

HOY Y MAÑANA

SALUD Y CALIDAD DE VIDA DE LA NIÑEZ ARGENTINA

Alejandro O'Donnell
Esteban Carmuega

Coordinadores

Documentos y Discusiones del Taller Realizado en
Villa La Angostura / Neuquén / República Argentina
Agosto de 1998



CENTRO
ASOCIADO DE
LA FACULTAD
DE MEDICINA DE
LA UNIVERSIDAD DEL SALVADOR



CENTRO DE ESTUDIOS
SOBRE NUTRICIÓN INFANTIL

CENTRO
COLABORADOR
DE LA OMS EN
INVESTIGACIÓN Y
DOCENCIA EN NUTRICIÓN INFANTIL



© 1999 / Publicación CESNI #18
CESNI, Centro de Estudios Sobre Nutrición Infantil.
Bernardo de Irigoyen 240 (1072) Buenos Aires / Argentina.
E-mail: cesni@datamarkets.com.ar

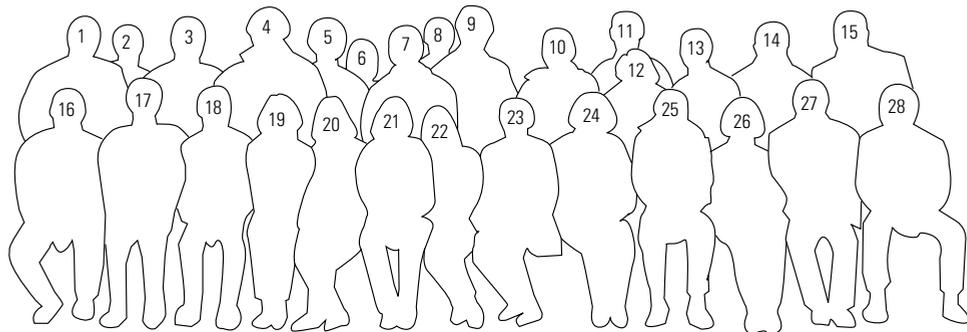
ISBN 950-99708-2-4
Queda autorizada la reproducción parcial mencionando la fuente.
Hecho el depósito que marca la ley 11.723

AGRADECIMIENTO

El CESNI expresa su agradecimiento
a la empresa Danone
por haber hecho posible el Taller
“Hoy y Mañana: Salud y Calidad de Vida
para la Niñez Argentina”.

El CESNI agradece también el apoyo prestado
para la publicación del presente libro que
reune
los documentos discutidos durante el Taller.
Confiamos en que significará un aporte
para la solución de un problema de salud
tan vigente en nuestro país.





- | | | | |
|--------------------------|---------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. Pablo Vinocur | 8. Raúl Uicich | 15. Julio E. Arce | 22. María Carolina Chevallier |
| 2. Gonzalo Robredo | 9. Julián Onaindia | 16. Esteban Carmuega | 23. María Luisa Ageitos |
| 3. Sergio Britos | 10. Jacobo Sabulsky | 17. Horacio Lejarraga | 24. María Leticia Mazzei |
| 4. Raúl Mercer | 11. Pablo Durán | 18. Enrique O. Abeyá Gilardón | 25. Ricardo Schwarcz |
| 5. Daniel Beltramino | 12. Nidia Escobal | 19. Elvira Calvo | 26. Elsa M. Moreno |
| 6. Ana Aracama Zorraquín | 13. Fernando Agrelo | 20. María Adelaida Rodrigo | 27. Miguel Larguía |
| 7. Adrián Díaz | 14. Ricardo Weill | 21. Isabel Cugnasco | 28. Alejandro M. O' Donnell |

HOY Y MAÑANA

SALUD Y CALIDAD DE VIDA PARA LA NIÑEZ ARGENTINA

Alejandro O'Donnell
Esteban Carmuega

Coordinadores

**Documentos y Discusiones del Taller Realizado en
Villa La Angostura / Neuquén / República Argentina
Agosto de 1998**

CENTRO
ASOCIADO DE
LA FACULTAD
DE MEDICINA DE
LA UNIVERSIDAD DEL SALVADOR




CESNI
CENTRO DE ESTUDIOS
SOBRE NUTRICION INFANTIL

CENTRO
COLABORADOR
DE LA OMS EN
INVESTIGACION Y
DOCENCIA EN NUTRICION INFANTIL



PROLOGO

Desde hace mucho tiempo hemos sentido la necesidad de convocar a un grupo de especialistas con reconocida trayectoria en la problemática sanitaria de la niñez, gente que ha trabajado durante muchos años en medicina primaria, en clínica nutricional, en cargos oficiales con responsabilidad en el diseño e implementación de políticas sanitarias y alimentarias, en organizaciones internacionales o en centros de investigación de la problemática de salud y nutrición de los niños y madres argentinas.

Esa experiencia les ha permitido ser testigo de cambios en la ideología de los programas y estrategias que han sido exitosos, y de otros que han fracasado. Pero también les ha dado una visión del futuro que no puede ni debe desperdiciarse.

Ello fue finalmente posible merced a la empresa Danone que generosamente financió este Taller.

El temario se escogió en un orden secuencial acompañando el ciclo vital, comenzando desde el embarazo, finalizando con los estudios sobre el desarrollo intelectual de nuestros niños, previamente a su ingreso a la escuela primaria, el gran instrumento de nivelación entre niveles sociales, y para la futura integración de los niños a una vida adulta social y laboralmente satisfactoria.

Se trabajó sobre once documentos básicos sobre los cuales se centraron las discusiones, que fueron extremadamente ricas, y que se resumen al fin de cada documento-sesión del Taller. En las discusiones participaron personas de gran experiencia, muchas de ellas actualmente con responsabilidades ejecutivas sobre la salud de los niños de nuestro país. Obviamente no estuvieron todos lo que debieron estar pero la mecánica del taller no permitía una reunión masiva.

Esperamos que la publicación de este libro, en la aurora del próximo milenio, en una democracia cada vez menos adolescente y en un país que desea salir adelante, sirva como instrumento para políticos y funcionarios con responsabilidad de elaborar políticas y programas de salud a favor del bienestar de nuestros niños, el gran capital de la Argentina del futuro.

Como coordinadores del Taller y de esta publicación deseamos dejar constancia de la absoluta independencia que gozamos para la elección de los temas de discusión, así como de los participantes del mismo. Reiteramos nuestra gratitud a Danone por haber hecho posible el Taller y su producto, que es este libro.

Alejandro M. O'Donnell
Esteban Carmuega
(Coordinadores)

INDICE

1. Maternidad Segura en la Argentina	11
Ricardo Schwarcz	
2. La Situación Neonatológica en la Argentina “Los Problemas no Verbalizados”	37
Miguel Larguía	
3. Morbimortalidad en la Niñez	67
Elsa Moreno	
4. La Lactancia Materna	95
María Luisa Ageitos	
5. Una Visión de la Problemática Nutricional de los Niños Argentinos	119
Alejandro O'Donnell	
6. La Calidad de la Dieta de los Dos Primeros Años de Vida	157
Esteban Carmuega	
7. Exclusión y Pobreza: Derechos y Oportunidades Perdidas de los Niños	195
Pablo Vinocur	
8. Desarrollo Psicomotor del Niño	223
Horacio Lejarraga - Cecilia Pascucci	
9. Estudios Epidemiológicos Sobre Desarrollo Infantil	251
Teresa Torralva - Isabel Cugnoasco	
10. Salud Pública Basada en la Evidencia: Cuándo y Cómo?	271
Elvira Calvo	
11. La Asistencia Alimentaria en el Contexto de las Políticas Orientadas a la Infancia	289
Sergio Britos	

Maternidad Segura en Argentina

Ricardo Schwarcz

SITUACIÓN

Las necesidades de la salud reproductiva de las mujeres son un requerimiento crítico para lograr el desarrollo humano y social. En este contexto, existen dudas en algunos países de América Latina, incluyendo la Argentina, sobre la correcta interpretación que se hace de los problemas no resueltos de la salud y nutrición, así como también sobre la aplicación de programas eficaces para corregirlos.

Para alcanzar el objetivo de la OMS de “salud para todos”, en decenios pasados se desarrollaron dos importantes estrategias: mejorar la atención primaria de la salud y perfeccionar la regionalización de los sistemas de salud reorganizando sus niveles de atención. Son muchos los países que implementaron estas estrategias y ello se asocia con logros importantes en los indicadores de salud de sus poblaciones.

Como ocurre en otros países en desarrollo, la gran mayoría de las muertes maternas, perinatales e infantiles que ocurren cada año en la Argentina provienen de las áreas más deprimidas. Por ejemplo, las muertes maternas y las secuelas graves producidas por complicaciones del embarazo, del parto y por el aborto provocado, ocurren mayoritariamente en poblaciones desnutridas, con bajo nivel educacional y altos niveles de pobreza.

Las complicaciones que afectan a las mujeres durante el embarazo y el parto también afectan al feto y al recién nacido. En la Argentina, hace ya dos décadas las causas perinatales ocupan el primer lugar en la mortalidad infantil. También es conocido que de la totalidad de las muertes perinatales que ocurren cada año, la mayor parte acontece alrededor del nacimiento. De los niños que sobreviven a estas complicaciones, queda un remanente, no bien registrado en su magnitud y severidad, que padece cierto grado de daño físico o neurológico, que en algunos permanece durante el resto de sus vidas. Aunque con distinta frecuencia, las causas son similares a lo largo de todo el país. Las muertes de los niños o los daños que les quedan se deben principalmente al bajo peso al nacer, al trauma obstétrico, a la asfixia, a las infecciones y a la desnutrición.

Las muertes, enfermedades y secuelas relacionadas con el embarazo y el parto no solamente resultan en un sufrimiento humano, sino que también implican consecuencias negativas en el desarrollo social y económico de las personas y de la sociedad. Por ejemplo, en la Argentina los datos epidemiológicos indican que las futuras madres están expuestas a riesgos reproductivos

muy altos, la mayoría evitables. Ellas se encuentran en la mejor etapa de su vida, son responsables de la salud y del bienestar de sus familias, generan ingresos y crecimiento, y proveen de alimentos, educación y cuidados primarios a sus niños.

El embarazo no es una enfermedad y la mortalidad y morbilidad asociada al mismo son prevenibles con las intervenciones disponibles, simples y con buenos resultados de costo-efectividad. Del análisis de las causas de las muertes maternas que ocurren en la Argentina, se puede asegurar que una gran mayoría de las complicaciones del embarazo y parto asociadas con la mortalidad materna, pueden ser efectivamente prevenidas o controladas sin necesidad de recurrir a tecnologías complejas y caras.

Igualmente como ocurre con la mortalidad perinatal, las experiencias señalan que la mortalidad materna puede ser reducida cuando:

1. Las comunidades están informadas y tienen programas concretos de promoción en salud familiar.
2. Los servicios de salud mejoran la calidad e integralidad de sus prestaciones, se hacen accesibles y están insertos dentro de un sistema regionalizado por niveles de atención.
3. Se implementan intervenciones sostenibles, de tipo social y nutricional, basadas en diagnósticos poblacionales precisos.

La carencia de esto niega a la familia un derecho humano fundamental: el derecho al mejor nivel de salud alcanzable.

