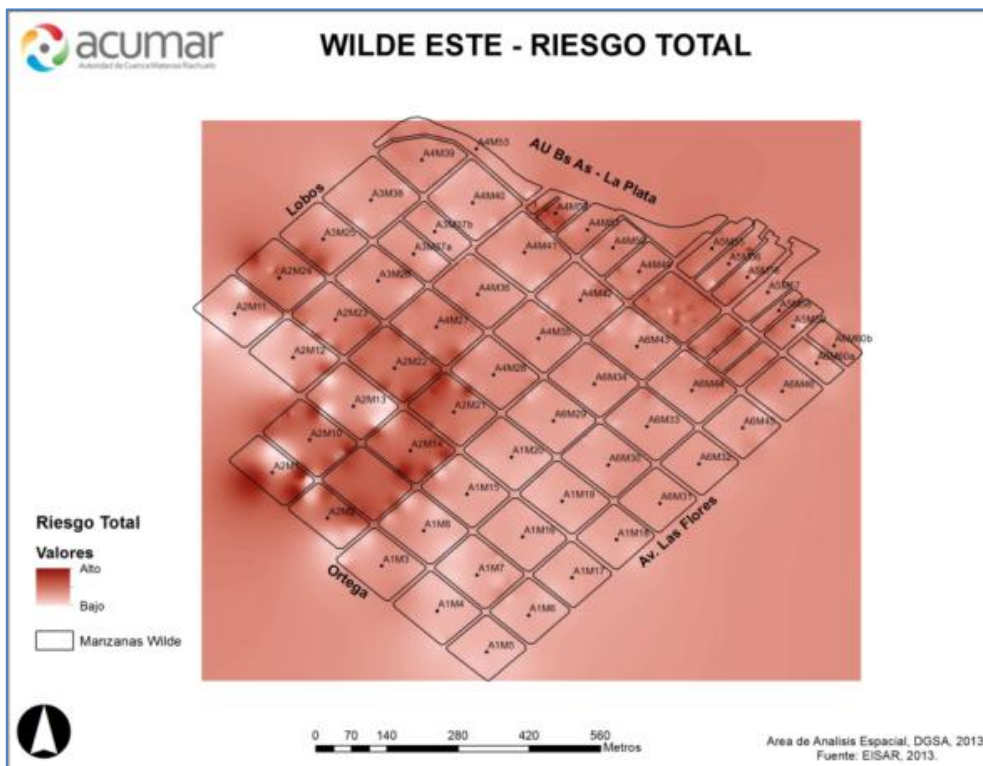
Fuente: Análisis Espacial, DGSA

El mapa anterior muestra heterogeneidad espacial del indicador, la manzana 54 evidencia mayores valores en las variables implicadas. También se observan áreas de manzanas con valores bajos de riesgo al entorno

$$Riesgo_{total_i} = (riesgo_{hábitos_i}) + (riesgo_{entorno_i})$$

La fórmula de riesgo total sintetiza todas las variables analizadas a partir de la adición de ambos riesgos caracterizados.

Mapa 48. Mapa de riesgo total en la Villa 21-24. EISAR, 2012.



Fuente: Análisis Espacial, DGSA

El mapa anterior muestra una síntesis del riesgo total, observándose una mayor predominancia las zonas este y oeste del barrio

### III.2. Conclusiones

A partir de la información expuesta emerge que existen coincidencias espaciales de varios fenómenos que afectan al asentamiento Wilde Este, lo que genera una situación de suma complejidad.

Resalta la superposición de las áreas de agrupamiento (cluster) de casos de plombemia capilar por encima del valor de referencia, con suelos inundables que fueron rellenados, esto supone que esta porción del asentamiento se encuentra sobre suelos contaminados. También es destacable que este agrupamiento se encuentra en el área más próxima al



predio del ex CEAMSE lo cual sumado a la información que obra en el anexo presume un impacto negativo de este relleno sanitario sobre la salud de la población de referencia.

El análisis de riesgo no es tan concluyente como lo anterior, sin embargo existe una correspondencia más difusa, lo que implica que la percepción de las personas encuestadas no se ajusta en su totalidad con los resultados obtenidos en el presente informe lo que implica revisar la metodología aplicada con mayor intervención de actores implicados, tanto de otras disciplinas como de la comunidad afectada

#### IV. Bibliografía consultada.

Coordinación Ecológica Area Metropolitana Sociedad del Estado (buenos aires; argentina). Centro de documentación. Boletín bibliográfico. CEAMSE.

Grupo Techint.

[http://avellaneda.clarin.com/ciudad/Costa-Plata-Justicia-suspension-megaemprendimiento\\_0\\_935306576.html](http://avellaneda.clarin.com/ciudad/Costa-Plata-Justicia-suspension-megaemprendimiento_0_935306576.html). Consulta: Septiembre 2013

La gran ciudad. Fundación Metropolitana.

Municipio de Avellaneda.<<http://www.mda.gob.ar>>. Consulta: Septiembre 2013

PROPUR FADU UBA Trabajo de Cátedra.

Universidad de Flores. Análisis Ambiental del Partido de Avellaneda. María Eugenia Priano. Tesis de grado. Agosto 2007

Cardona, Dario. 2003. La necesidad de repensar de manera holística. Los conceptos de vulnerabilidad y riesgo "Una Crítica y una Revisión Necesaria para la Gestión"

PRIGNANO, Ángel O., La Basura en Buenos Aires, Buenos Aires, Ediciones BAIRES POPULAR – Informes del Sur, N° 29, 2004.

RODRIGUEZ, María Florencia. "Las formas "pobres" de hacer ciudad: un recorrido histórico sobre las modalidades de hábitat popular y su incidencia en la agenda estatal".

La revista del CCC [en línea]. Septiembre / Diciembre 2011, n° 13. [citado 2013-07-19]. Disponible en Internet: <http://www.centrocultural.coop/revista/articulo/280/>. ISSN 1851-3263.

MASKERY A. 1989. El manejo popular de los desastres naturales. IT. Lima.

Kulldorff M, Athas W, Feuer E, Miller B, Key C. Evaluating cluster alarms: A space-time scan statistic and brain cancer in Los Alamos. American Journal of PublicHealth, 1998; 88:1377-1380.

## V. Anexos

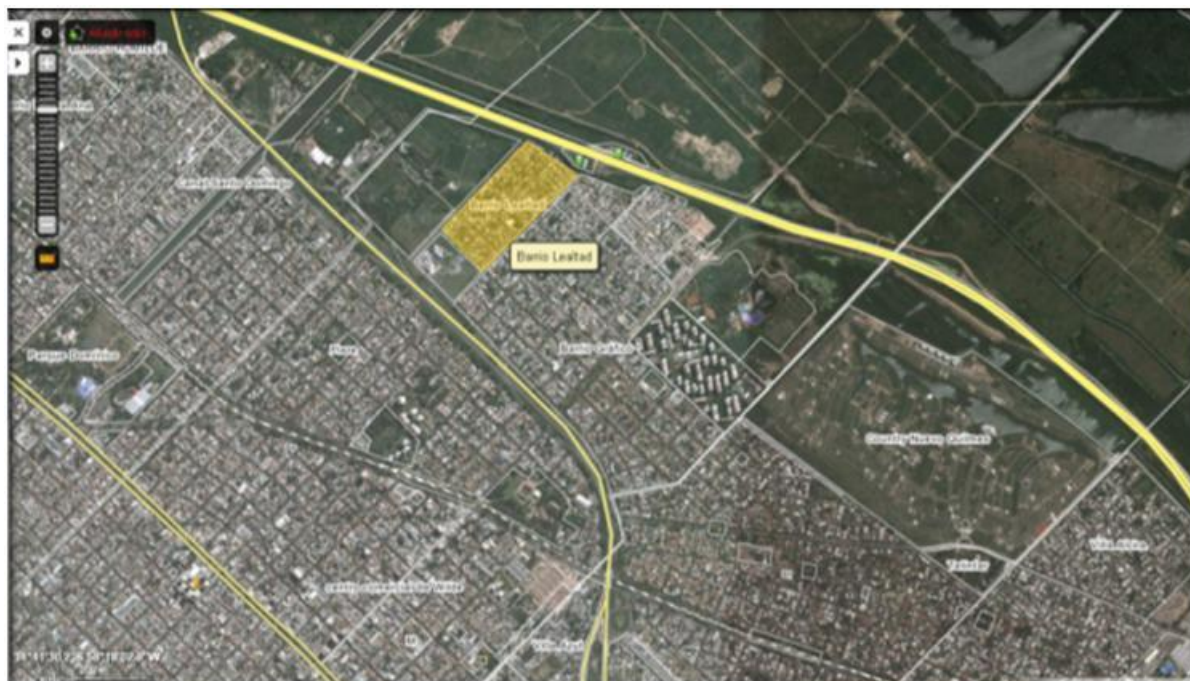
### V.1. Anexo 1. Cartografía

Para ilustrar la caracterización territorial del Barrio de Wilde Este, se ha elaborado un anexo cartográfico con el objetivo de mostrar la localización geográfica de las variables que describen el espacio urbano, como los barrios, el equipamiento, el transporte, la situación ambiental y los emprendimientos urbanísticos para el área.

#### 1. Los BARRIOS.

Los barrios más importantes que integran Wilde Este son:

[Mapa 49. Figura 1. Barrio Lealtad](#)