EL CUIDADO PRENATAL

Existen dudas sobre la eficacia del control prenatal provisto de rutina a toda la población de embarazadas, para reducir la morbimortalidad perinatal, en especial el bajo peso al nacer por prematuridad o por retardo del crecimiento fetal (Chalmers et al, 1989; US DHHS, 1989; Rooney, 1992; Fiscella, 1995). Tal sospecha sobre la eficacia del control prenatal generalizado, proviene de ensayos clínicos randomizados realizados principalmente en países desarrollados. El tipo de poblaciones incluídas, el tamaño muestral, las intervenciones estudiadas (visitas bisemanales, visitas domiciliarias, educación para la salud, evaluación del riesgo, exámenes cervicales) y los indicadores de salida utilizados para medir su impacto (incidencia de pretérmino y de bajo peso al nacer), sólo bastan para sembrar sospechas sobre la eficacia de algunas intervenciones incluídas en el "paquete" del control prenatal, pero dejan aún muchas preguntas por aclarar (Olds, 1986; Main, 1989; Spencer, 1989; Heinz, 1990; Goldemberg, 1990; Bryce, 1991; Mc Laughlin, 1992; Graham, 1992; Villar, 1992; Collaborative Group, 1993). Los interrogantes que abren estos estudios estimulan a la realización de nuevos ensayos randomizados que despejen una serie de factores interferentes, que utilicen otras intervenciones e indicadores y que incluyan otras poblaciones. Cómo el control prenatal se asocia con una dosis-respuesta cuando este es provisto a diferentes "dosis"; cómo se pueden establecer niveles de cuidados para mujeres con diferentes riesgos y cuán eficaces son, por separado, los componentes específicos que integran el paquete de intervenciones del control prenatal, son preguntas que deberán ser esclarecidas.

Si bien los ensayos randomizados realizados en países desarrollados pueden tener en sus poblaciones diferencias socioeconómicas internas y de equidad en la provisión de servicios de salud, nunca son tan marcadas como las existentes en los países del tercer mundo. Es previsible que en las regiones carenciadas de Argentina, donde los indicadores materno-perinatales muestran tasas altas y perfiles de subdesarrollo pronunciado, sea evidente el impacto positivo de una oferta amplia para el control prenatal.

Por la experiencia acumulada en los servicios de salud y por las evidencias científicas que hasta hoy se disponen, se puede decir que el cuidado de la salud durante el embarazo (cuidado prenatal, control prenatal), es un buen ejemplo de medicina preventiva en el campo perinatal. Los planificadores y organizadores de la salud deben considerar al cuidado prenatal como una etapa dentro del cuidado continuo de la salud de la mujer. En la Argentina, muchas mujeres, especialmente las adolescentes, ciertas minorías y mujeres de condición socioeconómica baja, reciben su primer examen integral de salud durante el control prenatal. Además, estos contactos con las mujeres y su familia son fundamentales para promover la salud, la educación para padres y para la crianza y para el establecimiento de un vínculo con los recursos de atención primaria de la comunidad. Junto a esto, la incorporación de las madres en situación de riesgo a programas de nutrición y servicios sociales, son, entre otras medidas, actividades que deben integrar el “paquete” del control prenatal (Rooney 1992; Schwarcz 1992, Fiscella 1995).

No es obvio mencionar que el control prenatal provee una oportunidad válida para que las mujeres con factores de riesgo biológico presentes reciban asesoría y cuidados para controlarlos. Los resultados de los ensayos clínicos randomizados realizados en poblaciones con riesgo perinatal, dejan pocas dudas sobre el impacto positivo que tiene el acceso amplio al control prenatal (Rooney 1992, Fiscella 1995).

En la Argentina el 18% de las mujeres presenta alguna patología durante el embarazo (Dir. Mat. Inf.,1997). De éstas son muchas las que se beneficiarían directamente del cuidado prenatal si la captación fuese amplia y precoz.

TABLA I

Control Prenatal en el Sector Público de Argentina

	Partos	Control Prenatal	1er trimestre
Tucumán (Mat.Mercedes)	13.159	60 %	3 %
Jujuy	7.850	62 %	17 %
Salta (Mat. Provincial)	1.004	70 %	9 %
Buenos Aires	14.589	72 %	9 %
Chubut	1.678	86 %	46 %

Fuente: Dir. Mat. Inf. Arg. 1997

De un total de 38,280 partos del sector oficial de 5 provincias, el 67 % tuvo algún tipo de control prenatal, pero con una captación al primer trimestre de sólo el 10 %.

MORTALIDAD Y MORBILIDAD PERINATAL

Mortalidad Perinatal

En el año 1996 (último disponible) la tasa de la mortalidad infantil para la Argentina fue de 20.9 por mil nacidos vivos (neonatal 13.0 y post-neonatal 7.9). La mortalidad infantil y la de niños menores de 5 años, sus tendencias y principales problemas que las mantienen elevadas serán tratadas en detalle en otro capítulo.

Dentro de las causas de la mortalidad infantil, las perinatales ocupan el primer lugar contribuyendo en 1996 con el 48 % del total (Lomuto 1997; Est.Vitales Arg.1997). La mortalidad perinatal fue de 20.8 por mil nacidos vivos (neonatal precoz 9.8 y fetal tardía 11.0). De igual forma que con la mortalidad infantil, la mortalidad perinatal muestra una gran dispersión entre las jurisdicciones argentinas (rango de 13 a 34, tabla II). Esto indica indirectamente la situación de inequidad social que existe entre las diferentes provincias argentinas.

TABLA II

Mortalidad Perinatal y sus Componentes Según Jurisdicciones
República Argentina 1996

Mortalidad tasa l n.v.	Fetal Tardía	Noeonat. Precoz	Perinatal
Capital Federal	6,0	7,2	13,2
Tierra del Fuego	8,8	5,8	14,6
Neuquén	8,4	7,0	15,4
Río Negro	7,7	8,7	16,4
Jujuy	8,0	8,6	16,6
La Pampa	9,6	7,0	16,6
Santa Cruz	10,7	6,9	17,6
Santa Fe	10,8	7,2	18,0
Chubut	10,2	8,3	18,5
Buenos Aires	9,5	9,3	18,8
Sgo del Estero	12,0	8,1	20,1
Mendoza	12,2	8,5	20,7
Córdoba	10,5	10,3	20,8
Catamarca	11,6	10,6	22,2
San Luis	13,1	10,4	23,5
Entre Ríos	16,1	8,3	24,4
La Rioja	9,9	14,9	24,8
Misiones	14,4	10,7	25,1
Corrientes	14,3	11,7	26,0
Formosa	17,2	11,6	28,8
Chaco	16,2	14,3	30,5
San Juan	20,4	10,9	31,3
Tucumán	16,5	17,4	33,9
Total País	11,0	9,8	20,8

Fuente: Estadísticas Vitales MINSA Arg. 1997

BAJO PESO AL NACER

Es conocido que los niños nacidos con bajo peso representan uno de los problemas más importantes de la salud infantil por estar asociado con la mayoría de las defunciones que ocurren en el período neonatal y con la gran mayoría de los trastornos del desarrollo neurológico.

A principios de la década del 80 el bajo peso al nacer (BPN) fue propuesto por la Organización Mundial de la Salud como uno de los indicadores más importantes para vigilar los progresos hacia el logro de la salud para todos en el año 2000. Este refleja la capacidad de reproducción

de la madre y posibilita el pronóstico de sobrevivencia y desarrollo del recién nacido (WHO, 1980; Alberman, 1984; World Bank, 1995; Vallgarda 1995).

Incidencia del BPN y morbilidad neonatal de los últimos 20 años

La información sólida disponible en América Latina sobre el bajo peso al nacer es escasa. Los datos nacionales con base poblacional amplia y obtenidos sin un importante subregistro son aportados principalmente por los países más desarrollados. Con algunas excepciones, lo que generalmente se encuentra en nuestros países son estadísticas aisladas y discontinuas con una metodología de recolección de datos que varía mucho de una institución a otra. Los datos más confiables son los que provienen de los nacimientos institucionales y su representación de la realidad de una región o país es tanto mayor cuanto menor es el número de nacimientos domiciliarios. También por el mismo motivo es dificultoso el análisis de las causas del BPN, de su asociación con la morbilidad neonatal y de su contribución a los problemas del desarrollo neurológico en el niño.

Cuando la incidencia del BPN no sobrepasa el 15%, se calcula que entre el 40% y el 70% de estos niños son de pretérmino (menores de 37 semanas) con un peso adecuado para edad gestacional. La otra parte de los BPN (30% a 60%), corresponde a niños con retardo del crecimiento intrauterino. De éstos últimos aproximadamente la mitad son nacidos al término de la gestación (37 semanas o más); Jurado García, 1968; Chamberlain, 1975; Belizan, 1978; Villar, 1982; Schwarcz, 1981, 1984, 1985).

Para conocer la evolución del BPN y de sus consecuencias sobre el recién nacido se comparan aquí los resultados obtenidos por dos extensas investigaciones epidemiológicas de características similares desarrolladas en los últimos 20 años. Entre 1976 y 1981 se realizó en América Latina el primer estudio colaborativo multicéntrico en red sobre la epidemiología del Bajo Peso al Nacer, en 59 maternidades públicas de 11 países (Schwarcz, 1984 y 1985). Esta investigación recopiló 333,794 nacimientos vivos consecutivos registrados a partir de los 500 gramos, provenientes de madres de condición socioeconómica y educacional predominantemente baja. Para la recolección de los datos se aplicó en forma prospectiva y continua un protocolo uniforme en todas las instituciones participantes. Entre los años 1990 y 1995 se llevó a cabo el segundo estudio con las mismas características del anterior (Fescina, 1998). En este último intervinieron 35 maternidades de 16 países con 125,368 nacimientos vivos. No todas las instituciones que participaron en el primer estudio lo hicieron en el segundo aunque ambos estudios comparten algunas de ellas y todas tienen las mismas características. En los dos estudios la capacitación previa de los investigadores locales para la aplicación de un protocolo en común y la condición prospectiva y continua para la recolección de los datos garantizan la calidad y confiabilidad de la información aportada.

Para el análisis se consideró: la tasa de mortalidad neonatal precoz calculada a partir de los 500g, la incidencia porcentual del BPN, del MBPN y del EBPN y la contribución a la mortalidad neonatal precoz que tuvieron cada una de estas categorías del bajo peso al nacer.

Entre los años 1976 y 1981 la mortalidad neonatal precoz fue de 15.9 y en el período 1990-1995 fue de 9.8. La información de la tabla III, que compara ambos quinquenios separados por diez años, muestra, para las otras variables, que hubo una reducción en la incidencia del BPN de un 0,8 % (de 9,0 % a 8,2 %). En ambos períodos el BPN estuvo presente en más del 75% de los niños que mueren en el período neonatal precoz.

TABLA III

Incidencia del BPN y su asociación con la Mortalidad Neonatal Precoz en Maternidades de América Latina entre los años 1976 y 1995.

AÑO	BPN< 2500g		MBPN< 1500g		EBPN< 1000g		PESO ≥ 2500g	
	1976-81	1990-95	1976-81	1990-95	1976-81	1990-95	1976-81	1990-95
BPN %	9.0	8.2	1.2	1.1	0.4	0.3	-	-
Mortalidad neonatal Precoz específica I (letalidad)	140	91	616	443	848	673	4.0	2.6
Contribución del BPN a la Mortalidad neonatal Precoz %	78	76	48	49	24	24	22	24

Fuente: Schwarcz R y Fescina R H, 1998

Es de destacar que la incidencia del BPN presenta, según la subpoblación que se investigue, un amplio rango que oscila entre el 5% y el 19%. La incidencia del MBPN y del EBPN, así como la contribución a la mortalidad neonatal precoz de todas las categorías del bajo peso, se mantuvieron sin cambios significativos.

Estas tendencias que se ven en el análisis de la totalidad de la muestra estudiada, se confirman, aunque con un menor número de nacimientos, cuando sólo se comparan los datos de las maternidades que participaron en ambos estudios.

Considerando los resultados encontrados a lo largo de los últimos 20 años se puede decir que los mismos, en América Latina tomada globalmente, son desalentadores, porque muestran un estancamiento de un indicador tan sensible como es el BPN. Esto puede expresarse en forma indirecta el estado sin cambios de la condición socioeconómica y educacional de la población que se asiste en las instituciones estudiadas, así como un escaso avance en los programas de prevención de los riesgos reproductivos (CEPAL 1994,1995; PAHO, 1977-1994).

Si se compara la situación del BPN de América Latina con la de Argentina, ésta última es similarmente desalentadora. La Argentina en 1996 (último año disponible), tuvo una incidencia de BPN de 7% y de MBPN de 0,89%. En los últimos tres años se comprobó que el BPN tuvo una ligera tendencia ascendente (Lomuto, 1997). Se observó también una notoria mejoría en el registro del peso al nacer de los nacidos vivos. Entre los años 1994 a 1996, la falta de datos se redujo a la mitad.

Por otra parte se encontró una importante reducción de las tasas de mortalidad neonatal precoz y de la mortalidad neonatal específica en todas las categorías de peso al nacer. Este hallazgo, acompaña la tendencia histórica que se observa en todos los países en la reducción de la mortalidad perinatal e infantil (PAHO 1977-1994). Dado que las condiciones socioeconómicas y educacionales no han cambiado sustancialmente para las poblaciones que se asisten en estas instituciones (CEPAL 1995), posiblemente haya que atribuir este impacto a la eficacia de las nuevas tecnologías y procedimientos. Esto trajo aparejado los conocidos crecientes costos

económicos de la atención médica. Para que continúe bajando la mortalidad neonatal al mismo tiempo que se controlan los costos de la atención -en especial los ocasionados por los cuidados intensivos que requieren los nacidos con bajo peso- es necesario reducir la incidencia del BPN. Esto se logra por medio del mejoramiento de las condiciones socioeconómicas y educacionales de la población y por la aplicación priorizada y extensa, en las comunidades y en los servicios de salud, de modelos de prevención del riesgo perinatal en los períodos previos al embarazo y durante el mismo.

El BPN, la morbilidad neonatal y las secuelas neurológicas

Además de la importante contribución del BPN a la mortalidad neonatal precoz, éste se asocia con frecuencia, a graves problemas de adaptación a la vida extrauterina. La asfixia al nacer (puntaje de Apgar bajo al 5º minuto de vida) puede llegar a ser hasta 10 veces mayor. Por otra parte, más del 10% de los nacidos de pretérmino presentan en las primeras horas de vida un cuadro de dificultad respiratoria, también llamado enfermedad de membrana hialina, ocasionado por su inmadurez pulmonar. La hipoxia que provoca esta enfermedad es responsable de una gran parte de las muertes de la primera semana de vida. También pueden padecer trastornos del metabolismo glúcido, mayor propensión a las infecciones, a las hemorragias cerebrales periventriculares e intraventriculares y otra serie de complicaciones no menos graves como la enterocolitis necrotizante, la displasia broncopulmonar, etc.

Cuando un niño que nació con bajo peso sobrevive, en especial si integra el grupo de los de muy bajo peso (<1500 g), se abre una serie de interrogantes acerca de su desarrollo neuropsíquico (Shennan,1985; Skouteli,1985; Perlman,1986; Schechner,1986; Bhushan,1993). Que el pronóstico sea más o menos favorable depende, por una parte, del número e intensidad de las causas que actuaron sobre él y, por otra, de los cuidados ante y posnatales que haya recibido.

El análisis de los problemas que surgen en el desarrollo de estos niños es complejo. Ello obedece en parte a que se reúnen en un mismo capítulo niños que no constituyen un grupo homogéneo, por cuanto han experimentado una disímil interacción de factores, que van desde la dotación genética, las condiciones en que se ha cumplido su desarrollo intrauterino y las incidencias del parto, hasta las influencias socioeconómicas y culturales en su vida posnatal.

Los estudios prospectivos son los que pueden explorar mejor las dificultades a largo plazo, en particular las de adecuación del individuo a su medio. Cuanto mayor sea el período de seguimiento, mayor será la posibilidad de detectar alteraciones, pero tanto más difícil resultará el análisis. Los principales problemas del desarrollo neuropsíquico de los recién nacidos con bajo peso, en especial los de extremo bajo peso, son la parálisis cerebral, las convulsiones, la sordera, la disminución del cociente intelectual y otras dificultades que influyen en el aprendizaje escolar (Dann,1964; Fizhardinge,1975; Varloteaux,1976; Bhushan,1993).

Los avances tecnológicos en el campo de la perinatología tornan difícil la comparación de las evoluciones entre niños nacidos en esta década con relación a los nacidos anteriormente. El progreso en los conocimientos y tratamientos perinatales trajo temores en el sentido de que, al evitarse la muerte de niños sumamente graves, se incrementaría el número de quienes presentan secuelas invalidantes. Parecería que a medida que se incrementa la sobrevivencia de los niños de las categorías más bajas de peso al nacer la proporción de secuelas neurológicas tiende a aumentar. En los EEUU se estimó que la parálisis cerebral creció en este grupo alrededor de un 20% en las series estudiadas entre los años 1960 y 1986 (Bhushan, 1993). En las regiones subdesarrolladas, la realidad de este problema es desconocida por la falta de estudios de seguimiento a largo plazo y de tamaños muestrales adecuados.

Lo arriba expuesto implica que los niños nacidos con bajo peso tienen un riesgo significativamente mayor de morir en el período neonatal, y los que sobreviven, de presentar mayores alteraciones del desarrollo neuropsíquico, con relación a los nacidos de término y con peso adecuado para su edad gestacional.

El potencial de reducción del BPN

Los países con mayor desarrollo y con mejor organización y equidad en salud, por ejemplo Dinamarca y Suecia, presentan cifras de BPN cercanas al 4 % (Vallgarda,1995). Considerando el promedio del 8 % para América Latina, el potencial de reducción de la incidencia del BPN que tiene esta región en relación con esos países, es de un 50 %. Este porcentaje indica la brecha que existe, en este indicador de calidad de vida, entre los países con un desarrollo intermedio y el paradigma representado por los países escandinavos arriba mencionados.

El potencial de reducción del BPN que presenta la Argentina en relación con los países desarrollados arriba mencionados es del 42 %, sobre la base de una incidencia de BPN de 7 % para 1996.

Una reducción del BPN en un 40 % sería una meta deseable si la Argentina alcanzara el desarrollo de esos países, pero visto el problema con un enfoque realista en esta región se debe trabajar en base a metas posibles. Para ello se puede comparar, por ejemplo, la subpoblación con la mejor tasa con la tasa promedio global del país. La diferencia que surja de esa comparación, junto con las posibilidades que se tengan a 5 o 10 años de intervenir sistemáticamente sobre los principales factores que mantienen elevada la incidencia del BPN, servirán para establecer en el país metas a mediano plazo.

Enfoque de riesgo y prevención del BPN

Como se mencionó anteriormente, las acciones ideales para abordar este problema son aquellas dirigidas a prevenir el nacimiento de niños con bajo peso. Éstas son fundamentalmente las destinadas al mejoramiento del nivel socioeconómico, educacional y nutricional de la población y al ordenamiento de la atención perinatal por niveles de cuidado. El énfasis debería estar puesto en: a) la participación de la comunidad en los cuidados primarios de la salud reproductiva de las mujeres; b) la extensión de la asistencia integral en salud a la familia y a todas las gestantes dentro de un sistema regionalizado para la atención perinatal; c) una adecuada educación para la salud y para la nutrición, y d) la capacitación y concientización del equipo de salud sobre la importancia del problema y sobre el uso exclusivo de tecnologías y procedimientos que se encuentren basados en evidencias científicamente comprobadas.

En el capítulo sobre el Control Prenatal se comentaron las dudas sobre su eficacia para reducir el BPN en los países desarrollados. También se comentó que en la Argentina, la situación es distinta. Con la actual condición de inequidad social y económica, los cuidados antenatales, hasta que no se demuestre lo contrario, deben recomendarse. Además de mantenerse actualizado el modelo de atención para controlar los riesgos reales, se debe poner énfasis en la atención de la mujer antes del embarazo para corregir posibles factores de riesgo potencial, por ejemplo de bajo peso al nacer.

Factores asociados al BPN.

Para detectar los grupos de riesgo, en décadas pasadas se desarrollaron diferentes metodologías

para establecer puntajes cuantitativos que asignaban, la mayoría de ellos arbitrariamente, distinto valor predictivo a cada una de las variables antenatales que podían aumentar el riesgo de bajo peso al nacer por partos de pretérmino o por retardo del crecimiento fetal. De la presencia de estas variables en cada embarazada surgían puntajes que pretendían detectar y categorizar a los grupos de riesgo perinatal (Nesbitt, 1969; Hobel, 1973; Kaminski, 1974; Papiernik, 1974). El valor apropiado de cada factor era dudoso en los países desarrollados, de donde surgían estos puntajes, y desconocido en las poblaciones de los países en desarrollo, donde no existían estudios prospectivos y con amplia base poblacional. Tampoco sirvieron los intentos de aplicar aquí los puntajes de riesgo utilizados en los países desarrollados, ni siquiera en el caso de que hubiesen resultado operativos para ellos, porque su predictibilidad era cuestionada al ser aplicados en poblaciones muy diferentes en cuanto a los factores étnicos, socioeconómicos y culturales.

Ante la baja predictibilidad de esos puntajes de riesgo perinatal, la metodología que hoy prevalece es la de listar los principales factores que se sabe que están asociados, en mayor o menor grado, al retardo de crecimiento intrauterino y al parto prematuro (Babson, 1980; Naeye, 1983; Schwarcz, 1995a). Estos listados son elaborados en base a estudios de cohorte que asocian el riesgo relativo de la presencia de determinados factores con el bajo peso al nacer, por retardo de crecimiento intrauterino o por prematuridad.

Además de los conocidos e importantes efectos de los factores ambientales socioeconómicos y educacionales sobre el bajo peso al nacer, unas pocas causas biológicas que se originan en la etapa perinatal son responsables de la mayoría de los nacimientos de pretérmino o con retardo del crecimiento intrauterino. En la tabla IV se ordenaron según las posibilidades de control o de remoción que hoy se tiene sobre ellos. Si bien esta división puede ser controversial cuando se analiza algún factor en particular, puede resultar de ayuda para orientar el pensamiento sobre las posibilidades reales de intervenir en mayor o menor grado sobre cada uno de ellos.

TABLA IV

Factores que se asocian con el BPN

Potencialmente removibles

- Largas jornadas de trabajo con esfuerzo físico
- Viajes largos sin confort
- Escaleras para llegar al hogar
- Ganancia de peso insuficiente en el embarazo
- Intervalo corto desde el último embarazo
- Fumadora durante el embarazo
- Adicción al alcohol y cafeína
- Adicción a drogas
- Hipertensión inducida por el embarazo
- Hipotensión
- Infección urinaria
- Bacteriuria asintomática
- Infecciones por clamidia, bestreptococo, vaginosis
- Hidramnios

No removibles pero controlables

- Clase social baja
- Analfabetismo o escolaridad baja
- Madre soltera
- Edad materna < 18 o > 40
- Talla baja
- Peso corporal pre-embarazo < 45 kg
- Prematuros o PEG previos
- Abortos espontáneos
- Contractilidad uterina aumentada
- Acortamiento del cuello uterino
- Malformaciones uterinas
- Hipertensión preexistente
- Diabetes con vasculopatía
- Multiparidad
- Metrorragia del 1er y 2do trimestre
- Placenta previa
- DPPI
- Embarazo múltiple
- Rotura prematura de las membranas
- Cirugía genitourinaria

Fuente: Schwarcz R, Fescina R H 1998

MORTALIDAD MATERNA

Un ejemplo claro de inequidad en la atención de la mujer es la elevada y sostenida mortalidad materna que exhibe la Argentina en los últimos 8 ó 10 años.