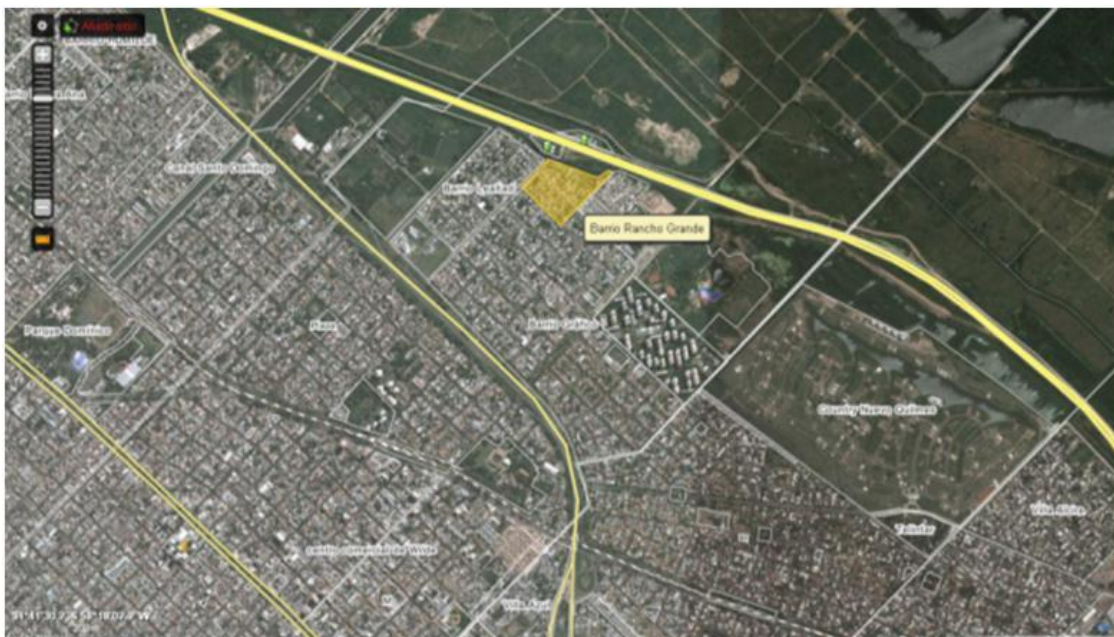
Fuente: Análisis Espacial, DGSA

Mapa 50. Barrio Gráfico



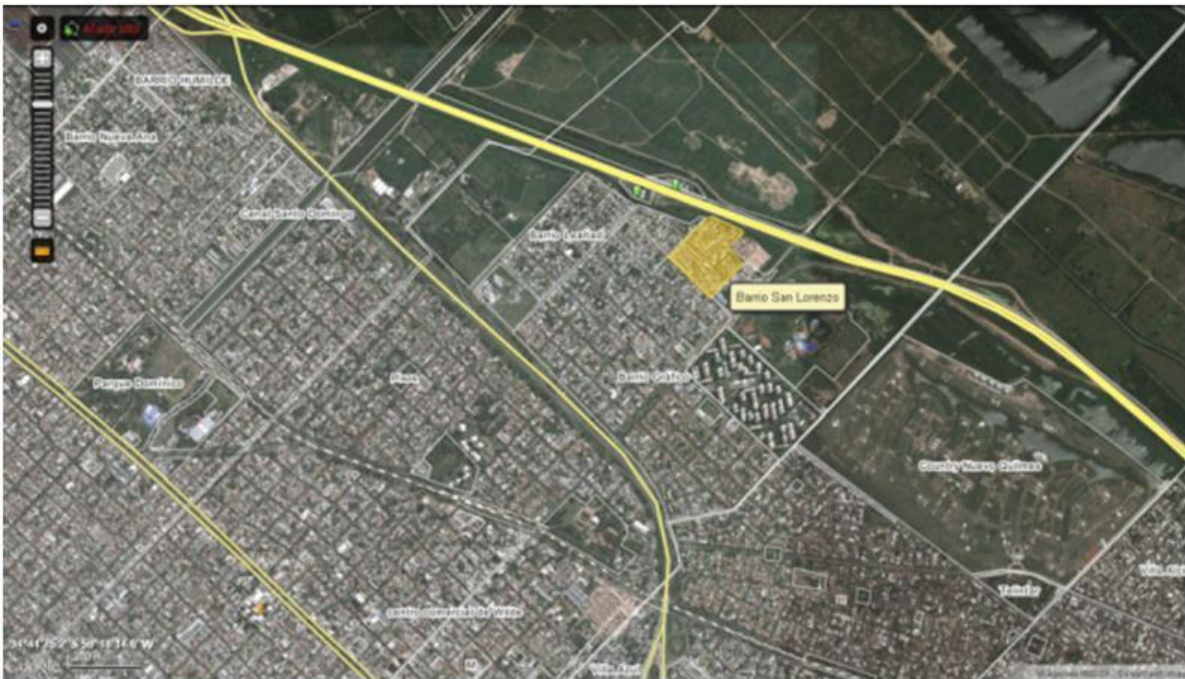
Fuente: Análisis Espacial, DGSA

Mapa 51. Figura 3. Barrio Rancho Grande



Fuente: Análisis Espacial, DGSA

Mapa 52.. Barrio San Lorenzo



Fuente: Análisis Espacial, DGSA

Mapa 53. Complejo Las Flores (Torres de Wilde)



Fuente: Análisis Espacial, DGSA

2. EI EQUIPAMIENTO.

Se localizarán la Escuela Media N° 10, el Club Municipal y el Club Atlético Independiente.

Mapa 54. Figura 6. Escuela Media N° 10





Fuente: Análisis Espacial, DGSA

### 3. EI TRANSPORTE.

Como principales medios de transporte público, se mencionan la Estación Wilde (FFCC Gral. Roca) y la Terminal Transporte Expreso Quilmes (línea 98).

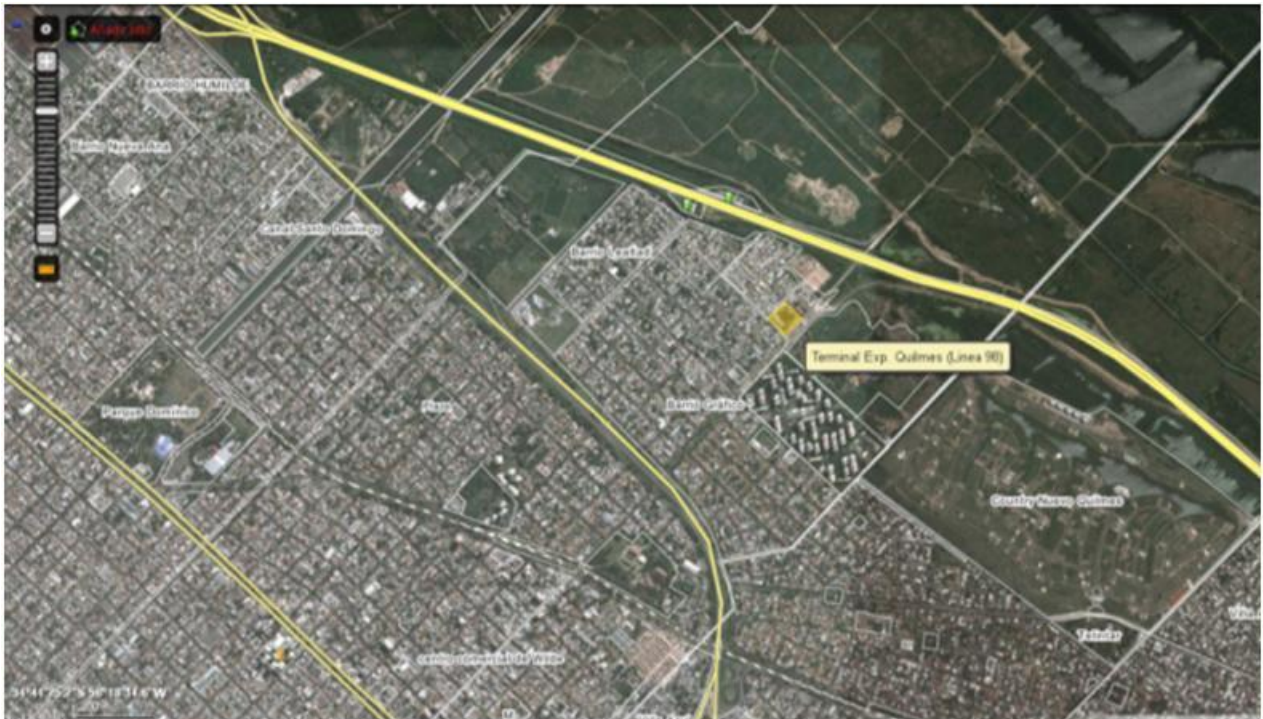
Mapa 57. Figura 10. Estación Wilde (FFCC Gral. Roca)



Fuente: Análisis Espacial, DGSA

)

Mapa 58. Terminal Transporte Expreso Quilmes



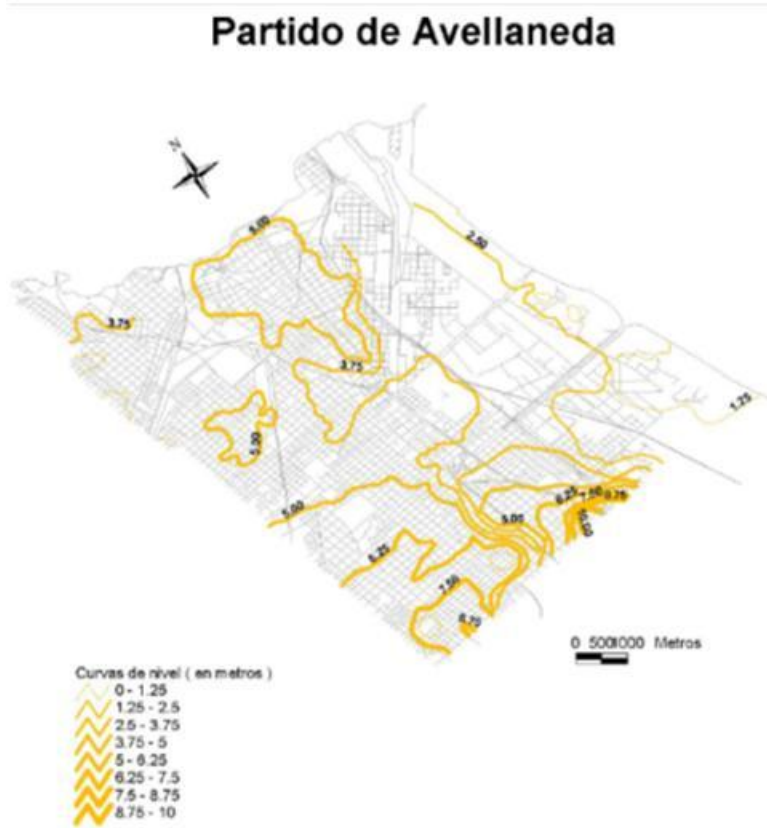
Fuente: Análisis Espacial, DGSA

#### 4. La situación MEDIOAMBIENTAL.

Como temas importantes se muestran las cotas de nivel para localizar áreas inundables, la Planta de Bombeo de líquidos cloacales y el Relleno Sanitario de Villa Domínico.