Como en la mayoría de los países de la Región de las Américas, las tasas de mortalidad materna de Argentina no son muy confiables. La causa del subregistro radica principalmente en el error de certificación. Las cifras más seguras parten de finales de la década de 1980 y la última tasa publicada oficialmente corresponde a 47 por cien mil nacimientos (casi 1 muerte cada 2.000 nacimientos) (Vinacur, 1996; Lomuto, 1997). Esta cifra es inaceptable cuando se la compara con patrones internacionales y pone en evidencia la inequidad existente en el plano socioeconómico y en la aplicación del modelo de atención a la mujer.

Dado que la gran mayoría de la población de Argentina vive en áreas urbanas y que el 98 % de los partos se realizan en el ámbito institucional, el sistema formal de atención no puede eludir la responsabilidad que le cabe en el mantenimiento de la alta mortalidad materna.

TABLA V

Tendencias de la Mortalidad Materna en Argentina Muertes maternas c/100 000 n.v.

1970	1980	1988	1993	1995
140	70	50	46	47

Fuente: Vinacur 1997

Los países desarrollados, con mejor organización y equidad, presentan, como en el caso del Canadá en nuestro continente, cifras de mortalidad materna cercanas al 3 por cien mil nacimientos (una muerte cada 30.000 partos) (WHO, 1991, 1996). Si consideramos las diferencias entre ambas regiones (47 por cien mil para Argentina y 3 por cien mil para Canadá), el potencial de reducción de la tasa de mortalidad materna de Argentina es de un 94 %. Este dato indica la brecha que existe entre una región con un desarrollo intermedio como es la Argentina y el paradigma representado, en este caso, por Canadá.

TABLA VI

Mortalidad Materna por Países. Latinoamérica

PAIS	MUERTES MAT. C/100 000 n.v.	CONTROL PRENATAL %	PARTO INSTITUCIONAL%	CESAREAS %	MORT. INFANTIL POR 1000 n.v.
Canadá	3	99	99	18	7
EE UU	8	98	99	20	8
Puerto Rico	20	99	99	22	12
Barbados	20	80	97	-	16
Cuba	32	98	99	20	10
Chile	34	95	98	33	14
Uruguay	38	94	99	22	19
Costa Rica	40	80	97	21	12

Argentina	47	80	98	18	21
Panamá	60	82	85	17	20
Venezuela	95	60	80	-	28
Honduras	141	73	45	14	42
Belize	147	-	80	-	36
Brasil	200	62	65	45	63
México	200	93	40	25	33
Colombia	200	80	78	16	40
Ecuador	200	66	23	33	63
Perú	260	-	45	15	59
Paraguay	300	70	27	33	42
El Salvador	300	24	34	21	43
Nicaragua	300	70	40	15	62
Guatemala	300	-	20	-	81
Bolivia	390	53	20	15	110
Haití	457	60	15	7	124

Las tasa corresponden a diversas fuentes del período 1990-1995

La tasa de mortalidad materna de la Argentina, presenta una importante brecha cuando se compara la Capital Federal (10 por cien mil nacimientos vivos) con algunas provincias del NEA y NOA (170 por cien mil nacimientos vivos). Si se coloca como cifra paradigmática la de la Capital Federal de 10 por cien mil y se la compara con la media nacional de 47 por cien mil, ambas registradas en 1996, el potencial de reducción que tiene la mortalidad materna nacional es cercano al 80 %.

TABLA VII

Muertes Maternas por Región Geográfica Argentina 1990-1993

REGION	MUERTES (n)	TASA por cien mil
Capital Federal	50	31.3
Cuyo	149	63.7
NEA	375	88.9
NOA	306	84.7
Pampeana	380	27.9
Patagonia	50	33.1

Fuente: Vinacur 1997

Cuando la mortalidad materna supera la cifra de 20 cada cien mil nacimientos vivos, se estima que unas dos terceras partes de los factores corresponden a problemas socioeconómicos, educacionales y nutricionales (WHO, 1994), por lo que es obvio que el mayor impacto se obtendrá modificándolos por la acción de programas sociales que alcancen en especial a los sectores más desprotegidos de la población.

TABLA VIII

Pricipales Causas Asociadas a la Mortalidad Materna (Argentina)

Aborto	30%
Hemorragias	23%
Infecciones	16%
Hipertensión	15%
Otr. Complic. Obst.	10%
Indirectas	2%
Otras	4%

Fuente: Vinacur 1997

Desde el sector salud es necesario actuar con éxito sobre el resto de los factores. Aquí los principales problemas que se presentan son: 1) débiles políticas y programas nacionales de salud reproductiva; 2) escasa calidad e integralidad del modelo de atención a la mujer que prestan los servicios de salud y, 3) exceso de intervenciones iatrogénicas negativas o baja utilización de procedimientos y tecnologías de eficacia científicamente comprobada.

TABLA IX

Muertes Maternas c/100 000 n.v. por Edad de la Madre (Argentina)

Edad	< 15	15-	20-	25-	30-	35-	40-	> 44
Tasa	69	32	33	35	53	105	137	79

Fuente: Vinacur 97

EL NACIMIENTO NO ES UNA ENFERMEDAD

Evidencias científicas para extremar el cuidado del parto normal

Una acción fundamental para apoyar la estrategia de una “Maternidad Segura” es la de revisar y modificar algunos aspectos de la asistencia del parto normal y de bajo riesgo biológico, por representar esta categoría el 82 % de los nacimientos de la Argentina y de los cuales provienen una parte importante del total de las muertes maternas y perinatales evitables. Cuando estos problemas se analizan con profundidad se detecta, en la asistencia, aplicaciones erróneas de procedimientos y tecnologías, manejos equivocados de las referencias y detecciones tardías de riesgos durante el parto.

Los resultados del Sistema Informático Perinatal de un conglomerado de 5 provincias argentinas (Dir.Mat.Inf.Arg.,1997), muestran que la “asfixia” al nacer (puntaje de Apgar menor de 4 al 1er. minuto) es muy alta en algunos hospitales provinciales (Tabla X). No se cuenta con datos confiables del puntaje al 5to. minuto para poder calcular el porcentaje de recuperación del mismo y estimar la eficacia de la reanimación.

Tabla X

Puntaje de Apgar y de Cesáreas en 5 Provincias Argentinas

	Partos	Apgar 1er minuto	Cesáreas
Tucumán (Mat Mercedes)	13.151	3 %	17 %
Jujuy	7.850	2,9 %	10,7 %
Salta (Mat. Provincial)	1.400	2,5 %	15,8%
Chubut	1.678	1,8 %	14,8 %
Buenos Aires	14.589	1,8 %	19,1 %

Fuente: Dir. Mat. Inf. Arg. 1997

La incidencia de cesáreas varía mucho. De cifras escandalosas que alcanzan el 50 % en algunos sectores privados, en el sector público oscila entre el 11 % y el 19 % . Esta no guarda relación con el puntaje de Apgar y podría bajar sin que se modifiquen negativamente los resultados perinatales.

La mortalidad fetal relatada no es confiable. A nivel nacional la incidencia de episiotomías, anestésicas y otros procedimientos es desconocida.

El objetivo de los cuidados del parto de bajo riesgo es el de obtener una madre y un niño sanos con el mínimo posible de intervenciones compatible con la seguridad.

Este enfoque implica que para interferir en el proceso natural con alguna intervención siempre debe haber una razón válida científicamente respaldada. Siguiendo esta línea de pensamiento, para apoyar el bienestar de las mujeres y elevar el nivel en la calidad de la atención, es necesario destacar la responsabilidad fundamental que le corresponde al equipo de salud y su actualización acerca de los procedimientos que se aplican durante la atención del parto y del recién nacido.

La tarea del equipo perinatal en el parto normal tiene 4 pilares:

- Apoyar a la madre y a su familia en el momento del parto y su etapa inmediata posterior
- Evaluar el riesgo y cuidar a la parturienta, al feto y al recién nacido
- Aplicar intervenciones solamente si son necesarias
- Referir oportunamente al segundo nivel de complejidad si algún riesgo se hace aparente o surge una complicación que justifique esa referencia

Los siguientes listados tienen el propósito de actualizar los principales procedimientos, maniobras, tecnologías y medicaciones, unas beneficiosas y otras perjudiciales, que se aplican en la atención del parto y en los cuidados inmediatos del recién nacido de bajo riesgo. Estos listados se basan en: las evidencias científicas comprobadas por medio de ensayos clínicos controlados con asignación al azar cuando fue posible esta metodología; la opinión del consenso de grupos de expertos; los resultados de la aplicación de técnicas de investigación participativa, entre otros métodos de validez indiscutida.

A. Prácticas de Eficacia Demostrada por Evidencias Científicas para la Atención del Parto de Bajo Riesgo

- Evaluación del riesgo perinatal y re-evaluación en cada etapa del proceso (De Groot 93;Treffers 93;Nasah 94).
- Plan individual sobre el lugar y el personal que atenderá el parto, informando y respetando la elección de la mujer en lo que se refiere a la privacidad, presencia de otras personas, etc.

(Chapman 86;Waldenstrom 93,94;Klein 94).

- Apoyo emocional dado por alguien con entrenamiento básico en los cuidados para el parto, que sea conocido por la parturienta y que no esté a cargo de la asistencia de ese parto (persona no integrante del equipo de salud “doula”, partera o enfermera) (Klaus 86; Hemminki 90; Hofmeyr 91).
- Vigilancia del estado de bienestar materno a lo largo del parto (emocional y físico) (Nasah 94; WHO 96b).
- Relajación y otras prácticas psicoprofilácticas para aliviar el dolor (Jaffre 94;Kwast 95).
- Vigilancia intermitente de las contracciones uterinas por palpación abdominal y de la frecuencia cardiaca fetal por auscultación con estetoscopio o con un simple equipo doppler (Van Alten 89;Treffers 90).
- Vigilancia de la evolución del parto por medio del partograma con curvas de alerta (Philpott 72; WHO 93b,94b; Schwarcz 87,95b).
- Libertad de posición durante el trabajo de parto, evitando la posición supina durante el período expulsivo (Caldeyro-Barcia 73, 79;Mc Manus74;Flynn 78;Williams 80).
- Ingesta moderada de líquidos (Chalmers 89; WHO 96b)
- Uso de materiales limpios para el parto (WHO 94a)
- Uso de guantes (Dunn 85; WHO 94a)
- Ligadura tardía del cordón umbilical (Yao 71; Michaelsen 95; Pisacane 96)
- Corte limpio y estéril del cordón umbilical (Dunn 85; WHO 94a)
- Exámen de la placenta y de las membranas ovulares (WHO 96b)
- Evaluación del recién nacido (WHO 96a)
- Prevención de la hipotermia neonatal (WHO 93a)
- Prevención de la hemorragia neonatal (vit.K) (WHO 96a)
- Prevención de la oftalmía gonocócica (WHO 96a)
- Contacto precoz madre-hijo (WHO/UNICEF 89; WHO 94c)
- Apoyo para el inicio precoz de la lactancia (WHO/UNICEF 89)

B. Prácticas Perjudiciales o Ineficaces que se Aplican en la Atención del Parto de Bajo Riesgo

- Enema de rutina (Romney 81; Drayton 84)
- Rasurado de la zona del pubis (WHO 96b)
- Canalización preventiva de una vena e infusión de líquidos por esa vía (Rutter 80; Tarnow 81; WHO 96b)
- Exámenes por vía vaginal frecuentes y por más de una persona (WHO 96b)
- Amniotomía precoz de rutina(Schwarcz 73,95b;Caldeyro-Barcia 79;Hemminki 83)
- Monitorización electrónica materno-fetal de rutina (Kelso 78;Havarkamp 79; Wood 81; McDonald 85;Neldam 86;Cohen 95)
- Analgésicos y anestesia peridural u otra, como práctica común de rutina (Senden 88;Waldestrom 93)
- Administración de oxitocina en cualquier momento anterior al nacimiento cuando no se dispone de facilidades quirúrgicas (Hemminki 85, Keirse 89)
- Incitar a la madre a realizar esfuerzos de pujo antes de completada la dilatación cervical o del inicio espontáneo de los mismos (Buxton 88; Chalmers 89)
- Posición horizontal permanente en decúbito dorsal durante el período de dilatación (Caldeyro-Barcia 73; Diaz 80; Hemminki 83; Schwarcz 95a)
- Posición supina durante el período expulsivo (posición ginecológica) (Caldeyro-Barcia 79; Steward 89; Waldenstrom 91; Bhardwaj 95)
- Presión sobre el fondo uterino durante el período expulsivo (maniobra de Kristeller o similar) (Chalmers 89; WHO 96b)
- Práctica liberal de la episiotomía (House 86; Sleep 87; Arg.93)
- Práctica liberal de la cesárea (Chalmers 89; Lomas 89)

- Revisión de la cavidad uterina como rutina (Chalmers 89; WHO 96b)
- Aspiración nasofaríngea del recién nacido de rutina (WHO 93a; WHO 96a)
- Mantenimiento del aire frío artificial de la sala de partos cuando nace el niño (WHO 93a; WHO 96a)

El análisis y puesta en práctica de las recomendaciones de estos listados contribuirá, junto a otras medidas, a apuntalar cambios en el modelo de atención en cuanto a su calidad para mejorar el bienestar de las madres y sus recién nacidos con la consecuente reducción de la morbilidad y mortalidad materna-perinatal.

REFERENCIAS

- Alberman E : Low birthweight. In : Perinatal Epidemiology. Editor: Bracken M B. New York: Oxford University Press, pp86-98, 1984.
- Argentine episiotomy trial collaborative group: Routine vs selective episiotomy: a randomised controlled trial. *Lancet* 1993;342: 1 51 7-1 51 8.
- Babson SG, Pernoll ML, Brenda GI: *Diagnosis and Management of the Fetus and Neonate at Risk*. Mosby St. Louis, Missouri, 4th Edition, 1980.
- Belizan J, Lechtig A, Villar J: Distribution of low birthweight in developing countries. *Am J Obstet Gynecol* 132: 704, 1978.
- Bhardwaj N Kukade JA, Patil S, Bhardwaj S: Randomised controlled trial on modified squatting position of delivery. *Indian J Maternal and Child Health* 1 995; 6(2):33-39. Bhushan V, Paneth N, Kiely J L: Impact of improved survival of very low birthweight infants on recent secular trends in the prevalence of cerebral palsy. *Pediatrics*, 91(6): 1094, 1993.
- Bidgood KA, Steer PJ: A randomized control study of oxytocin augmentation of labour. *Br J Obstet Gynaecol* 1987;94:512-517.
- Bryce RL, Stanley Fj, Garner JB: Randomized controlled trial of antenatal social support to prevent preterm birth. *Br J Obstet Gynaecol* 1991;98:1001-8.
- Bryce R: The Epidemiology of preterm birth. En: *Reproductive and Perinatal Epidemiology*. Editor: Kiely M. Boca Raton: CRC Press, pp.437-444, 1991.
- Buxton EJ, Redman CWE, Obhrai M: Delayed pushing with epidural in labour -does not increase the incidence of spontaneous delivery? *J Obstet Gynaecol* 1988;8:258-261.
- Caldeyro Barcia R: Fetal monitoring in labor, in Wallace HM, Gold EM and Lis EF eds.: *Maternal and Child Helth Practices. Problems, Resources and Methods of Delivery*. Springfield, III, Charles C Thomas, 1973.
- Caldeyro Barcia R: The Influence of Maternal Position on Progress of Labor. *Birth Family J*, 1979;6:10-18.
- CEPAL: *Panorama Social de America Latina*, en: OPS, Serie Documentos Reproducidos No 40, Washington DC, 1994.
- CEPAL: *Informe de la Comision Latinoamericana y del Caribe Sobre el Desarrollo Social*, PNUD Editorial Los Andes, Sgo de Chile, 1995.
- Chalmers I, Enkin M, Keirse M: *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford University Press, Oxford 1989.
- Chamberlain R: *British Births, 1970. A Survey under the Joint Auspices of the National Birthday Trust Fund and the Royal College of Obstetricians and Gynecologists*. Vol. 2. London, William Heineman Medical Books, 1975.
- Chapman MG, Jones M, Spring JE, De Swiet M et al.:The use of a birthroom.A randomized trial comparing delivery with that in a labour ward. *Br J Obstet Gynaecol* 1986;93:182-187
- Cohen AR, Kiapholz H, Thompson MS:Electronic fetal monitoring and clinical practice - a survey of obstetric opinion. *Med Decision Making* 1982;2:79-95.
- Cohen GR, O'Brien WF, Lewis L, Knuppel RA: A prospective randomized study of the aggressive management of early labor. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 1 57:1174-1 1 77.
- Collaborative Group on Preterm Birth Prevention: Multicenter randomized controlled trial of a preterm birth prevention program. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169:352-66.
- Chapman MG, Jones M, Spring JE, De Swiet M, Chamberlain GVP:The use of a birthroom: a randomized trial comparing delivery with that in a labour ward. *Br J Obstet Gynaecol* 1986; 93:182-187.
- Cohen AR, Kiapholz H, Thompson MS: Electronic fetal monitoring and clinical practice - a survey of obstetric opinion. *Med Decision Making* 1982;2:79-95.
- Cohen GR, O'Brien WF, Lewis L, Knuppel RA: A prospective randomized study of the aggressive management of early labor. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 1 57:1174-1 1 77.
- Collaborative Group on Preterm Birth Prevention: Multicenter randomized controlled trial of a preterm birth prevention program. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169:352-66.
- Dann M, Levine S: New E : A long term follow-up study of small premature infants. *Pediatrics*; 34 : 945, 1964.
- De Groot ANJA, Slort W, Van Roosmalen J: Assessment of the risk approach to maternity care in a district hospital in rural Tanzania. *Int J Gynaecol Obstet* 1993; 40:33-37.
- Diaz AG, Schwarcz R, Fescina R, Caldeyro-Barcia R: Vertical position during the first stage of labor and neonatal outcome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1980;11:1-7.
- Dirección de Salud Materno Infantil y Programas Provinciales. Ministerio de Salud y Accion Social, Argentina. Resultados del SIP, conglomerado de 5 provincias, partos del sector oficial, 1997.
- Drayton S. Rees C: They know what they're doing. Do nurses know why they give pregnant women enema's? *Nurs Mirror* 1984; 5:48.
- Dunn PM: The third stage and fetal adaptation. In: Clinch J, Matthews T (eds). *Perinatal medicine. Proceedings of the IX European Congress of perinatal medicine held in Dublin, Ireland, 1984*. Lancaster, MTP Press, 1985.
- Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud y Acción Social de Argentina. Información Básica 1996, Serie 5, N40, Dic.1997.
- Fescina RH: Epidemiología del bajo peso al nacer. Estudio 1995. En Schwarcz R y Fescina R H:El Bajo Peso al Nacer en América Latina. *Obstetricia*, Eds. A Perez y E Donoso, Tercera Ed. Mediterraneo, Sgo. Chile, en prensa, 1998.

Fiscella K: Does Prenatal Care Improve Birth Outcomes? A Critical Review. *Obstet Gynecol* 1995; 85:468-479.

Fizhardinge P M : Early growth and development in low birthweight infants following treatments in an intensive care nursery. *Pediatrics* 56: 162, 1975.

Flynn AM, Kelly J, Hollins G, Lynch PF: Ambulation in labour. *Br Med J* 1978; 2:591-593.

Graham AV, Frank SH, Zyzanski SJ, Kitson GC et al: A clinical trial to reduce the rate of low birth weight in an inner-city black population. *Fam Med* 1992;24:439-46.

Goldenberg RL, Davis RO, Cooper RL, Corliss DK et al: The Alabama preterm prevention project. *Obstet Gynecol* 1990;75:933-9.

Harrison RF, Woods T, Shore M, Mathews G et al.:Pain relief in labour using transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS). *Br J Obstet Gynaecol* 1986;93:739-746.

Haverkamp AD, Orleans M, Langendoerfer S, McFee J et al. : A controlled trial of the differential effects of intrapartum fetal monitoring. *Am J Obstet Gynecol* 1979;134:399-412.

Heins HC Jr, Nance NW, Mc Carthy BJ, Effird CM: A randomized trial of nurse-midwifery prenatal care to reduce low birth weight. *Obstet Gynecol* 1990; 75:341-5.

Hemminki E, Saarikoski S. Ambulation and delayed amniotomy in the first stage of labor. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1983; 15:129-139.

Hemminki E, Lenck M, Saarikoski S, Henriksson L: Ambulation vs oxytocin in protracted labour: a pilot study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1985;20:1 99208.

Hemminki E, Virta AL, Koponen P, Malin M et al. : Trial on continuous human support during labor: Feasibility, interventions and mothers' satisfaction. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1990; 11:239-250.

Hobel C J , Hyvarinen, M A, Okada, D M, Oh, W: Prenatal and intrapartum high risk screening. *Am J Obstet Gynecol* 117:1-9, 1973.

Hodnett ED, Osborn RW: A randomized trial of the effect of monitrice support during labor: mothers' views two to four weeks postpartum. *Birth* 1 989; 1 6:1 77183.

Hofmeyr GJ, Nikodem VC, Wolman WL, Chalmers BE et al. : Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour, and breastfeeding. *Br J Obstet Gynaecol* 1991; 98:756-764.

House MJ, Cario G, Jones MH: Episiotomy and the perineum: a random controlled trial. *J Obstet Gynaecol* 1986;7:107-1 1 0.

Keirse M: Augmentation of labour. In I Chalmers, M Enkin, M Keirse (Eds), *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, Oxford University Press, 1989 ;II,958-962.

Jaffre Y, Prual A: Midwives in Niger: an uncomfortable position between social behaviours and health care constraints. *Soc Sci Med* 1994; 38:1069-1073.

Jurado Garcia E: Epidemiologia de la prematuréz. *Vol. Hosp. Inf. Mexico*.25: 105, 1968

Kaminski M, Papiernik E :Multifactorial study of the risk of prematurity at 32 weeks of gestation. *J Perinat Med* 2: 37, 1974.

Kelso IM, Parsons RJ, Lawrence GF, Arora SS, et al. : An assessment of continuous fetal heart rate monitoring in labor. *Am J Obstet Gynecol* 1978;131:526-532.