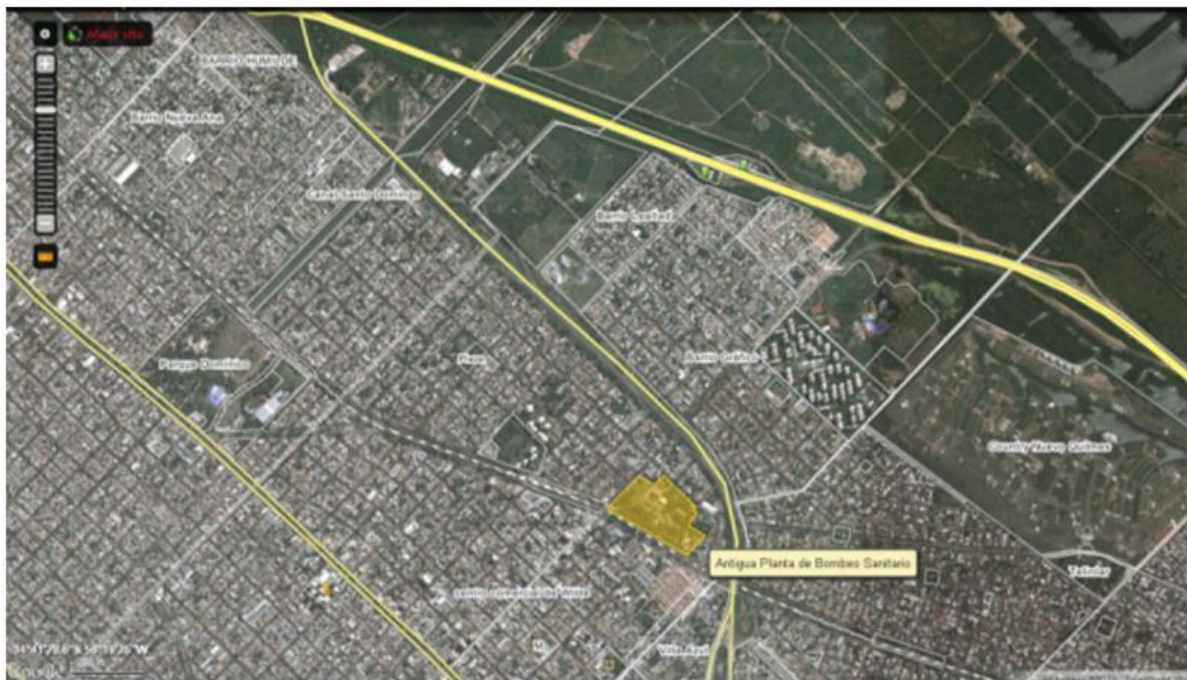


Mapa 59. Topografía. Cotas de nivel del partido de Avellaneda



Fuente: Análisis Espacial, DGSA

Mapa 60. Planta de Bombeo de líquidos cloacales



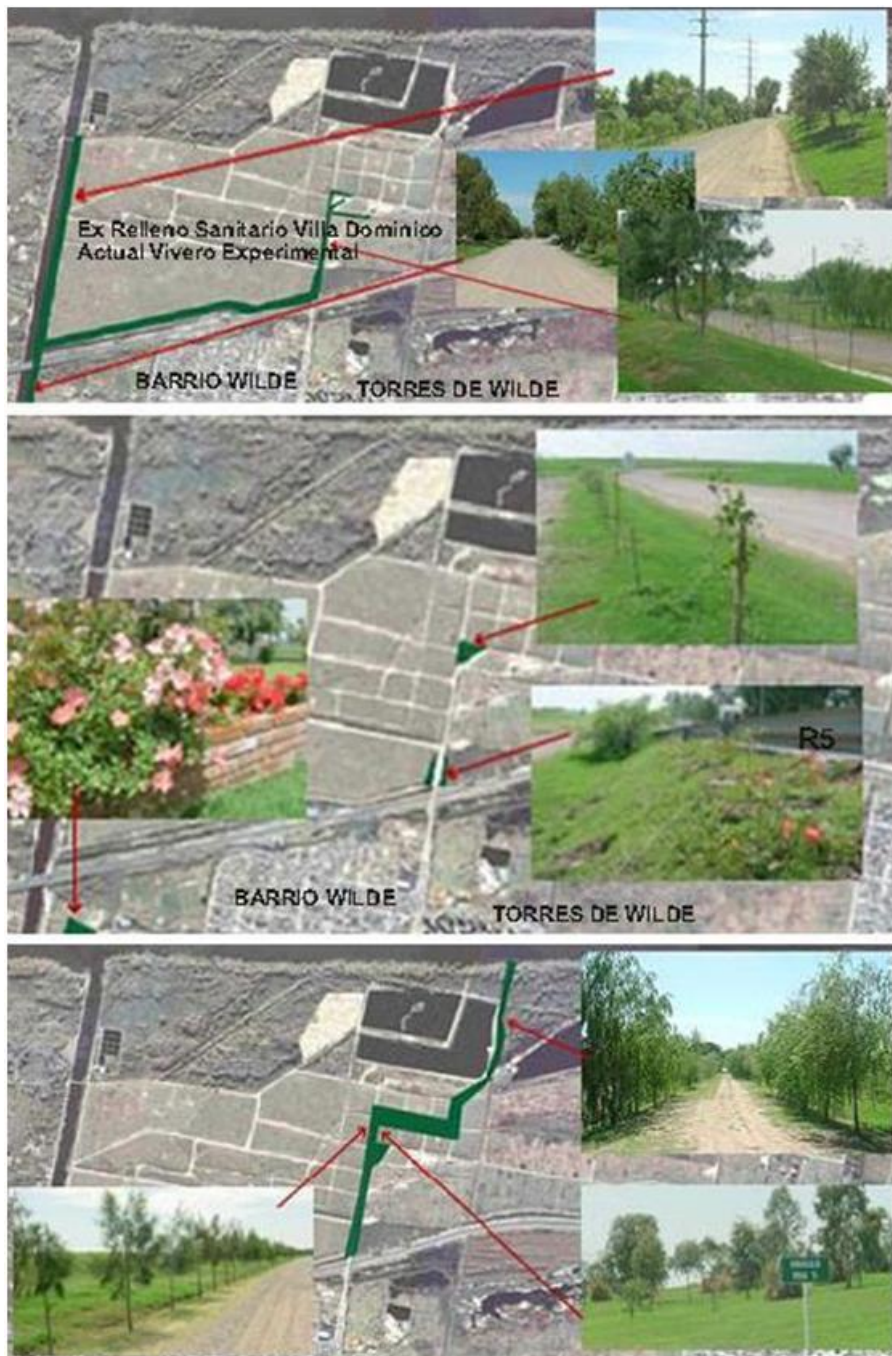
Fuente: Análisis Espacial, DGSA

Mapa 61. . Localización del ex relleno sanitario de Villa Domínico.



Fuente: Análisis Espacial, DGSA

Ilustración 1. Ex relleno sanitario de Villa Domingo (hoy Vivero Experimental)



Fuente: Análisis Espacial, DGSA

5. Los EMPRENDIMIENTOS URBANÍSTICOS.  
Algunas propuestas de desarrollos urbanísticos para la zona y los conflictos ambientales del entorno.

Ilustración 2. Proyecto de nueva urbanización sobre el ex relleno sanitario de Villa Domínico "Nueva Costa del Plata". Master Plan



Fuente: Análisis Espacial, DGSA

Ilustración 3. Proyecto de nueva urbanización sobre el ex relleno sanitario de Villa Domínico "Nueva Costa del Plata". Maqueta



Fuente: Análisis Espacial, DGSA

Ilustración 4. Proyecto de nueva urbanización sobre el ex relleno sanitario de Villa Domínico “Nueva Costa del Plata” y la situación ambiental del entorno.



Fuente: Análisis Espacial, DGSA

## V.2. Anexo 2: El relleno sanitario

Antecedentes.

### Cuando Villa Domínico colapsó.

El centro de disposición final Villa Domínico es el relleno sanitario más grande del país, fue desactivado progresivamente, hasta que el 31 enero de 2004 cerró definitivamente. En un acto en el que participaron las autoridades del CEAMSE, locales, provinciales, asociación de vecinos y empresas concesionarias se dio por terminada la actividad dentro del relleno. Sin embargo, hasta ese momento, bastante agua había corrido debajo del puente.

Fue el relleno que en el año 2002 puso sobre la mesa a los residuos, y el problema en el que se habían transformado, cuando los vecinos de la zona se movilizaron, realizaron piquetes para impedir el ingreso de los camiones repletos de basura y terminaron poniendo en discusión el trabajo del CEAMSE.

Villa Domínico comenzó a funcionar en abril de 1979 y significó la erradicación de los basurales clandestinos de la zona sur: Wilde, Lanús, Lomas, San Nicolás y el gran vertedero del Bajo Flores (Ciudad de Buenos Aires). En su casi cuarto de siglo de vida útil como relleno, y a lo largo de más de 500 ha distribuidas entre Avellaneda y Quilmes, recibió aproximadamente 47.600.000 toneladas de residuos generados en la Ciudad de Buenos Aires, Berazategui, Avellaneda, Quilmes, Almirante Brown, Florencio Varela, Lanús y Lomas de Zamora.

La fecha original prevista para el cierre era el año 1998, fecha que las autoridades del CEAMSE extendieron sucesivamente. Hoy aseguran que podría seguir activo, operando, que le sobra capacidad y espacio. Sin embargo ellos mismos convocaron a una audiencia pública y determinaron el cierre del relleno, entre otras razones, porque quedó enclavado en medio de una zona densamente poblada.

La movilización social comenzó en 1999, cuando un grupo de madres que viven en el complejo Torres de Wilde, ubicado a 200 metros frente al relleno, advirtió la aparición de enfermedades oncoematológicas, leucemia y linfomas nofocus, desconocidas hasta ese momento en el complejo, al menos en forma tan numerosa. Fue en la sala de primeros auxilios del lugar donde, a raíz del incremento de la colocación de una vacuna, comenzaron a preocuparse. Otro dato que inquietó a las madres fue el aumento de los pedidos por enfermos, todos los domingos durante las misas, en la capilla del complejo. En ese año, un total de 20 personas, entre chicos y adultos, con edades entre 5 y 70 años, estuvieron internadas por enfermedades oncoematológicas, con períodos de alta y baja médica. De los 20 enfermos, 10 fallecieron y 10 hoy padecen la enfermedad, en estado de remisión.

Fue una de las madres, llegó hasta Fundaleu con los análisis de su hijo enfermo buscando alguna respuesta, la que dejó la primera pista: la enfermedad podría estar relacionada con tolueno y benceno. A partir de ahí un grupo de madres empezó a buscar información, navegando en Internet, consultando especialistas, hasta que dieron con una investigación del CEAMSE, publicada en 1997, que describe 197 tipos de gases que emanan de los rellenos sanitarios, y que cataloga 10 como altamente cancerígenos. Entonces empezaron a mirar hacia Villa Domínico, consultaron especialistas y organizaciones de salud y medio ambiente.

Finalmente, profesionales del Centro de Investigación de Medio Ambiente de la Universidad de La Plata indicaron que podría ser posible que el origen de las enfermedades estuviera relacionado con un incendio que se produjo en el relleno de Domínico un mes antes que comenzara el brote, un incendio cuyo foco principal se extendió durante 15 horas y que demoró 10 días en extinguirse. Los gases cancerígenos, al ser sometidos a temperaturas elevadas, se vuelven 1000 veces más cancerígenos y enfermaron a aquellas personas predispuestas genéticamente. No todos los chicos se

enfermaron, algunos sufrieron problemas respiratorios, sangrado de nariz, alergias, cuadros frecuentes en la sala de primeros auxilios de las Torres.

Fueron estas madres las que comenzaron las marchas que terminaron en piquetes en la entrada del relleno, primero solas y después apoyadas por el gobierno local, la Asamblea de Wilde y otras organizaciones locales. Participaron en cortes nocturnos en el acceso al relleno, porque los residuos llegan durante la noche, y de escraches en la casa de los funcionarios de turno. En el 2001 hicieron una presentación judicial conjunta en la Fiscalía de Lomas de Zamora para que se investigara al CEAMSE, y además varias de ellas, en forma individual, llevaban adelante el juicio contra el CEAMSE por daños y perjuicios.

Pero no todos los vecinos del complejo piensan igual. Si bien muchos las apoyaron y las apoyan, otros, por suerte los menos, piensan que toda esta situación devalúa sus propiedades. Este grupo de mujeres no ha recibido ni recibe ningún tipo de apoyo del gobierno. Marcela Adriani, una de las madres, recordó que "en ningún momento se acercó ninguna autoridad. Presidentes anteriores del CEAMSE nos quisieron como coimear, entre comillas ¿no? Cada vez que salíamos a ser una marcha nos llamaban por teléfono para qué vayamos, que querían colaborar económicamente con nosotros, y decíamos no, vamos a seguir saliendo a la calle, no queremos colaboración económica, queremos que paren de hacer esto, que paren de contaminar, que se den cuenta de lo que están haciendo. Eso fueron los Presidentes anteriores, porque desde que empezamos nosotros hubo cuatro presidentes distintos en el CEAMSE, en cinco años hubo cuatro distintos. Con las madres se reunieron el año pasado las entonces nuevas autoridades del CEAMSE, el presidente Carlos Hurst a la cabeza, a quien le reconoce la apertura del relleno y la facilitación de la información.

La primera meta de las madres fue impedir que el relleno siguiera operando, y la segunda en la que están trabajando es en remediar lo que ellas llaman "el pasivo ambiental" originado por el relleno: quieren que se instale una planta de captación del gases, para que no sean más ventilados a la atmósfera y que se recolecten y traten correctamente los lixiviados. Con ellas también se reunieron los ejecutivos de Van Der Wiel, una empresa holandesa que desde octubre de 2003 trabajan en un sistema de desclasificación, para capturar y procesar algunos de los gases del relleno sanitario de Villa Domínico.



### Domínico y el Protocolo de Kyoto.

La de Villa Domínico es la primera obra de desclasificación en la Argentina. La actividad de esta empresa se enmarca en el protocolo de Kyoto, suscripto por 120 países en 1997 durante la Cumbre de cambio Climático de Naciones Unidas, y que compromete a los estados firmantes a trabajar para reducir la emisión de gases que provocan el efecto invernadero, causante del calentamiento terrestre.

Los países desarrollados integran el Anexo I y son los que se comprometieron a reducir sus emisiones de gases en un 5% en el período 2008-2012. Posteriormente a la firma del Protocolo se autorizó a los países en vías de desarrollo (no Anexo I) a que contribuyan con las Naciones del primer mundo en las tareas de reducción de gases. Argentina adhirió al Protocolo como país no Anexo I, y ofreció los rellenos sanitarios de la región para la captura de gases contaminantes.

Los estados desarrollados (menos Estados Unidos y Rusia: las últimas novedades indican que el mes pasado Vladimir Putin, giró el documento a sus ministros para que lo estudien y en su momento George Bush declaró que nunca lo firmará) convocaron a sus empresas para cumplir con el compromiso asumido en Kyoto, y desde entonces obligan a esas firmas a cambiar de tecnología para reducir la contaminación o utilizar Mecanismos de Desarrollo Limpio (MDL). Entre otras acciones, puede financiar proyectos de captura de gases en países en vías de desarrollo.

El contrato entre la empresa Van Der Wiel y el CEAMSE es por 10 años (tiene cero costo para el ente) y en ese lapso la empresa se comprometió a invertir 8 millones de euros. Como el objetivo de esta política internacional es reducir la emanación de gases que provocan el efecto invernadero, se creó un mercado para estos “bonos de carbono”, los certificados internacionales que acreditan la reducción de gases. Por cada tonelada de metano o su equivalente en anhídrido carbónico (21 t) capturadas, es decir, quemadas, la empresa obtendrá un bono verde para acreditar la reducción de emisiones de carbono. La Unión Europea decidió que desde el 1 enero de 2005 comenzará a funcionar la compra-venta de bonos de carbono para premiar de esa forma a las industrias más eficientes. Sólo podrán participar del mercado de la energía limpia aquellos países que hayan suscripto el Protocolo de Kyoto.

Van Der Wiel espera que la planta instalada en Domínico capture 6,36 t de metano, que redundarán en la misma cantidad de bonos de carbono. Para trabajar utiliza cierta

tecnología que incluye una red de tuberías y pozos que extraen el gas del relleno y lo transportan hasta antorchas quemadoras, que queman el gas a una temperatura de 1200 °C. El proyecto está en su fase piloto, y aún falta un proceso de acreditación y certificación de los resultados para que puedan funcionar en un esquema “uno en uno”. Según el Departamento de Comunicación de la Empresa la evaluación del proceso es positiva.

Además del trabajo de los holandeses, en Villa Domínico se están realizando las tareas relativas a la etapa post cierre, tarea que se divide en varios programas como monitoreo ambiental, mantenimiento y participación. Según el CEAMSE se han realizado 30.171 análisis en los 37 pozos de monitoreo de las aguas subterráneas, 16.952 al acuífero Pampeano y 13.219 al Puelche y según información del sitio web del ente “no se han verificado evidencias estadísticas que indiquen que relleno sanitario de Villa Domínico haya contaminado los acuíferos por filtración de lixiviados”.

Sin embargo, en agosto pasado, Greenpeace tomó dos muestras de líquido del lixiviado emergente, en un módulo ubicado dentro del sector de Dock Sud en el centro de disposición final de Villa Domínico. Este módulo, de ocho hectáreas aproximadamente, se trata de uno de los más antiguos, se estima que debe tener más de 10 años, tiene una altura relativamente baja y su superficie está cubierta de vegetación. Está ubicado a 250 metros de la Autopista Buenos Aires La Plata, a 25 metros del Arroyo Sarandí, que aguas abajo desemboca en el Río de la Plata, a unos cientos de metros de la toma de agua de la Empresa AySA. Las muestras fueron analizadas por el Centro de Investigaciones para el Medio Ambiente (CIMA) de la Universidad de La Plata y arrojaron resultados tales que para algunos parámetros, estos lixiviados superan los límites permitidos para vertidos a cursos de agua.

Tabla 7. Tóxicos del lixiviado emergente de Dock Sud, Villa Domínico.

Parámetro	Muestra 1	Muestra 2	Descarga límite admitida según el Anexo II de la Resol. 336/03
Mercurio (mg/l)	0,005	0,0001	0,005
Cromo total (mg/l)	3	0,5	2

Cadmio (mg/l)	0,04	0,02	0,1
Plomo (mg/l)	2,5	0,3	0,1
Zinc (mg/l)	4,3	1,2	2,0
Pesticidas (mg/l)	0,00001	0,00001	0,05
Hidrocarburos (mg/l) totales	2,8	1,8	30
Compuestos fenólicos (mg/l)	0,1	0,1	0,5
PCBs (mg/l)	0,07	0,005	No contemplados en estas normas

Los efectos sobre la salud de los tóxicos identificados en las muestras en valores más elevados incluyen por ejemplo en el caso del plomo lesiones irreversibles en el Sistema Nervioso Central, anemia, reducción de la inteligencia y lesiones renales graves; en el caso del zinc, vómitos, náuseas y retorcijones, anemia y lesiones pancreáticas; en el caso del cromo produce cáncer, úlcera estomacal, daños renales y hepáticos, irritación gastrointestinal y daños en la piel; en el caso del mercurio produce alteraciones del Sistema Nervioso Central, renales y del hígado (entre otras).

Tanto las madres de las Torres de Wilde como las demás organizaciones locales tienen reservas respecto al trabajo de Van der Wiel. “Nosotros estamos tratando de presionar para que funcione, para que se acuerden de la gente, no solamente de la plata. Y que si no es ésta que no pierdan tiempo, que sea otra, pero que no dejen pasar el tiempo. Hay mucho lixiviado en el relleno que emana por todas las montañas, es increíble la cantidad que hay.”

“Son grietas en las montañas, bajan las lagunitas del lixiviado, y lo único que se hace es volver a tapar, pero revienta por otro lado por qué no termina nunca”, describe Marcela.” Tampoco queremos patear el problema otra localidad, o sea que lo que podemos hacer es tratar de que esto se mejore para el bien de todos y nadie pase lo mismo que pasamos, no queremos que ninguna mamá atraviese lo mismo que pasamos nosotras y si lo podemos evitar dando charlas.” Marcela cuenta que las llaman de otras localidades, generalmente vecinos preocupados ante un anuncio de posible instalación de una planta de transferencia o de un relleno sanitario. “Nadie piensa que le va a tocar hasta que le toca, quién iba a pensar que tuve que estudiar un montón, y que aprendí tantas cosas y tantos gases y tantos nombres científicos que nos pusimos a investigar, aprendimos un

montón de cosas que no teníamos ni idea, cuando empezamos sentíamos que éramos un puntito ante un monstruo grande, pero con la persistencia, la lucha, las marchas, la unión de los vecinos, la difusión, que se tome conciencia, fuimos logrando que por lo menos se cierre el relleno, sentimos que sentamos precedente porque todas las localidades que saben que quiere ir el CEAMSE en seguida nos llaman y nos preguntan cómo es, si es seguro, si no es seguro, que contemos cómo es el tema, como son las bases de los pliegos. La gente tomó conciencia, no sólo la gente de Avellaneda o Quilmes, sino a nivel nacional porque por lo menos nos llaman para informarse y estar al tanto de lo que pasa". Ella reconoce que se volvieron expertas en el tema, sabe de experiencias exitosas de tratamiento integral de los residuos que incluye separación en origen y reciclado, hace hincapié en la importancia de educar a la población, recomienda leer detenidamente los pliegos de licitación del CEAMSE y no deja de destacar que los ingresos del ente provienen de la cantidad de basura que entierra.

#### El trabajo de la Asamblea de Wilde y de la Asociación Ambiente Sur.

Una de las organizaciones que más eco se hizo del reclamo de las madres y las acompaña en su trabajo en la Asamblea de Vecinos de Wilde, que se formó entre el 19 y el 20 diciembre 2001. En su comienzo tuvo una participación numerosa, como todas las asambleas, que fue disminuyendo con el tiempo, hasta que parecía que iba a desaparecer. Pero gracias a la iniciativa de algunos vecinos, sigue funcionando haciendo foco en las cuestiones locales. Creen en la construcción de las organizaciones y, si bien no descartan posibles acuerdos para generar alguna política común con funcionarios o secretarías puntuales, prefieren el control local en la ejecución de planes y la utilización de recursos.

En marzo de 2004 realizaron en la Escuela de Educación Media Nº 2 de Wilde el primer Congreso Nacional sobre Manejo Integral de Residuos Urbanos que fue declarado de interés legislativo por la Honorable Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires e incluso una visita al relleno sanitario de Villa Domínico. El trabajo se realizó en mesas temáticas: disposición final, remediación y recuperación de la costa, reducción reciclado y disposición de basura; medio ambiente y salud y medio ambiente y educación. Entre las conclusiones del Congreso figura la exigencia de disolución del CEAMSE, por considerarlo un ente "enterrador" y no "tratador" de residuos, y los señalan como responsables de la contaminación de la zona.

Los integrantes de la Asamblea consideran que tanto las empresas como los funcionarios responsables de lo que consideran el mal funcionamiento de los rellenos deben ser castigados, que se deben desarrollar acciones en pos de la remediación y que las familias afectadas deben obtener una reparación económica. Realizaron distintas acciones: acompañaron a las madres durante los piquetes en el camino de ingreso al CDF de Domínico, realizaron estrategias en la casa de funcionarios del ente y empresas contratistas y suelen estar en contacto con otras organizaciones que trabajan el tema, sean o no de la zona.

En algún momento también tuvieron problemas con la gente que, al igual que los rellenos activos, vive de hurgar en la basura. Sucede que suelen depositar residuos en buen estado, pero que no pueden ser comercializados. Eduardo Bazzano y Natalia Ratchef, integrantes de la Asamblea de Vecinos, cuentan que una de las compañeras de la Asamblea, maestra, pidió entre sus alumnos firmas para realizar una acción contra el CEAMSE. Ante la negativa de sus alumnos, preguntó por qué. Y los chicos respondieron que van al basurero a buscar cosas. Uno de ellos, orgulloso, mostró sus zapatillas. Avellaneda es uno de los distritos más contaminados de la región. Natalia y Eduardo cuentan que los chicos que viven en los barrios más humildes, cercanos a los focos de contaminación, tienen enfermedades en la piel que parecen sarna pero no lo es (aunque se cura con un remedio para la sarna) y por eso los chicos son suspendidos de la escuela, y que los mismos médicos del Hospital local reconocen esta situación puertas adentro del consultorio pero que no lo certifican. Y hablan de problemas respiratorios, producto también de la contaminación ambiental. Una de las cosas que ha usado sobre todo el CEAMSE es la excusa de que Avellaneda tiene muchos focos de contaminación, entonces cuando uno los acusa de contaminar dicen que es el otro, por ejemplo el polo petroquímico. Y cuando vas al polo petroquímico te dicen que son los del CEAMSE y los dos juntos te van a decir que son las industrias que quedaron marginales, lo que quedó de la industria, comenta Eduardo.

Con respecto a los trabajos que se están realizando actualmente en Villa Domínico, realizaron consultas sobre el tema y no cree en que la empresa Van der Wiel pueda reducir los olores que salen del relleno, aunque sí la cantidad de gases que producen el efecto invernadero.

Eduardo explica: “reclamamos el cierre del CEAMSE, del cambio de la política en general, queremos un recambio de la política porque a mí que hoy saquen el vaciadero de acá, y que lo abran a 150 km no me sirve de nada, porque es trasladar el problema del lugar y lo que hemos pedido a todos los organismos es que se tome una nueva política respecto a la basura. Incluso temas como el reciclaje, la reducción de la basura, que es un problema nacional, y el recupero, las tres R, son centrales para nosotros en la discusión y queremos que se apliquen con un organismo distinto al CEAMSE”.

Otra de las organizaciones que trabajan sobre la situación de Villa Domínico en la Asociación Ambiente Sur, formada en 1999 por gente que se venía trabajando en organizaciones ambientalistas y vecinalistas de Avellaneda, Quilmes y Lanús. Esta asociación está basada en Avellaneda y trabaja los problemas ambientales y de manejo del territorio que considera más graves y prioritarios: la presencia del polo petroquímico de Dock Sud y sus consecuencias, los espacios verdes en la costa de Avellaneda y Quilmes y los residuos.

Con respecto a Villa Domínico, desde que comenzaron a trabajar vienen denunciando diversas irregularidades que se producen dentro del relleno. Jorge Trevin, uno de sus integrantes, explicó que “Domínico tiene errores de diseño reparables, no hubo impermeabilización de los módulos desde la base, desde el año ´78 esa situación no se puede remediar en forma completa, se pueden hacer muchos trabajos de ingeniería para mejorar la situación que nosotros queremos que se den pero la situación de desastre es imposible remediar, no deberían haber obtenido la certificación ISO 14.000 pero lo obtuvieron, quisimos averiguar sobre la empresa que les dio la ISO 14.000, no tiene oficinas en Argentina, es una empresa alemana con la cual no pudimos comunicarnos y ese es el único certificado que extendió en el país. La Asociación Ambiente Sur ha realizado presentaciones en distintos organismos provinciales, nacionales e internacionales detallando sus denuncias las que acompañan con fundamentos técnicos. En julio de 2002 solicitaron por carta la intervención de la Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable en Villa Domínico, pidiendo que cesara la deposición de la basura en el predio, que se elaboraran diagnósticos de la situación ambiental y que se estudiara la posibilidad de remediar el daño ambiental causado por el relleno. En 1999, cuando el CEAMSE anunció la construcción de una planta de tratamiento de líquidos de lixiviados en el predio, Ambiente exigió la realización de la Evaluación de Impacto Ambiental

basándose en la Ley Provincial 11.723. Sin embargo, la evaluación se realizó con posterioridad a la construcción.

En 2000 iniciaron acciones legales contra el CEAMSE por la sesión que el ente hizo a la empresa Techint (adjudicataria de la operación del relleno entre 1978-1998) de 300 ha adyacentes al relleno de Villa Domínico. Según la presentación, el contrato incluía la sesión, por parte del CEAMSE, de espacios lesionados y deforestados a la empresa, no de espacios vírgenes. Si bien en ese predio, Syusa y Techint planea construir un emprendimiento inmobiliario privado, con amarras y puerto (ya que se trata de terrenos costeros) y Ambiente Sur pide que sean conservados como reserva natural, actualmente no se está realizando ninguna obra. La jueza que tuvo la causa en ese momento dictaminó que no había delito, que es CEAMSE como empresa privada podía disponer de sus tierras libremente. El problema es que CEAMSE cuando le conviene es el estado y cuando no le conviene son empresa. Así lo dictaminó la Doctora Ramons, diciendo que CEAMSE era dueño de hacer lo que quiera, de perder la plata que quiera. Pero la plata es la plata nuestra y las tierras son las tierras nuestras, argumenta Trevin.