Klaus MH, Kennell JH, Robertson SS, Sosa R. Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. *Br Med J* 1986; 293:585-587.

Klein M, Papageorgiu AN, Westreich R, Spector-Dunsky L, et al. : Care in a birthroom vs a conventional setting: a controlled trial. *Can Med Assoc* 1984; 131:1461-1466.

Kwast BE: Building a community-based maternity program. *Int J Gynecol Obstet* 1995a;48 (Suppl):S67-S82.

Lomas J, Enkin M: Variations in operative delivery rates; in I Chalmers, M Enkin, Keirse M. *Effective care in pregnancy and child birth*. Oxford: Oxford University Press, 1989: pp 1182-95.

Lomuto C: Analisis de la Situacion de Salud Materno Infantil de la Republica Argentina 1994, 1995 y 1996. *Min de Salud y Accion Social de Argentina, Informacion Basica Series 5 No. 38, 39 y 40, Diciembre 95, 96 y 97.*

Lopez-Zeno JA, Peaceman AM, Adashek JA, Soco I ML: A controlled trial of a program for the active management of labor. *N Engl J Med* 1992; 326:450-454.

MacDonald D, Grant A, Sheridan-Pereira M, Boylan P, et al. :The Dublin randomized trial of intrapartum fetal heart monitoring. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 152:524-539.

Mckay S, Mahan C: Modifying the stomach contents of labouring women: why, how, with what success, and at what risks? How can aspiration of vomitus in obstetrics best be prevented? *Birth* 1988:15.

McLaughlin FJ, Altemeier WA, Christensen MJ, Sherrod KB, et al. : Randomized trial of comprehensive prenatal care of low-income women: Effect on infant birth weight. *Pediatrics* 1992;89:128-32.

McManus TJ, Calder AA: Upright posture and the efficiency of labour. *Lancet* 1978;1:72-74.

Main DM, Richardson DK, Hadley CB, Gabbe SG: Controlled trial of a pretem labor detection program: Efficacy and costs. *Obstete Gynecol* 1989;74:873-7.

Naeye RL, Tafari N: *Risk Factors in Pregnancy and Diseases of the fetus and Newborn* Williams & Wilkins, Baltimore, 1983.

Nasah BT, Tyndali M: Emerging problems of maternity care in urban settings. In: Nasah BT, Mati JKG, Kasonde JM (eds). Contemporary issues in maternal health care in Africa. Luxembourg, Harwood Academic Publishers 1994.

Neldam S, Osier M, Hansen PK, Nim J, et al. : Intrapartum fetal heart rate monitoring in a combined low- and high-risk population: a controlled clinical trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1986;23: 1-11.

Nesbitt R E , Aubry R H: High risk obstetrics. II. Value of semiobjective gradin system in identifying the vulnerable group. *Am J Obstet Gynec*, 103: 972-985, 1969.

Olds D L, Henderson Cr Jr, Tatelbaum R, Chamberlin R: Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: A randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics* 1986;77:16-28.

PAHO: Health Conditions in the Americas, 1977-1980 and 1981-84 and 1990-94 Editions. Washington DC: PAHO; (Scientific Publications No 427, 500, 524 y 549).

Papiernik E, Kaminski M: Multifactorial study of the risk of prematurity at 32 weeks of gestation. I. Study of the frequency of 30 of predictive characteristics. *J Perinat Med* .2: 30, 1974.

Perlman JM, Volpe U : Intraventricular hemorrhage in extremely small premature infants. *Am J Dis Child*. 140: 1122, 1986.

Philpott RH, Castle WM: Cervicographs in the management of labour in primigravidae. *J Obstet Gynaecol Br Commwlth* 1972; 79:592-598,599-602.

Piscane A: Neonatal prevention of iron deficiency. Placental transfusion is a cheap and physiological solution. *Br Med J* 1996;312:136-137.

Romney ML, Gordon H: Is your enema really necessary? *Br Med J* 1981;282:1269-1271.

Rooney C: Antenatal care and maternal health: How effective is it? *WHO/MSM*1992;4:1-73.

Rutter N, Spencer A, Mann N, Smith M: Glucose during labour. *Lancet* 1980; 2:155.

Schechner S: How small is too small. *Clin Perinatol*. 13: 451, 1986.

Schwarz R, Althabe O, Belitzky R, Lanchares JL, et al. : Fetal heart rate patterns in labors with intact and with ruptured membranes. *J Perinat Med* 1973; 1:153-165.

Schwarz R, Diaz A G, Fescina R, Belitzky R, et al. : Antenatal Management of Premature Labor. Proceeding of the IX World Congress of Gynecology and Obstetrics, Tokyo. Amsterdam, Excerpta Medica p. 490, 1981.

Schwarz R, Diaz A G, Fescina R, Diaz Rossello J L, y col. : Bajo peso al nacer y mortalidad perinatal en maternidades de America Latina. En: *Salud Materno Infantil y Atencion Primaria en las Americas*. OPS Washington DC. Pub.Cient.461.1984.

Schwarz R: Perinatal health and regional activities of the CLAP: Significance of Low Birthweight in Latin America. *Int J of Technology Assesment in Health Care*. Cambridge University Press I (4) 799-804, 1985.

Schwarz R, Diaz AG, Nieto F: Partograma con curvas de alerta; guía para la vigilancia del parto. *Salud Perinatal. Bol. CLAP, OPS/OMS* 1987; 2(8); 93-96.

Schwarz R, Diaz AG, Fescina R, Duverges C: Control Prenatal y Atencion del Parto. En: Kroeguer A, Luna R. *Atención Primaria de la Salud, México, Pax México, Segunda Edicion* 1992:293-326.

Schwarz R, Duverges C, Diaz AG, Fescina RH: *Obstetricia, 5ta Edicion*, Editorial El Ateneo, Bs. As.1995(a).

Schwarz R, Diaz AG, Fescina RH, Belitzky R et al. : Low-risk pregnancy and delivery. Guidelines for the management of antenatal care, labor and delivery. Latin American Center for Perinatology and Human Development. CLAP Scientific Publication No 1321.O2. Montevideo, Pan American Health Organization - World Health Organization 1995 (b).

Schwarz R y Fescina R H: *El Bajo Peso al Nacer en América Latina en Obstetricia* Eds. A Perez y E Donoso, Tercera Ed. Mediterraneo, Stgo.Chile, en prensa, 1998.

Senden IPM, Wetering MD, Eskes TKAB, Bierkens PB, et al. : Labor pain: A comparison of parturients in a Dutch and an American teaching hospital. *Obstet Gynecol* 1988;71:541-544.

Shennan AT, Milligan JE, Hoskins EM : Perinatal factors associated with death or handicap in very preterm infants. *Am J Obstet Gynecol* 151: 231, 1985.

Skouteli HN, Dubowitz LMS, Levene MI, Miller G: Predictors for survival and normal neurodevelopmental outcome on infants weighing less than 1001grams at birth. *Dew Med Child Neurol* . 27:588, 1985.

Sleep J, Grant AM: West Berkshire perineal management trial: three year follow up. *Br Med J* 1987;295:749-751.

Spencer B, Thomas H, Morris J: A randomized controlled trial of the provision of a social support service during pregnancy: The South Manchester Family Worker Project. *Br J Obstet Gynaecol* 1989;96:281-8.

Stewart P, Spiby H: A randomized study of the sitting position for delivery using a newly designed obstetric chair. *Br J Obstet Gynaecol* 1989;96:327-333.

Tarnow-Mordi WO, Shaw JCLE, Liu D, Gardner DA, et al. : Iatrogenic hyponatraemia of the newborn due to maternal fluid overload; a prospective study. *Br Med J* 1981;283:639-642.

The World Bank: *Social Indicators of Development*. Washington, DC: World Bank, 1995. Treffers PE, Eskes M, Kleiverda G, Van Alten D: Home births and minimal medical interventions. *JAMA* 1990;264:2203-2208.

Treffers PE : Selection as the basis of obstetric care in the Netherlands. In: Abraham-Van der Mark E (ed). *Successful home birth and midwifery. The Dutch model*. Westport, Connecticut, Bergin & Garvey 1993.

US DHHS: *Caring for Our Future: The Content of Prenatal Care*. Washington DC: Department of Health and Human Services 1989.

Van Alten D, Eskes M, Treffers PE : Midwifery in the Netherlands; the Wormerveer study: selection, mode of delivery, perinatal mortality and infant morbidity. *Br J Obstet Gynaecol* 1989;96:656-662.

Vallgarda S: Trends in perinatal death rates in Denmark and Sweden, 1915-1990. In *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 9,201-218, 1995.

Varloteau CH, Gilbert Y, Beaudoin A: Avenir lointain de 128 enfants ages de 13 a 14 ans de poids de naissance inferieur a 2500 grams.. *Arch Fr Pediatr* 33:233, 1976

Villar J, Belizan J :The relative contribution of prematurity and fetal growth retardation to low birthweight in developing and developed societies. *Am J Obstet Gynecol*, 143:793, 1982.

Villar J, Farnot U, Barros F, Victoria, C et al. :A randomized trial of Psychosocial support during high-risk pregnancies. The Latin American Network for Perinatal and Reproductive Research. *N Engl J Med* 1992;327:1266-71.

Vinacur J: La Mortalidad Materna por Regiones Geograficas. Republica Argentina: en *FASGO-Ciencia e Informacion*, Bs. As.,1997; 1:22-30.

Waldenstrom U, Gottvail K: A randomized trial of birthing stool or convencional semirecumbent position for second-stage labour. *Birth* 1991; 18:1:5-10.

Waldenstrom U, Nilsson CA: Women's satisfaction with birth center care: a randomised, controlled study. *Birth* 1993; 20:3-13.

Waldenstrom U, Nilsson CA: Experience of childbirth in birth center care. A randomized controlled study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; 73:547-554.

Westgren M, Ingermarsson I: Delivery and long term outcome of very low birth weight infants. *Acta Obstet Gynecol Scand* 61:25, 1982.

Williams RM, Thorn MH, Studd JWW : A study of the benefits and acceptability of ambulation in spontaneous labour. *Br J Obstet Gynaecol* 1980;87:1 22-1 26.

Wood C, Renou P, Oats J, Farrel E, et al. : A controlled trial of fetal heart rate monitoring in a low-risk population. *Am J Obstet Gynecol* 1981;141:527-534.

World Health Organization: Recommended definitions, terminology, and format for statistical tables related to the perinatal deaths. *Acta Obstet Gynecol Scand* 56:247, 1977.

World Health Organization: The incidence of low birthweight. A critical review of available information. Geneva, World Health Organization *Stat Q* 33;197,1980.

World Health Organization/Unicef. *Protectin, Promoting and Supporting Breast Feeding: the special role of maternity services*. Geneva, World Health Organization 1989.

World Health Organization: *Maternal Mortality. A Global Factbook*. Doc. MCH/MSM/91.3. Geneva, World Health Organization 1991.

World Health Organization: *Thermal control of the newborn: a practical guide*. FHE/MSM/93.2. Geneva, World Health Organization 1993 (a).

World Health Organization: *Preventing prolonged labour: A practical guide. The partograph*. Document WHO/FHE/MSM/93.891011. Geneva, World Health Organization 1993(b).

World Health Organization: *Clean delivery for the prevention of tetanus and sepsis: Strengthening of country-wide programmes*. Document CHD/MSM/ 94. 1. Geneva, World Health Organization 1994(a).

World Health Organization: *World Health Organization partograph in management of labour*. *Lancet* 1994;343:1399-1404. (1994 b).

World Health Organization: *Mother-Baby Package: Implementing safe motherhood in countries*. Document FHE/MSM/94.11. Geneva, World Health Organization 1994©.