El año pasado presentaron una causa por contaminación e incumplimiento de los deberes de funcionario público, en el fuero penal de Quilmes, después de visitar el relleno invitados por las nuevas autoridades. Se veían los exiliados corriendo por las zanjas perimetrales, yéndose a los cuerpos de aguas superficiales, vimos una montaña de basura en una zona donde hacía más de tres días que CEAMSE no trabajaba y la basura estaba expuesta, vimos tosqueras que son ilegales, vimos que había funcionarios de la municipalidad de Quilmes y le preguntamos si alguno había levantado un infracción por lo que vieron, ellos tienen poder de policía por la ley 11723 de la Provincia, y que nosotros sepamos no levantaron ninguna acta, delata Trevin.

Al igual que otras asociaciones, miran con recelo el trabajo de la empresa holandesa Van der Wiel, ya que consideran que es necesario implementar un proyecto integral que contemple no sólo los gases sino también los lixiviados y consideran que a la empresa le conviene que la situación se mantenga tal como se presenta hoy en el relleno, ya que la falta de extracción de los líquidos fomenta la producción de gases. En febrero de 2004 le enviaron una carta firmada el director de la empresa, manifestando justificando su

posición y en abril también enviaron una nota a la Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable de la Nación, expresando porque consideran inviable el proyecto.

Están de acuerdo con una política integral para la gestión de residuos, que contemple la recuperación y el reciclado y consideran que CEAMSE no debe seguir existiendo como organismo, ya que consideran que ha realizado una gestión catastrófica en términos ambientales, y en cuanto a la planificación del territorio (por la expropiación y cesión de tierras). Para Ambiente Sur la basura es un tema de competencia municipal; según Trevin generalmente los municipios van a tender a ser una planificación regional por una cuestión de mayor eficiencia. Habrá municipios que podrán ofrecer cosas que otros no tienen pero eso es una cuestión casi de aplicar ciertas reglas básicas del mercado a la planificación, los municipios deberían negociar entre ellos como van a manejar el tema de la basura y si algún municipio va ser receptor de basura de otro tendrá que negociar qué ventajas va tener a cambio y de esa forma los costos y los beneficios se van a distribuir de una forma más eficiente.

Situación actual.

Según el sitio web del CEAMSE, actualmente el relleno se encuentra en la etapa de post cierre. En él se realizan: A. Programas de Control, B. Planificación y diseño de uso del terreno y C. Vivero experimental. D. Proyecto de nueva urbanización “Nueva Costa del Plata”.

Sin embargo, actualmente, se observa una presunta actividad en el relleno reconocida a través de la observación de imágenes proporcionadas por el programa Google Earth. Esta fuente consultada brinda, a nivel visual, ciertas zonas diferenciadas en el predio de Villa Domínico semejantes a áreas de acopio de “residuos compactados” o similares, localizados contiguos a los recorridos efectuados por los camiones recolectores del CEAMSE utilizados para brindar el servicio de higiene urbana.

A continuación se describe sintéticamente cada etapa:

A. Complejo Ambiental Villa Domínico (en Etapa de post cierre) – Tareas de control.

Programa de control ambiental

- Monitoreo de aguas subterráneas
- Monitoreo de aguas superficiales



- Monitoreo de napa freática incluido en el Contrato con el Instituto Nacional del Agua (INA)
- Monitoreo de emisiones gaseosas y calidad de aire
- Monitoreo de la biota (convenio con la UNLP – Facultad de Ciencias Naturales y Museos)
- Análisis de Lixiviados
- Captación y transporte de líquidos lixiviados
- Tratamiento de líquidos lixiviados

Programa de mantenimiento

- Conservación de la capa de cobertura de los residuos
- Conservación de los drenajes y escurrimientos
- Conservación de la trama vial
- Corte de césped de los módulos

Programa de forestación y parquización

- Implantación de especies seleccionadas
- Mantenimiento y cuidados culturales
- Pauta de trabajo de acuerdo a experiencia de investigación Convenio CEAMSE-UNLP (Facultad de Ciencias Agrarias y Forestales)

B. Además en la Etapa siguiente se contempla:

La Planificación y diseño del uso del terreno con:

- Planta de tratamiento de líquidos lixiviados
- Tratamiento del líquido lixiviado que permita su descarga en cursos superficiales de agua de acuerdo a normas de vuelco de AGOSBA. Capacidad de tratamiento: 600 m<sup>3</sup>/día
- Tratamiento de Gases / Mecanismo para un desarrollo limpio

Proyecto. Desarrollador del proyecto: Van Der WielStortgas BV (Holanda):

- Proyecto presentado: Sistema de captación: tubos mixtos de captación vertical y horizontal.
- Período: 2005-2014

Tratamiento. Incineración de gases mediante 3 antorchas de llama oculta diseñadas para manejar un rango de flujo de 400-2000 Nm<sup>3</sup>/h por antorcha. La temperatura alcanzada es de 1.200 grados y se mantiene por un período de .03 segundos.

- Toneladas de residuos alcanzadas: 39.518.035 tn

- Antigüedad de los residuos: de 2 a 26 años
- Hectáreas de Relleno Sanitario afectadas: 290 Ha
- Toneladas de CO2 equivalente totales: 5.300.000 Tn

Sistema de captación de lixiviados. El proyecto contempla como sistema asociado la captación mediante pozos verticales mixtos (lixiviado y gas) y transporte de lixiviado a planta de tratamiento.

### C. Vivero Experimental Ing. Forestal José Luis Giannoni (Villa Domínico)

El vivero se encuentra sobre el Relleno Sanitario, donde se realizó una nivelación con tosca a fin de mejorar el escurrimiento del agua. En la actualidad tiene una superficie de 10.300 m<sup>2</sup> con riego por aspersión en gran parte de la superficie de canchas de cría. Hay otros 9.000 m<sup>2</sup> disponibles para futuras ampliaciones.

Desde el año 1992 CEAMSE produce especies para la revalorización paisajística de los módulos terminados de sus rellenos sanitarios, pero en el año 2005 se trasladó el vivero al Complejo Ambiental Villa Domínico y comenzó una nueva etapa basada en la experimentación sobre terrenos rellenados.

Originalmente el vivero era exclusivamente forestal, pero con el tiempo se fueron incorporando arbustos y herbáceas (gramíneas, bulbosas, suculentas, florales, de interior, etc.) como así también especies nativas no multiplicadas por los viveros comerciales pero de gran importancia por su aporte a la biodiversidad como el *schinuslongifolia* o molle, ejemplo de especie de la provincia biogeográfica pampeana que predomina en la región rioplatense.

En cada uno de los trasvasados se incorpora como parte del sustrato Compost producido en la planta de compostaje del Complejo Ambiental Norte III, a fin de reducir la utilización de tierra negra (humus).

El vivero es controlado por SENASA (Servicio Nacional de Sanidad Agroalimentaria) y por INASE (Instituto Nacional de Semillas).

Actualmente cuenta con aproximadamente 200 especies y un stock de 50.000 ejemplares. La producción del vivero se destina principalmente a la parquización y ornamentación de distintos predios de CEAMSE, aunque también se realizan donaciones destinadas exclusivamente a la parquización de predios de fundaciones y asociaciones civiles de ayuda a sectores sociales vulnerables, en el marco de distintos proyectos de responsabilidad social empresaria.

#### D. Proyecto de nueva urbanización “Nueva Costa del Plata”

Se recopilaron a continuación algunas opiniones de agrupaciones ecologistas sobre la urbanización en la zona de reserva (Ex relleno sanitario de Villa Domínico, hoy Vivero Experimental) cuyo proyecto pertenece a la Empresa Techint, quien define el emprendimiento expresando: “el Proyecto Nueva Costa del Plata es un nuevo espacio urbano con todos los usos y servicios necesarios para la vida en comunidad, emplazado en un escenario natural caracterizado por la riqueza de su flora y fauna. Se ubica en el kilómetro 12,5 de la autopista La Plata, al borde del Río de La Plata, en la jurisdicción de los municipios de Avellaneda y Quilmes.

Un nuevo concepto de ciudad está surgiendo frente al Río de La Plata.

Nueva Costa del Plata contempla el desarrollo de 5 km de costa, con equipamiento residencial, comunitario, comercial y educativo. De las 220 hectáreas totales, sólo se construirá en un 25% (50 ha), cediendo el restante 75% (165 ha) para espacios públicos. Incluye la construcción de una nueva sede de la Universidad de Avellaneda.

Ciudad y naturaleza se unen en este importante desarrollo urbano de la región, distintivo por su diseño en materia de urbanismo, sustentabilidad ambiental e impulso para el crecimiento de la zona sur.

Debido al entorno de naturaleza privilegiado en el que se ubica el emprendimiento, el cuidado del medio ambiente y la protección de las especies autóctonas en la zona son prioritarios para el proyecto”.

El proyecto de Techint que amenaza a vecinos de Quilmes y Avellaneda. Publicado el 22 de Mayo de 2011. Por Manuel Alfieri

“La multinacional de Paolo Rocca planea un “Puerto Madero” sobre una reserva natural protegida. Ecologistas y vecinos se oponen. Y, aunque falta el estudio de impacto ambiental, para la empresa no está en duda su realización.

En la ribera de las ciudades de Quilmes y Avellaneda, donde existe una inmensa reserva natural protegida y donde la pobreza y las necesidades básicas insatisfechas alcanzan a grandes sectores de la población, el Grupo Techint pretende crear una suerte de “Puerto Madero” del Conurbano Bonaerense. El ambicioso megaproyecto inmobiliario, bautizado Nueva Costa del Plata, procura instalar lujosos hoteles, restaurantes, comercios de todo tipo y hasta una sede de la Universidad de Avellaneda. Pero lo que Techint ve como una supuesta “ciudad abierta al público”, a los ojos de ambientalistas, organizaciones vecinales y legisladores constituye un multimillonario negocio privado e ilegal, que sólo beneficiará económicamente a la multinacional de Paolo Rocca. Y que, al igual que el

ostentoso Puerto Madero original, aumentará las desigualdades, erradicará a las familias humildes del lugar y tendrá graves consecuencias ambientales”

Según opiniones de ambientalistas <http://proyectonuevacostadelplata.blogspot.com.ar/18/01/2011> expresan:

“Mención aparte merece el contundente ataque a la cuestión del impacto ambiental, teniendo en cuenta que para la construcción de semejante emprendimiento se necesita, entre otras cosas, elevar la cota del río en 4,75 mts., con lo que Avellaneda quedaría a merced de grandes inundaciones. Los edificios que se proyectan harán las veces de una gran muralla que impedirá el ingreso de los vientos provenientes del sureste (alisios). Los líquidos lixiviados (sustancias líquidas que segregan los residuos enterrados) y los gases que emana el relleno sanitario por falta de tratamiento de la Ceamse, constituyen un problema irresuelto, que lejos de acercarse a la solución, acercarán contaminación a quienes pretendan cimentar su futuro en tales condiciones. Otro tema conflictivo a tener en cuenta, es la afectación de la flora y fauna en riesgo de extinción, al que agregaríamos otro factor negativo como lo es la destrucción de la reserva ecológica de nuestra ciudad, contribuyendo de esta manera a la contaminación que subyace y que se incrementará al desaparecer el último gran pulmón verde de la región”.

Avellaneda. Clarin.com 10/06/2013

“Las obras para edificar el megaemprendimiento inmobiliario Costa del Plata, en la ribera de Avellaneda y Quilmes, seguirán interrumpidas. La Justicia, haciendo lugar a un recurso cautelar presentado por grupos ambientalistas, prorrogó la suspensión de los trabajos.

El juez federal de La Plata, Alberto Recondo, fue quien ratificó y amplió la medida de no innovar tras realizar una inspección ocular en el área en conflicto, con la presencia de todas las partes involucradas. El reconocimiento en zona permitió al magistrado ampliar los alcances de la orden de paralización de las obras, que se extenderá hasta que culmine el litigio judicial.

A principios de este año, la Asamblea en Defensa de la Costa Avellaneda–Quilmes, junto a otras organizaciones vecinales, presentó una acción judicial contra la empresa Inversiones Urbanas Nuevos Milenio S.A. (una firma del Grupo Techint), la provincia de

Buenos Aires y la Municipalidad de Avellaneda "para el cese y recomposición del daño ambiental ocasionado por el proyecto urbanístico".

El megaemprendimiento Nueva Costa del Plata está ubicado en el kilómetro 12,5 de la autopista Buenos Aires-La Plata. Allí la rezonificación de la zona ribereña fue aprobada por el Concejo Deliberante de Avellaneda en diciembre de 2008 (la votación fue de 17 a cinco y dos abstenciones) cuando el intendente era Baldomero Alvarez y Jorge Ferraresi ocupaba el sillón de Obras Públicas. En tanto que en Quilmes, el proyecto nunca se aprobó por lo que las obras no comenzaron".



## **RESULTADOS**

### **Informe de la Evaluación Integral de Salud en Áreas de Riesgo de Villa Wilde, partido de Avellaneda.**

Capítulo 6: Deterioro cognitivo en Adultos Mayores

ACUMAR

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD AMBIENTAL



## Contenido

1. Componente de adultos mayores: Deterioro cognitivo.....	4
1.2. Prevalencia de deterioro cognitivo y demencia en Argentina .....	4
1.2. Observaciones metodológicas .....	5
1.2.1. Instrumento diagnóstico para el cribado de deterioro cognitivo: Mini Mental State. Mini Mental State Examination de Folstein (MMSE): .....	5
1.2.2. Instrumento diagnóstico para evaluar el compromiso o impacto funcional .....	5
1.3. Cribado de Deterioro cognitivo y Demencia .....	5
1.3.1. Deterioro cognitivo:.....	5
1.3.2. Demencia: .....	5
1.4. Perfil sociodemográfico de la población de 60 años y más .....	6
1.4.1. Sexo y edad:.....	6
1.4.2. Nivel educativo: .....	8
1.5. Determinantes cognitivos y funcionales .....	10
1.5.1. Impacto Funcional: .....	10
1.5.2. Estratificación por punto de corte (PC) de sumatoria de MMSE en relación al impacto funcional: .....	11
1.6. Determinantes sociales del deterioro cognitivo .....	13
1.6.1. Estructura y tamaño del hogar. Formas de convivencia.....	13
1.6.2. Rol del adulto mayor en el contexto familiar .....	14
1.6.3. Situación de pobreza .....	15
1.7. Determinantes de accesibilidad previsional y al sistema de salud .....	17
1.7.1. Cobertura de salud .....	17
1.8. Factores de Riesgo .....	19
1.9. Conclusiones .....	21

## Índice de gráficos

Gráfico 1. Distribución de la población de adultos mayores según sexo y edad .....	7
Gráfico 2. Distribución de frecuencia de adultos mayores según edad.....	¡Error!

**Marcador no definido.**

## Índice de Tablas

Tabla 1. Grupos de edad de adultos mayores. Wilde, 2013. ....	7
Tabla 2. Promedios de MMSE según sexo. ....	7

Tabla 3. Estadísticos de la variable Edad.....	8
Tabla 4. . Promedios de Puntaje MMSE y Rangos.....	8
Tabla 5.Rango de años de escolarización.....	9
Tabla 6. Estadísticos de la variable Años de estudio. ....	9
Tabla 7. Estadísticos de la variable nivel de estudios .....	9
Tabla 8. Promedios de Puntaje MMSE y rangos de años de educación. ....	10
Tabla 9. Promedios de Puntaje MMSE y impacto funcional con deterioro cognitivo. .....	12
Tabla 10. Adultos mayores de 60 años Al menos 1 AVD instrumental, según sexo. .....	12
Tabla 11. Promedios de Puntaje MMSE y rangos etario .....	12
Tabla 12. Hogares por formas de convivencia .....	13
Tabla 13. Hogares por formas de convivencia y relación con MMSE.....	14
Tabla 14. Hogares por universo de estudio.....	14
Tabla 15. Jefes de hogar y deterioro cognitivo. ....	15
Tabla 16. Promedio del MMSE según NBI, estructura del hogar y deterioro cognitivo. ....	16
Tabla 17. Adultos Mayores que han trabajado al menos una hora .....	17
Tabla 18. Promedio del MMSE según cobertura.....	18
Tabla 19. Promedio del MMSE según si percibe jubilación o pensión .....	18
Tabla 20. Adultos Mayores que han consultado al médico en el último año. ....	19
Tabla 21. Adultos Mayores a quienes algún médico les comunicó que sufrían hipertensión .....	20
Tabla 22. Adultos Mayores a quienes algún médico les comunicó que sufrían diabetes. ....	20
Tabla 23. Adultos Mayores a quienes algún médico les comunicó que sufrían hipercolesterolemia.....	20
Tabla 24. Adultos que estuvieron internados el último año .....	20
Tabla 25. Adultos Mayores que presentaron tristeza .....	21



## 1. Componente de adultos mayores: Deterioro cognitivo.

### 1.2. Prevalencia de deterioro cognitivo y demencia en Argentina

Las demencias contribuyen con la mayor tasa de discapacidad entre todas las enfermedades.

En especial, América Latina, China e India mostraron un crecimiento demográfico de personas de edad avanzada y un marcado aumento del número de casos de demencia, sin precedente, siendo la enfermedad de Alzheimer la protagonista (El 50% de las demencias son de este tipo, sumado al 20% que es de origen vascular y el 20% que es mixto).

La prevalencia de la enfermedad de Alzheimer en América Latina indica que entre el 8.4% y el 19.7% de las personas con 60 años o más, especialmente mujeres, pueden padecer un problema cognitivo o demencia. La prevalencia de las demencias se duplica cada cinco años de edad.

La demencia se ha convertido en una creciente preocupación de salud pública en todo el mundo (OMS, 2012), y se espera que su incidencia siga en aumento, especialmente en los países en desarrollo.

Argentina es uno de los países con más alta tasa de envejecimiento de Latinoamérica. Según el censo 2010, en los últimos años se observó un incremento en la proporción de mayores de 60 años, que representan el 14,2% de la población total del país. El aumento de la expectativa de vida y el envejecimiento poblacional, han hecho que las demencias estén entre las patologías más prevalentes. En Argentina la prevalencia de demencia en general está estimada en 12.18 % en adultos mayores de 65 años, pero el estudio poblacional más importante realizado hasta el momento (Estudio CEIBO, su fase piloto en Cañuelas) encontró deterioro cognitivo en el 23 % de las personas mayores de 60 años. Los datos epidemiológicos sobre deterioro cognitivo en América del Sur son escasos.

En la Argentina en general y en la Cuenca Matanza-Riachuelo en particular no se encuentra información precisa que dé cuenta de los procesos de envejecimiento local y su relación con el deterioro cognitivo en personas 60 años y más. No existen en Argentina trabajos epidemiológicos completos con toda la información necesaria para la planificación de estrategias en Salud Pública.

### 1.3. Observaciones metodológicas

#### 1.3.1. Instrumento diagnóstico para el cribado de deterioro cognitivo: Mini Mental State Examination de Folstein (MMSE).

Versión original traducida al español y armonizada para los modismos rioplatenses (validada). El MMSE consiste en una serie de módulos que evalúan, memoria de corto y largo plazo, atención, lenguaje, y habilidad visuoespacial.

#### 1.3.2. Instrumento diagnóstico para evaluar el compromiso o impacto funcional

##### 1.3.2.1. *Actividades Básicas de la vida Diaria (ABVD).*

Síntesis del Índice de Katz (interroga la necesidad de ayuda al: vestirse, bañarse, comer, asearse, usar el baño, acostarse).

##### 1.3.2.2. *Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD):*

Síntesis de Lawton & Brody (interroga actividades de desempeño cotidiano como: manejo de dinero, hablar por teléfono, uso de transporte, etc.). (OPS/OMS, 2000.)

### 1.4. Cribado de Deterioro cognitivo y Demencia

#### 1.4.1. Deterioro cognitivo

Se considera población con probable deterioro cognitivo a aquella que cuenta con un puntaje de MMSE por debajo del punto de corte (PC) según edad y años de educación. El PC es de 24 puntos para un adulto mayor con una edad menor a 75 años complementados con una educación de 5 años o más. En el caso que la edad de 75 años o más y la educación menor a 5 años el punto de corte es de 22.

#### 1.4.2. Demencia

Se considera población con probable demencia aquella que además de estar por debajo del punto de corte, tiene impacto funcional cognitivo presente (requiere ayuda en al menos una AIVD y/o ABVD) y cambio en los dos últimos años.

## 1.5. Perfil sociodemográfico de la población de 60 años y más

### 1.5.1. Sexo y edad.

Del total de adultos mayores encuestados (235), 167/235 (71%) personas tenían menos de 75 años, y 68/235 (29%) tenían una edad mayor o igual a 75 años.

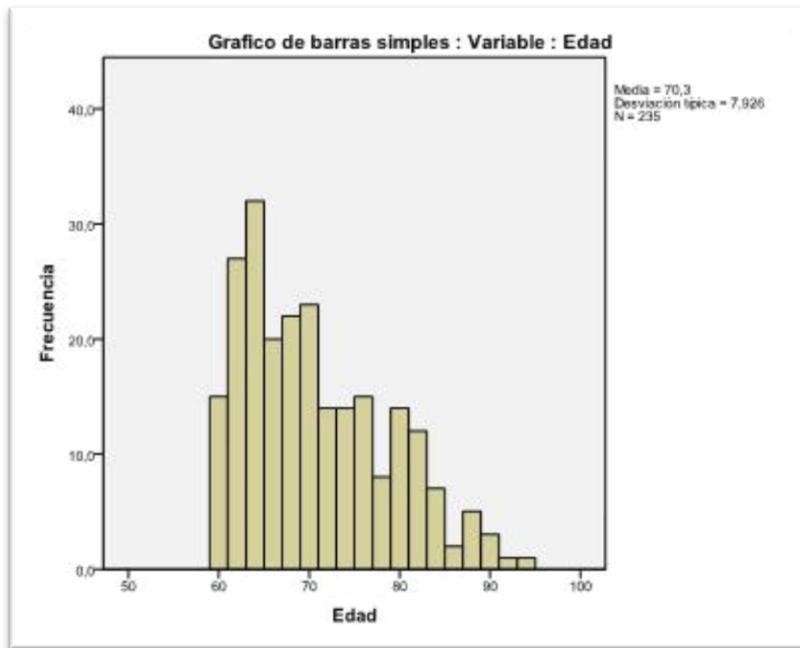
Según los datos del Censo 2010, el número de personas mayores de 60 años ascendía a 5.725.838, representando un 14,3% de la población total.

La proporción de los mayores de 80 años fue del 2,4%. La media observada de edad fue de 70,3 años (DE= 7,9 años) y la mediana de edad de 69 años.

El rango se determinó con una base de 60 a 93 años, con una diferencia de 33 años (rango etario de la población). El hecho que la mediana de edad sea de 69 años de edad, es relevante al momento de determinar el envejecimiento de la población evaluada que está claramente por debajo del punto de corte etario de 75 años. La relación del rango etario con el valor del MMSE es relevante en algunos casos, principalmente para el estudio global de la población abordada, ya que en los adultos mayores con un rango etario de 60 a 63 años el promedio de MMSE es de 25,78 puntos, mientras que en los que poseen 75 años o más el promedio es de 23,66 planteando una diferencia leve en el puntaje e indicando que la edad en esta población representa un factor muy importante en el rendimiento del MMSE y de la evolución de las funciones cognitivas.

La relación entre MMSE y el sexo del adulto mayor no ha demostrado francas diferencias, ya que el promedio de la suma de MMSE tiene una diferencia menor a un punto (Masculino 25,5 y femenino 24,9, diferencia 0.6), al contrario de lo marcado por su frecuencia, ya que en la población hay una moderada mayoría de adultos mayores del sexo femenino 83/235 (35,3%).

Gráfico 1. Distribución de la población de adultos mayores según sexo y edad



Fuente: DGSA, 2013

Tabla 1. Grupos de edad de adultos mayores. Wilde, 2013.

Rangos de edad	Recuento	Porcentaje
60 a 63 años	56	23,8
64 a 67 años	48	20,4
68 a 71 años	43	18,3
72 a 74 años	20	8,5
75 años y más	68	28,9
Total	235	100,0

Fuente: DGSA, 2013

Tabla 2. Promedios de MMSE según sexo.

Sexo	Media	N	Desv. típ.
Masculino	25,5	83	3,9
Femenino	24,9	152	5,2
Total	25,1	235	4,8

Fuente: DGSA, 2013

Tabla 3. Estadísticos de la variable Edad

<b>Edad</b>	
Recuento	235
Media	70,3
Mediana	69,0
Desviación típica	7,9
Mínimo	60,0
Máximo	93,0

Fuente: DGSA, 2013

Tabla 4. . Promedios de Puntaje MMSE y Rangos.