World Health Organization: *Report of the Technical Working Group on Essential Care of the Newborn*. Geneva, World Health Organization 1996(a).

World Health Organization: *Care in Normal Birth: a practical guide*. Document WHO/FRH/MSM/96.24. Geneva, World Health Organization 1996(b).

Yao AC, Lind J, Vourenkosky V: Expiratory grunting in the late cord clamped normal infant. *Pediatrics* 1971;48:865-870.

COMENTARIOS AL DOCUMENTO PRESENTADO POR RICARDO SCHWARCZ

Larguía:

¿Cuáles serían las ventajas y los inconvenientes de la ligadura tardía del cordón umbilical?

Schwarcz:

La ligadura del cordón umbilical del niño sano y de término debe hacerse después de 3 minutos o después que el cordón deje de latir, siempre con el niño a nivel del perine materno o por debajo del mismo. Las evidencias son: 1) el volumen de sangre aumenta hasta un 32% y pasa en su 80% en el primer minuto completándose a los tres minutos, con relación a la ligadura precoz; 2) no se han observado sobrecargas cardíacas ni trastornos respiratorios. Parecería que el recién nacido tiene un mecanismo de autorregulación que limita el volumen de la transfusión placentaria. Más aún, el sistema circulatorio del recién nacido es capaz de ajustes rápidos frente a un incremento del volumen de sangre y de la viscosidad, por dilatación vascular, extravasación de líquido, etc. Este ejercicio el niño lo viene practicando en la vida fetal frente a emergencias hipóxicas transitorias; 3) con la ligadura tardía (3 min.) se puede ganar hasta 50 mg. de hierro que puede paliar deficiencias de hierro en el primer año de vida, de la mayor importancia en poblaciones con problemas nutricionales; 4) no hay diferencias significativas en la incidencia de ictericia entre los recién nacidos con ligadura tardía y con ligadura precoz; 5) con la ligadura tardía la hemorragia postparto no aumenta aunque algunas evidencias débiles señalan que puede demorarse un poco más el alumbramiento; 6) la práctica de la ligadura precoz es una intervención que necesita justificación, por ejemplo, en prematuros y en asfixiados donde se necesita más investigación para demostrar los beneficios de la ligadura tardía.

Agrelo y Sabulsky:

En lo que respecta al tema del embarazo en adolescentes, los datos del estudio CLACYD de los años 1993/94 muestran que en la ciudad de Córdoba, sobre una muestra representativa de 529 madres de 18 a 40 años se obtuvieron las siguientes cifras sobre frecuencia de mujeres con edad menor o igual a 18 años al momento de tener el primer hijo:

Población general	25%
Estratos sociales alto/medios	10%
Estratos sociales bajo/muy bajos	42%
Estrato muy bajo	54%

La edad media al momento de tener el primer hijo fue de 22 años en la población general, de 24 años en los estratos sociales alto/medios y de 20 años en los estratos bajo/muy bajos. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0.001$).

Con referencia a la talla final al momento del primer embarazo según la edad de la madre y el estrato social de acuerdo con los datos del estudio hemos encontrado que la talla de las adolescentes después de la menarca aumenta en promedio 6 cm hasta alcanzar la talla final. En las madres adolescentes se produce una competencia entre los requerimientos energéticos propios de su crecimiento y los derivados del embarazo. El objetivo del trabajo fue analizar la relación entre edad de la madre al momento de su primer embarazo y talla final alcanzada. Se estudiaron 529 mujeres (de 18 a 40 años) pertenecientes a seis estratos sociales. Se consideraron dos grupos G1 ≤ 18 años al momento del primer embarazo ($n=134$) y G2 > 18 años al momento del primer embarazo ($n=395$). La talla fue medida en 1994, según técnicas estandarizadas. Se analizaron medias y desvíos estándares y se aplicó el Test t para la comparación de medias entre grupos.

La media de talla final del G1 fue de 156 cm y la del G2 158,7 cm ($p < 0.001$). Los valores medios del G1 fueron menores que los del G2 en todos los estratos sociales; las diferencias fueron estadísticamente significativas en los estratos 4 y 6 (bajo y muy bajo). En el G1 la talla media se ubicó a -0,43 DE de la muestra del estudio CLACYD. Se concluye que las mujeres que se embarazan a edad ginecológica temprana, especialmente de los estratos sociales bajos,

padecen un nuevo obstáculo que limita su crecimiento lineal, con todas las implicancias que una talla baja supone.

Quisieramos comentar también algunos datos acerca del estado nutricional de las madres del estudio CLACYD de acuerdo a mediciones realizadas un año después del parto

Indicador :	TALLA, referencia NCHS
N :	530
Población general:	< 0.97 DS
Nivel alto:	< 0.45 DS
Nivel muy bajo:	< 1.25 DS

Calvo:

Es importante resaltar que a veces se sobresimplifican las estrategias y quedan reducidas a “slogans” del tipo: control prenatal precoz y 5 controles prenatales, cuando quizás lo más definitorio es la calidad del control.

Cuando se evalúa el llenado de la Historia Clínica Perinatal, se pueden comprobar algunas de las carencias de calidad del control, por ejemplo la falta de diagnóstico nutricional y de anemia en particular. En algunas series analizadas surgen datos de prevalencia de anemia en embarazadas de alrededor de 3%, lo que considerando la evidencia de otros estudios sólo puede significar que todos los casos en que no se midió hemoglobina fueron adjudicados a la categoría de anemia ausente.

Moreno:

La información disponible respecto a control prenatal muestra problemas de cobertura y calidad, ambas estrechamente ligadas. Las propuestas para solucionar ambas incluyen las siguientes actividades:

Mejorar el acceso a la APS. La mayor parte de los servicios del primer nivel -los centros de Salud- tienen una oferta limitada en días y horas de atención así como en medios de diagnóstico y tratamiento. Esta realidad obliga a la mujer a dejar su trabajo o el cuidado de los hijos para hacer colas o sacar número, trámites que insumen a veces varias horas, para después acceder a una consulta de 10 minutos en la mayor parte de los casos. A esto habitualmente se suma la necesidad de acudir a los hospitales de referencia en busca de determinaciones de laboratorio o ecografía.

Esta situación deriva de las características actuales de las redes de servicios de APS de la mayor parte de las provincias. En los últimos años se han multiplicado centros sin una verdadera planificación y en la mayor parte por razones políticas de respuesta a presiones de las poblaciones que reclaman atención. Este aumento significativo en número no ha significado aumento de la capacidad resolutive de los mismos, ya que generalmente están atendidos por un médico generalista único o bien un pediatra diario y un obstetra algunos días a la semana.

En áreas urbanas la capacidad resolutive del primer nivel sólo se logra con la creación de las llamadas Policlínicas, con servicios de clínica general, pediatría y tocoginecología diarias, algunas otras especialidades en forma periódica y servicios básicos de laboratorio y diagnóstico por imágenes.

Algunos comentarios referidos al concepto de mejorar la calidad de la atención médica. La necesidad de mejorar la calidad se inscribe en la obligación del profesional de salud de trabajar con alto nivel cualitativo y mejorar constantemente su trabajo como parte de una responsabilidad moral y ética de la profesión. Esto supone el conocimiento de las normas de atención que responden al conocimiento científico y por sobre todo su utilización a nivel del trabajo cotidiano de los servicios.

En Tucumán un grupo de docentes de la cátedra de Salud Pública estamos iniciando una experiencia para promover la preocupación del personal de salud en la gestión de calidad.

El concepto de gestión de calidad incluye la evaluación de los componentes de la calidad y la puesta en práctica de medidas correctoras para solucionar los problemas detectados. Esta es la

esencia de la gestión de calidad: combinar las evaluaciones con las medidas correctoras.

Hasta ahora la gestión de calidad se ha desarrollado sobre todo en los hospitales, que son la cara más visible y costosa del sistema. En APS es menor, probablemente por el aislamiento de los servicios, la falta de sistematización de la referencia y contrareferencia y porque allí se manejan más “problemas” que diagnósticos. El Modelo que hemos diseñado evalúa en forma compartida con el personal de salud, cinco actividades trazadoras, entre las cuales se encuentra el control prenatal. La evaluación incluye componentes de estructura, proceso y resultados pero privilegia el proceso y el grado de satisfacción de los usuarios. Para el proceso se utiliza la auditoría de historias clínicas y para el grado de satisfacción se hacen entrevistas pautadas y grupos focales. Lo importante es crear conciencia y preocupación del personal acerca de la necesidad de utilizar las normas de atención en la tarea cotidiana de los servicios, buscando cada vez una mayor calidad científico técnica. Estamos convencidos que esta estrategia es superior a los talleres y cursos, de los cuales se han realizado numerosos en el país, con escaso cambio en los indicadores.

Sabulsky y Agrelo:

Ya se ha hablado mucho del contexto social en el que se enmarca esta discusión. A las “epidemias” de este origen como las de pobreza e inaccesibilidad a los servicios de atención a la salud, se suman preocupantes “epidemias” de origen y responsabilidad profesional. En el campo de la salud materno-infantil, nos enfrentamos a dos tipos de epidemias; las por intervención: cesáreas, incorporación temprana de complementos alimentarios, abuso de tecnologías de eficacia dudosa en el embarazo (ecografías, monitoreos, inducciones); y las por omisión: carencia de acciones en planificación familiar con su secuela de embarazos no deseados y abortos. Nos cabe una enorme responsabilidad de orden científico y ético.

En aspectos conceptuales, el reduccionismo biológico, fragmenta el proceso embarazo-parto- puerperio y su atención, impide una visión integral del mismo y lo medicaliza, convirtiéndolo en un proceso “controlado” profesionalmente.

Hay algunas evidencias que surgen del estudio CLACYD y que corroboran lo que hablamos acerca de las características actuales de la distribución, equidad y científicidad en la atención de la salud.

a) La cuestión de la desigualdad en la atención del embarazo, parto y puerperio: modelos diferentes, antagónicos público/privado. ¿A qué lógica responden? ¿A una lógica científica o a la lógica de la organización de la atención y la ecuación costos/beneficio?. La constatación de que son los mismos profesionales en un nivel u otro, es una prueba de la lógica que predomina. El sistema aparece por encima de la biología (ecografías, tipos de partos, atención del RN). Antes de referir algunas cifras, diríamos que “la miopía de los promedios” generalmente impide ver el bosque de la tremenda desigualdad en la distribución de la salud-enfermedad en nuestro país. Algunos datos del CLACYD son por demás ilustrativos: Cesáreas: 13% en instituciones públicas y 46% en privadas sobre 709 nacimientos (entre el 95-100% del total) en un período de 12 días en la ciudad de Córdoba; el promedio: 32%; Alojamiento conjunto: 91% y 45% respectivamente (X: 66%); Primer alimento Lactancia Materna: 65% y 24% (X: 45%). Distorsión que no se justifica en términos de la distribución social. Las diferencias en el porcentaje de cesáreas y en la introducción precoz de complementos en la alimentación se inscribe en términos de carácter ético, a nuestro juicio, muy serios, que no deben desestimarse con justificaciones livianas, porque son intervenciones sobre las personas sin fundamentos científicos en la mayoría de estos casos.

b) La planificación familiar es el otro tema candente. Señalemos tres aspectos relacionados a ella: Los embarazos no planificados: en nuestro estudio el 63 %, sin mayores diferencias por estratos sociales. El desconocimiento del ciclo fértil: el 36 % de las mujeres de los estratos alto/medios y el 71 % de los estratos bajo/muy bajos desconoce el momento del ciclo de mayor riesgo para el embarazo; imaginemos esta condición y la recomendación para el uso de modalidades naturales de anticoncepción. El aborto y la mortalidad materna: nosotros no

tenemos cifras propias, pero en Córdoba, como en todo el país, la mortalidad por aborto complicado es muy importante para los sectores sin acceso económico a un aborto con mayores garantías. En 1988 la cifra oficial de mortalidad materna en nuestra ciudad fue de 75/100000; un estudio que coteja esas muertes con historias clínicas en centros sanitarios, la eleva a 180/100000 para el mismo período (78% evitables: infraestructura institucional y proceder médico, control prenatal, ocultamiento de embarazo). Lo mismo encontró el CENEP en Capital Federal. La primera causa se debió a infecciones/hemorragias y la segunda a abortos sépticos (24% de la mortalidad materna cuando el feto tenía menos de 28 semanas).