Rangos de edad	Media	Recuento	Desviación típica
60 a 63 años	25,78	56	4,60
64 a 67 años	26,11	48	3,83
68 a 71 años	25,72	43	4,09
72 a 74 años	24,50	20	4,89
75 años y más	23,66	68	5,66
Total	25,11	235	4,81

Fuente: DGSA, 2013

### 1.5.2. Nivel educativo.

Si se considera la cantidad de años de estudio en tramos alcanzados por el total de los adultos mayores (235), 82/235, el 34,9% posee menos de 5 años de educación. La media de educación es de 5,8 años. Es importante contrastar estos datos con los que arroja el censo INDEC 2010 con respecto a la educación de los adultos mayores en la Argentina, donde el 6% de la población adulta mayor es analfabeta. La población adulta mayor es la que presenta los niveles más bajos de educación formal debido a la falta de oferta educativa masiva en su juventud. Tomando como referencia el nivel educativo de la población estudiada 19/235 (8,1%) no poseen instrucción y 80/235 (34%) no completó la escuela primaria, lo cual tiene una relación directa con el bajo promedio de años de educación encontrado.

Tabla 5. Rango de años de escolarización

Rangos de N° años de estudio	Recuento	%
Menos de 5 años	82	34,9
De 5 a 7 años	106	45,1
De 8 a 12 años	32	13,6
Más de 12 años	15	6,4
Total	235	100,0

Fuente: DGSA, 2013

Tabla 6. Estadísticos de la variable Años de estudio.

Edad	
N	235
Media	5,8
Mediana	6
Desv. típ.	3,9
Mínimo	0
Máximo	20

Fuente: DGSA, 2013

Tabla 7. Estadísticos de la variable nivel educativo

Nivel Educativo	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
Sin instrucción	7	12	19
	8,4%	7,9%	8,1%
Primario incompleto	21	59	80
	25%	39%	34%
Primario completo	34	54	88
	41,0%	35,5%	37,4%
Secundario incompleto	14	9	23
	16,9%	5,9%	9,8%
Secundario completo	3	8	11
	3,6%	5,3%	4,7%
Terciario incompleto	1	2	3
	1,2%	1,3%	1,3%
Terciario completo	3	8	11
	3,6%	5,3%	4,7%
Total	83	152	235
	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: DGSA, 2013

Tanto la edad como el nivel de instrucción son factores de gran influencia en el rendimiento cognitivo. En este punto el bajo nivel de instrucción es desfavorable para el rendimiento cognitivo de los adultos mayores evaluados, observando que la media de años de instrucción es de 5,8 años, y que la población adulta mayor oscila entre 0 a 20 años de instrucción, lo que muestra la heterogeneidad de la misma.

La relación entre el nivel educativo y el resultado de la aplicación del MMSE muestra que en los adultos con menos de 5 años de instrucción el puntaje promedio obtenido fue de 22,36 puntos (ver tabla).

Luego se observa un incremento gradual del puntaje promedio del MMSE llegando en aquellos adultos mayores que tienen 12 años o más de instrucción a un promedio de 25,53 puntos, mostrando una diferencia de 3,17 puntos con el grupo de menos de 5 años de instrucción. En relación a los intervalos de educación descriptos a continuación, a excepción del intervalos (menor a 5 años de instrucción), el resto presenta un promedio por encima del punto de corte de 22 puntos del MMSE.

Tabla 8. Promedios de Puntaje MMSE y rangos de años de educación.

Rangos de años de instrucción	Media	Recuento	Desviación típica
Menos de 5 años	22,36	82	5,72
De 5 a 7 años	26,44	106	3,52
De 8 a 12 años	27,34	32	1,96
Más de 12 años	25,53	15	5,38
<b>Total</b>	<b>25,11</b>	<b>235</b>	<b>4,81</b>

Fuente: DGSA, 2013

## 1.6. Determinantes cognitivos y funcionales

### 1.6.1. Impacto Funcional

Según la evaluación realizada, 65/233 (27,9%) adultos mayores presentó impacto funcional, con una diferencia significativa en relación al sexo, siendo de predominio femenino. Todos estos adultos mayores presentaron algún grado de dependencia, pues requirieron de ayuda para realizar sus actividades cotidianas.

Si bien no se ha utilizado los mismos indicadores, es interesante comparar con los datos publicados del censo INDEC 2010 para la presencia de discapacidad en los adultos mayores a nivel nacional (discapacidad motora, del habla, visual, auditiva, mental).

Entre la población de las personas mayores la tendencia es: a mayor edad mayor prevalencia de la discapacidad. Así, mientras que el 37,3% de las personas mayores tienen alguna discapacidad, este porcentaje alcanza al 64% de los varones y al 60% de las mujeres de 90 a 94 años.

#### 1.6.2. Estratificación por punto de corte (PC) de sumatoria de MMSE en relación al impacto funcional

De un total de 233 adultos mayores, a los que se le aplicó el MMSE, 50/233 (21,45%) presentó un probable deterioro cognitivo al estar por debajo del punto de corte.

En forma complementaria del total de la población evaluada, se detectó que 42/233 (18%) adultos mayores presentaron una probable demencia (deterioro cognitivo con impacto funcional).

Tomando como referencia el rango etario, de los AM que poseen una edad igual o menor a 75 años, solo 28/170 (16,47%) presentó un probable deterioro cognitivo, mientras que en grupo de mayores de 75 años, el porcentaje de probable deterioro cognitivo fue mucho mayor 22/63 (34,92%), reflejando así la importancia del envejecimiento poblacional en el rendimiento cognitivo.

La estratificación de los puntajes del MMSE dentro de los AM con probable deterioro cognitivo (MMSE menor a 24), muestra que a menor rango de puntaje de MMSE la proporción del impacto funcional (probable demencia) se incrementó.

El nivel de instrucción, la edad y el compromiso funcional son tres variables que tienen una contingencia y asociación directa en los adultos mayores con un MMSE menor a 24 o 22 según corresponda (probable deterioro cognitivo): a menor nivel de instrucción y mayor rango etario, mayor es la probabilidad de tener un impacto funcional.



Tabla 9. Promedios de Puntaje MMSE y impacto funcional con deterioro cognitivo.

Tramos puntaje del MMSE		Impacto funcional		
		Si	No	Total
Mayor o igual a 24	Recuento	33	150	183
	% dentro de los tramos MMSE	18,0	82,0	100,0
De 20 a 23	Recuento	19	11	30
	% dentro de los tramos MMSE	63,3	36,7	100,0
De 10 a 19	Recuento	11	5	16
	% dentro de los tramos MMSE	68,8	31,3%	100,0
Menor o igual a 9	Recuento	2	2	4
	% dentro de los tramos MMSE	50,0	50,0	100,0
<b>Total</b>	<b>Recuento</b>	<b>65</b>	<b>168</b>	<b>233</b>
	<b>% dentro de los tramos MMSE</b>	<b>27,9</b>	<b>72,1</b>	<b>100,0</b>

Fuente: DGSA, 2013

Tabla 10. Adultos mayores de 60 años Al menos 1 AVD instrumental, según sexo.

Al menos un AIVD	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
Si	81	147	228
Ninguno	1	4	5
<b>Total</b>	<b>82</b>	<b>151</b>	<b>233</b>

Fuente: DGSA, 2013

Tabla 11. Promedios de Puntaje MMSE y rangos etario

Grupo etario	MMSE				Total
	Mayor o igual a 24	De 20 a 23	De 10 a 19	Menor o igual a 9	
75 años o menos	142	16	10	2	170
76 años o más	41	14	6	2	63
<b>Total</b>	<b>183</b>	<b>30</b>	<b>16</b>	<b>4</b>	<b>233</b>

Fuente: DGSA, 2013

## 1.7. Determinantes sociales del deterioro cognitivo

### 1.7.1. Estructura y tamaño del hogar. Formas de convivencia

La presencia o ausencia de pareja aporta información sobre el soporte emocional de los adultos mayores.

El familiar conviviente también es fundamental para brindar información acerca del desempeño cognitivo y funcional del adulto mayor.

La relación con un acompañante en el hogar puede impactar en forma positiva o negativa según sea un elemento de sobrecarga o de complemento al momento de la relación con un adulto en curso de deterioro cognitivo.

En relación a las formas de convivencia, 46/235 (19,57%) adultos mayores viven solos, con un promedio de MMSE de 25,31, 118/235 (50,21%) viven el pareja, con un promedio de MMSE de 26,17 y 71/235 (30,22%), con un promedio de MMSE de 26 viven con otras personas. Esto nos da una diferencia de 0,86 puntos en el MMSE entre el que vive solo y en pareja, siendo el primero el menor de los puntajes.

Tabla 12. Hogares por formas de convivencia

Deterioro	Estructura del hogar	N
No	Vive solo	34
	Vive en pareja	103
	Vive con otras personas	51
	Total	188
Sí	Vive solo	12
	Vive en pareja	15
	Vive con otras personas	20
	Total	47
Total	Vive solo	46
	Vive en pareja	118
	Vive con otras personas	71
	Total	235

Fuente: DGSA, 2013

Poniendo en relación estos datos con los del Censo Nacional de Hogares y Vivienda de 2010, 2.552.958 hogares de Argentina poseen un jefe/a de hogar con una edad de 65 años o más.

Tabla 13. Hogares por formas de convivencia y relación con MMSE

Deterioro	Estructura del hogar	Puntaje medio MMSE	N	Desv. típ.
No	Vive solo	27,36	34	1,9
	Vive en pareja	27,74	27,16	103
	Vive con otras personas	28,00	26,45	51
	Total	27,00	188	1,8
Sí	Vive solo	19,67	12	2,3
	Vive en pareja	20,93	18,33	15
	Vive con otras personas	20,36	15,85	20
	Total	17,62	47	5,6
Total	Vive solo	25,31	46	4,0
	Vive en pareja	26,17	26,03	118
	Vive con otras personas	26,00	23,46	71
	Total	25,11	235	4,8

Fuente: DGSA, 2013

La contención familiar es un factor importante que da la pauta de la capacidad de la respuesta que el adulto mayor puede dar a un plan terapéutico y/o de seguimiento.

Si se considera el tipo de hogar en el que vivía el adulto mayor se destaca que 46/235 (19,57%) de los hogares fueron unipersonales y 130/235 (55,31%) fueron hogares con familia completa, siendo este el que representa la mayor proporción.

Tabla 14. Hogares por universo de estudio

Tipo de hogar	Media	N	Desv. típ.
hogar unipersonal	1,00	46	0,00
hogar familiar no conyugal	2,73	11	0,90
familia completa	3,93	130	3
familia monoparental	4,0	47	2,2
Total	3,29	235	2,55

Fuente: DGSA, 2013

### 1.7.2. Rol del adulto mayor en el contexto familiar

Del total de 233 adultos mayores encuestados, 166/233 (71,24%) adultos mayores están a cargo de la jefatura del hogar. De los 166/233 adultos mayores que son jefes de hogar, 33/166 (19,87%) presentan un MMSE menor a 24 puntos, indicando un probable deterioro

cognitivo, mientras que 133/166 (80,13%) poseen un MMSE mayor o igual a 24 puntos en promedio (sin probable deterioro cognitivo), indicando de esta manera que la mayor parte de los adultos mayores que son jefes de hogares no presentaron deterioro cognitivo.

Tabla 15. Jefes de hogar y deterioro cognitivo.

Jefe de hogar	Puntaje del MMSE				Total
	Mayor o igual a 24	De 20 a 23	De 10 a 19	Menor o igual a 9	
Si	133	20	12	1	166
No	50	10	4	3	67
Total	183	30	16	4	233

Fuente: DGSA, 2013

### 1.7.3. Situación de pobreza

La relación entre la NBI y el grado de deterioro puede dar una pauta sobre las prioridades del hogar al momento de una adherencia al diagnóstico o al tratamiento.

De un total de 235 adultos mayores 141/235 (60%) tienen al menos una condición NBI. En ellos el promedio de puntaje total del MMSE fue de 24,55, mientras que en el grupo sin NBI 94/235 (40%) el puntaje fue de 25,95.

Aunque la diferencia entre ambos grupos es pequeña (1,4 puntos) el dato de relevancia se centra en que ambos grupos tienen un promedio superior al PC establecido de 24, mostrando un punto a favor al momento de establecer las características del hogar a favor o en contra de una adherencia o compliance en el seguimiento y tratamiento de los pacientes.

En los AM “con NBI y con probable deterioro cognitivo” el promedio de puntaje de MMSE fue de 18,21 puntos, mientras que en los AM “con NBI y sin probable deterioro cognitivo” el promedio de MMSE fue de 26,91 puntos, indicando una diferencia entre los AM con NBI con y sin probable deterioro cognitivo de 8,7 puntos, resaltando la importancia de las NBI en relación al deterioro cognitivo.

La condición de actividad del adulto mayor es un elemento esencial en relación a la capacidad de abastecer las necesidades del hogar, ya que su relación con la NBI y el grado de deterioro cognitivo demarca la posibilidad de adhesión a los planes terapéuticos.

De los 233 AM evaluados, 65/233 (27,89%) trabajó al menos una hora, de los cuales 9/65 (13,84%), poseen un probable deterioro cognitivo.

De los 233 AM evaluados, 168/233 (72,11%) no trabajó al menos una hora según refieren, de los cuales 41/168 (24,4%) poseen probable deterioro cognitivo.

La presencia de un “probable deterioro cognitivo” difiere si el AM trabajó o no al menos una hora últimamente, ya que hay un 10,56 % más de AM con “probable deterioro cognitivo en el grupo que no tuvo actividad laboral.

Tabla 16. Promedio del MMSE según NBI, estructura del hogar y deterioro cognitivo.

Deterioro	Necesidades Básicas Insatisfechas	Convivencia	Media	N	Desv. típ.
No	Sin NBI	Vive solo	28,29	7	1,11
		Vive en pareja	27,30	48	1,88
		Vive con otras personas	26,53	30	1,93
		Total	27,11	85	1,89
	Con NBI	Vive solo	27,12	27	1,99
		Vive en pareja	27,04	55	1,47
		Vive con otras personas	26,33	21	1,93
		Total	26,91	103	1,72
	Total	Vive solo	27,36	34	1,88
		Vive en pareja	27,16	103	1,66
		Vive con otras personas	26,45	51	1,91
		Total	27,00	188	1,80
Sí	Sin NBI	Vive en pareja	15,80	5	9,68
		Vive con otras personas	14,25	4	10,44
		Total	15,11	9	9,40
	Con NBI	Vive solo	19,67	12	2,27
		Vive en pareja	19,60	10	1,26
		Vive con otras personas	16,25	16	5,79
		Total	18,21	38	4,29
	Total	Vive solo	19,67	12	2,27
		Vive en pareja	18,33	15	5,59
		Vive con otras personas	15,85	20	6,66
		Total	17,62	47	5,63
	Total	Sin NBI	Vive solo	28,29	7
Vive en pareja			26,19	53	4,72
Vive con otras personas			25,09	34	5,41
Total			25,95	94	4,86
Con NBI		Vive solo	24,76	39	4,06
		Vive en pareja	25,89	65	3,06
		Vive con otras personas	21,97	37	6,46
		Total	24,55	141	4,70
Total		Vive solo	25,31	46	3,96
		Vive en pareja	26,03	118	3,87
		Vive con otras personas	23,46	71	6,14
		Total	25,11	235	4,81

Fuente: DGSA, 2013

Tabla 17. Adultos Mayores que trabajaron al menos una hora

Trabajó por lo menos una hora		Puntaje del MMSE				Total
		Mayor o igual a 24	De 20 a 23	De 10 a 19	Menor o igual a 9	
	Si	56	6	3	0	65
	%	86	9	5	0	100
	No	127	24	13	4	168
	%	76	14	8	2	100
Total	N	183	30	16	4	233
	Porcentaje	79	13	7	2	100

Fuente: DGSA, 2013

## 1.8. Determinantes de accesibilidad previsional y al sistema de salud

### 1.8.1. Cobertura de salud

Del total de adultos mayores encuestados sobre la cobertura de salud (235), 183/235 (77,87%) adultos mayores tiene obra social (incluye PAMI), mientras que 49/235 (20,85%) adultos mayores, no tiene obra social, prepaga o planes de salud.

Los valores promedio de MMSE observados en la población de adultos mayores de Wilde este fueron de 25,11 los cuales estuvieron por encima del PC de 24.

De todos los adultos mayores que no poseen ningún tipo de cobertura el promedio de MMSE es de 23,83, mostrando un valor muy cercano del promedio de los intervalos para cada estrato de cobertura de salud.

Este dato tiene la implicancia de la severidad de cada grupo en el direccionamiento al sistema de salud asistencial, ya que tanto los que poseen o no cobertura tiene un valor similar del promedio de MMSE y a su vez de severidad o estratificación del deterioro cognitivo. Los adultos que tienen cobertura de salud van a tener una accesibilidad más ágil al sistema y los que no poseen cobertura demandarán una complejidad similar al sistema público de salud, al momento de requerir de una red de derivaciones y seguimiento.

Esta información muestra que a mayor nivel de deterioro cognitivo la complejidad del sistema de derivación deberían ser mayores a los precisados básicamente.

Tabla 18. Promedio del MMSE según cobertura.

La cobertura más frecuentemente usada es....	Media	Recuento	Desviación típica
Su obra social (incluye PAMI)	25,57	183	4,30
Prepaga a través de una obra social	17,67	3	15,31
No tiene obra social, prepaga o plan estatal	23,83	49	5,19
Total	25,11	235	4,81

Fuente: DGSA, 2013

Es importante contrastar estos valores con los obtenidos por el censo INDEC 2010 para la Cobertura nacional de salud en personas de 60 años y más, que detalla que respecto de la población que se encuentra cubierta por algún tipo de cobertura el 78,4% posee obra social (72,2 varones y 83,1 mujeres), mientras que el 5,6 % posee prepagas a través de obras sociales (6,6 varones y 4,8 mujeres). El 4,9% posee prepaga sólo por contratación voluntaria (5,5 varones y 4,4 mujeres), en tanto que el 1,2% se encuentra cubierto por programas y planes estatales de salud (1,3 varones y 1,3 mujeres). La población sin cobertura de salud fue de un 9,9%, entre los cuales el 14,4% son varones y el 6,5% son mujeres.

La previsión social es un elemento esencial al momento de relacionarlo con el impacto cognitivo y las herramientas del adultos mayor al momento de recibir una respuesta o contención terapéutica.

El mismo se relaciona en forma directa con la cobertura social del mismo, ya que 173/233 (74,24%) de los AM se encuentran percibiendo jubilación o pensión, siendo esta cifra muy similar a los AM que poseen como cobertura PAMI.

Tabla 19. Promedio del MMSE según si percibe jubilación o pensión

Recibe jubilación o pensión	Puntaje del MMSE				Total
	Mayor o igual a 24	De 20 a 23	De 10 a 19	Menor o igual a 9	
Si	136 (79%)	22 (13%)	12 (7%)	3 (1%)	173
No	47 (78%)	8 (13%)	4 (7%)	1 (2%)	60
Total	183 (79%)	30 (13%)	16 (7%)	4 (2%)	233

Fuente: DGSA, 2013

## 1.9. Factores de Riesgo para enfermedades no transmisibles

Los Factores de riesgo<sup>1</sup> son un elemento clave en el desarrollo de patologías cognitivas no degenerativas, como ser la hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemias, etc.

Durante el tamizaje poblacional se identificó que del total de adultos mayores evaluados (235), el 51,5% (121/235), refieren poseer entre sus antecedentes un diagnóstico médico de HTA, seguido de hipercolesterolemia con 66 AM (28,1%) y la diabetes mellitus con 47 AM (20%)

Por otro lado de los 235 adultos mayores que han respondido en estas variables, 201/235 (86,3%) han acudido al médico en el último año, y 37/235 (15,7%) han estado internados en el último año.

La tristeza o la apatía son elementos también tuvieron relevancia entre sus antecedentes ya que 103/235 adultos mayores (44%) refirieron sentirse tristes.

Estos datos indican que el grupo de adultos mayores evaluados están afectados en su estado de ánimo en igual magnitud que la referida sobre otros factores de riesgo modificando la evolución de su deterioro cognitivo. Por ello el direccionamiento de los adultos mayores al sistema local de salud no sólo es para su seguimiento en patología cognitiva o sus trastornos de la memoria, sino también para el monitoreo de todas estas comorbilidades que pueden modificar la evolución del deterioro, así como para confirmar el diagnóstico por métodos complementarios y su tratamiento.

Tabla 20. Adultos Mayores que han consultado al médico en el último año.

	Frecuencia	%
Sí	201	86,3
No	32	13,7
Total	233	100,0

Fuente: DGSA, 2013

---

<sup>1</sup> Es importante señalar que los datos recabados sobre los factores de riesgo son en relación a las respuestas dadas por los adultos mayores encuestados.



Tabla 21. Adultos Mayores que refirieron que un médico les comunicó que tenían hipertensión arterial

		Frecuencia	%
Válidos	Sí	121	51,5
	No	80	34,0
	Total	201	85,5
Perdidos	Sistema	34	14,5
Total		235	100.0

Fuente: DGSA, 2013

Tabla 22. Adultos Mayores que refirieron que un médico les comunicó que tenían diabetes.

		Frecuencia	%
Válidos	Sí	47	20,0
	No	154	65,5
	Total	201	85,5
Perdidos	S/D	34	14,5
Total		235	100.0

Fuente: DGSA, 2013

Tabla 23. Adultos Mayores que refirieron que un médico les comunicó que tenían hipercolesterolemia

		Frecuencia	%
Válidos	Sí	66	28,1
	No	135	57,4
	Total	201	85,5
Perdidos	S/D	34	14,5
Total		235	100,0

Fuente: DGSA, 2013

Tabla 24. Adultos que estuvieron internados durante el último año

		Frecuencia	%
Válidos	Sí	37	15,7
	No	196	83,4
	Total	233	99,1
Perdidos	S/D	2	,9
Total		235	100,0

Fuente: DGSA, 2013

Tabla 25. Adultos Mayores que refirieron presentar tristeza.

¿Se ha sentido frecuentemente triste o deprimido durante los últimos 3 meses?	Frecuencia	%
Sí	103	44
No	130	55
Total	233	99
S/D	2	1
Total	235	100

Fuente: DGSA, 2013

### 1.10. Conclusiones

En la población de adultos mayores de Wilde que ha sido encuestada se encuentra que un 71 % poseen menos de 75 años de edad, mientras que el 29 % poseen una edad igual o mayor a los 75 años.

El 34% de los adultos mayores tienen estudios primarios incompletos, habiéndolos completado solo el 37,4% de ellos.

Como se ha mencionado anteriormente es importante contrastar estos datos con los publicados en el censo INDEC 2010 con respecto a la educación de los adultos mayores en la Argentina, donde el 6% de la población adulta mayor es analfabeta.

La población adulta mayor es la que presenta los más bajos niveles de educación formal debido a la falta de oferta educativa en su juventud.

El 77,87% tiene cobertura de salud (PAMI u otra obra social), y el 74,24% tiene cobertura previsional (reciben jubilación o pensión).

El porcentaje de adultos mayores con al menos una NBI es del 60%.

El 72,11% de los adultos mayores se encuentra sin actividad laboral de por lo menos una hora durante la última semana.

Con respecto a la situación familiar, el 19,57% de los adultos mayores viven solos, de los cuales (26%) presentan probable deterioro cognitivo.

Poniendo en relación estos datos con los del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda de 2001, los hogares unipersonales conforman el 17,3% (de todos los hogares

unipersonales, el 55% corresponde a personas mayores) y el 26,8% en hogar nuclear completo de pareja sola.

Los datos encontrados en el cribado de deterioro cognitivo se acercan a los porcentajes descritos en la literatura, aunque se debe tomar en cuenta que cada población estudiada tienen características sociodemográficas propias que impactan en estos valores, por lo que no hay un valor que pueda ser representativo a todo el estudio, sino a cada localidad en particular.

El deterioro cognitivo sumado al impacto funcional acerca al cribado de demencia. En este sentido, del 21,45% de los adultos mayores que presentan un MMSE por debajo del punto de corte, el 18% presenta también impacto funcional. Esto describe el nivel de dependencia de la población de personas de 60 años y más.

Es importante tener en cuenta que en la población estudiada la media observada de edad fue de 70,3 años, por tanto, se trata de una población donde predominan los llamados adultos mayores "jóvenes".

Dentro de los factores de riesgo referidos por el adulto mayor como diagnosticado por un médico, se destacan la HTA (51,5%) y la presencia de tristeza o ánimo deprimido (44%).

Del 71,24% adultos mayores que son jefes de hogar el 19,87 % presenta trastorno cognitivo.