Vinocur:

Más allá de las diferencias entre jurisdicciones en TMI TMM, los niveles de las más favorecidas son altos comparativamente a sus recursos (¿Es el modelo de atención?, ¿Los límites puestos por la organización del sistema?) Ej. Capital tiene una TMI similar a la TMI de todo Chile y superior a Costa Rica.

Con respecto a la importancia de discutir el problema de la salud reproductiva de los derechos de las mujeres y adolescentes a informarse y acceder a los medios de su elección.

Respecto al control prenatal, es importante considerar su calidad para poder estar seguros de su impacto en la salud infantil.

Es muy importante tener en cuenta que los niveles educacionales van mejorando secularmente como consecuencia de la universalización de la enseñanza primaria y en una década la extensión al 8° y 9°.

Abeyá Gilardón:

El análisis de la totalidad de los nacimientos de 1992 en el país (Abeyá- Arch Arg de Pediatr 1995; 93:291-299) no muestra diferencias en la proporción de nacidos vivos con menos de 2500 gr. entre los hijos de madres analfabetas y con educación primaria incompleta respecto del resto. Probablemente existan diferencias en la estructura del bajo peso al nacer con diferente proporción de prematuros y retardo del crecimiento en cada grupo.

La meta de cinco controles prenatales se puede lograr medianamente sólo si existe una captación temprana de las embarazadas y una suficiente cobertura de atención. Mucho se ha dicho sobre que la captación y la cobertura están universalmente relacionadas con la calidad de la atención en los servicios. En la experiencia del PROMIN en aquellos Centros de Salud que han logrado una adecuada calidad de atención de la embarazada no se ha logrado igual grado de avance en la captación temprana y en la cobertura. Esto sugiere que así como la baja calidad es expulsiva de la demanda, hay actitudes y hábitos en la propia comunidad que no identifica al control como una necesidad.

Mercer:

Considero interesante el concepto de "dosis de control prenatal". Hoy desconocemos, sobre la base de lo expuesto en la presentación, la efectividad de una multiplicidad de acciones durante la etapa del control prenatal y deberíamos investigar "el umbral" en el cual estas acciones realmente logran el objetivo deseado. En este sentido, comparto la apreciación sobre la visión de los escépticos en el sentido de no querer aceptar la evidencia si no está demostrada a través de un ECAC (ensayo clínico aleatorizado y controlado). Todos sabemos de la dificultad de implementar dichos estudios, y más aún en cuestiones vinculadas con problemáticas sociales, en donde se hace dificultoso (y a veces éticamente cuestionable) desarrollar tales modelos de experimentación. Podríamos rescatar en este sentido un concepto aportado por la economía como lo es el de las externalidades. Según esta visión, existen un sinnúmero de resultados (beneficiosos y negativos) asociados con un gasto, una inversión o una intervención dada. Considero que existe un campo amplísimo asociado a las externalidades en salud que ameritan ser investigadas. Es muy probable que ciertas acciones que carecen de efectividad para un resultado que se desea obtener sea beneficioso para otro tipo de desenlaces no previstos.

Con relación a las intervenciones para reducir la prevalencia de bajo peso al nacer (BPN) u otro indicador de salud, considero oportuna la necesidad de visualizar cada problema en el contexto de su evolución histórica. Como consecuencia del fenómeno de transición epidemiológica (cambio en la magnitud y perfil de indicadores) se plantea la necesidad de evaluar las estrategias de intervención. Por ejemplo, son diferentes las estrategias para reducción de la mortalidad infantil en países con tasas por encima de 40/oo, o por debajo de 20/oo.....o por debajo de 10/oo. En este mismo sentido, los determinantes de la prevalencia de bajo peso al nacer son diferentes en aquellas regiones con prevalencias mayores de 10% (predominio del RCIU) o menores del 7% (predominio de la prematuridad). Hoy la Argentina se encuentra en esta última situación. Por otra parte, en la presentación se habló de un piso de prevalencia del 4% de carácter inmodificable. Las estrategias para reducir prevalencia de BPN entrarían en la categoría de "largo plazo". Dichas estrategias tendrían carácter intergeneracional porque englobarían las acciones orientadas a promover un crecimiento y desarrollo adecuado de la niña, una adecuada preparación preconcepcional, además de todas las acciones propuestas durante la etapa prenatal. De esta manera, podríamos cuestionar la efectividad de los programas de suplementación alimentaria durante el embarazo como estrategia para reducir la prevalencia de BPN en lugares con cifras inferiores al 7%. Es probable que la intervención sea efectiva a nivel clínico-individual pero no con carácter poblacional. Finalmente, puede darse el caso (a investigar) que la suplementación alimentaria durante el embarazo en sectores vulnerables pueda asociarse a ciertas externalidades beneficiosas como lo es la preparación de la embarazada para el logro de una mayor duración del período de lactancia de su futuro hijo.

Otro ejemplo lo demuestra la falta de relación entre la tasa de mortalidad materna y el porcentaje de partos institucionalizados o la tasa de cesáreas. Para nuestro país, la institucionalización del parto ya es un logro, y la tasa de cesáreas que es igual a la de Canadá (país con la menor mortalidad materna del continente) no siendo estas situaciones correctas variables explicativas que justifiquen las cifras de mortalidad materna de nuestro país. Aquí nuevamente, debemos reevaluar las estrategias de intervención. Para el caso particular de mortalidad materna, una intervención prioritaria consiste en el desarrollo de programas de procreación responsable en todo el territorio de nuestro país. La reducción de la tasa de cesáreas tendría en cambio otros beneficios (externalidades) como lo es la reducción de la tasa de prematuridad inducida, entre otros beneficios. En síntesis, no se pueden utilizar recetas históricas para problemas en continua transición. Hoy es el momento para reflexionar sobre el grado de adecuación de las estrategias en uso y la necesidad de implementar otras más innovadoras.

Arce:

Al considerar la importancia de la accesibilidad de la mujer embarazada a los controles en el Servicio de Salud, tanto en los aspectos geográficos, económicos, horarios, es necesario considerar muy especialmente los aspectos culturales. Esto es aún más relevante en la atención de la población rural y es fundamental en el caso de agrupaciones aborígenes con culturas y tradiciones propias referentes al embarazo, parto y salud en general.

La Provincia del Neuquén fijó sus propias metas para mejorar la salud, más exigentes que las nacionales, dado que sus índices sanitarios ya eran superiores a los nacionales, aunque inferiores a los de otros países latinoamericanos como Chile, Costa Rica y Cuba. Entre 1992 y 1997 se logró:

- En asfixia grave perinatal: reducir de 3 % a 1.9 %
- Bajo Peso al Nacer: reducir de 7.2 % a 6.8 %
- Mortalidad Materna: reducir de 65.5 %000 a 36.9 %000
- Mortalidad Neonatal: reducir de 9.2 %0 a 8.4 %0
- Captación temprana de la Embarazada (en el primer trimestre): mejoró de 26 % a 64 %
- Lograr un mínimo de cinco controles: mejoró de 64 % a 73%

El porcentaje de cesáreas en el Sector Público de Salud ronda el 10%, llegando al 14 % en el Hospital Provincial de Neuquén, receptor de derivaciones de alto riesgo. En las clínicas Privadas

era mucho mayor (26 % a 45 % en algunas) y se detectaron factores favorecedores de esta conducta: ausencia de parteras, falta de un lugar para que el médico pudiera esperar el trabajo de parto natural, presión de familiares para que la madre no sufra, médicos de guardia con mayor destreza quirúrgica que obstétrica. Estos factores pudieron remediarse en parte y reducir sensiblemente la frecuencia de cesáreas en el medio privado.

Recuerdo una experiencia en Finlandia, hace muchos años: la mortalidad infantil y neonatal ya era de las más bajas del mundo, pero observaban que los recién nacidos de bajo peso provenían mayoritariamente de madres que habían trabajado físicamente en el embarazo. Se otorgó licencia por maternidad a partir del 5° mes de embarazo a toda madre, con lo cual se redujo significativamente la frecuencia del bajo peso al nacer.

Onaindia:

De la presentación de Ricardo Schwarz se desprende que el primer contacto entre el sistema de salud y la adolescente embarazada es durante el embarazo, los controles luego disminuirán en frecuencia hasta ser insuficientes en un porcentaje significativo de los casos.

También surge de esta presentación que una de las grandes causas de mortalidad perinatal son los recién nacidos de bajo peso, y que la mayor parte del nacimiento de estos se da entre madres adolescentes, lo que no es de extrañar ya que esta población es seguramente la que menos cumple con los controles prenatales, así como la que está más expuesta a riesgos.

Sin embargo no se ha considerado como riesgo la falta de subjetividad en el seguimiento de estas u otras embarazadas.

En rigor de verdad esta necesidad de subjetividad aparece en las propuestas para mejorar la mortalidad perinatal, cuando se menciona la necesidad de respetar, en el momento del parto la privacidad de la embarazada, como así también sus deseos de estar con personas conocidas que la acompañen.

Sin embargo la singularidad de la adolescente es aún más compleja. Por otro lado, no puede efectuarse atención primaria si no se considera el embarazo de la adolescente como factor de riesgo para la salud del niño. Pero si consideramos el embarazo de la adolescente como un daño ya producido, el concepto de riesgo deberá enfocar las causas que llevaron a él. De esta manera nuestra réplica debe considerar soluciones que enfoquen estas motivaciones.

El punto que se deberá tomar en cuenta es el conocimiento y la atención de la sexualidad en la adolescencia, visto desde los sistemas de salud, pero también desde otras instituciones, ya sea la escuela u otras instituciones barriales, etc., que permitan un abordaje más temprano, ya que el primer contacto con el sistema de salud en el transcurso del primer embarazo, es ya tardío.

La pregunta que debemos formularnos, no es solamente que le pasa a esta persona que está embarazada, si no antes bien ¿qué le pasa a esta población con un riesgo tan alto de embarazarse?

Las soluciones a estos interrogantes se encontraran al considerar problemas tan complejos como la marginalidad social y familiar, las insuficientes perspectivas de futuro, la difícil inserción en el mercado laboral. Los adolescentes se enfrentan a su propia impotencia para llegar a ocupar un lugar en el mundo de los adultos. Las respuestas a estas arduas condiciones de vida son corporales y violentas, porque es corporal la naturaleza adolescente, y es violenta la sociedad en el sometimiento que propone. El embarazo no es más que otra respuesta corporal como lo son la violencia o las adicciones.

No obstante esta comprensión, si se trata al adolescente como un número se lo coloca a la fuerza en el lugar de donde escapa.

La satisfacción de estos problemas, tendrá que ser más subjetiva, amplia y compleja.

La situación neonatológica en la Argentina

“Los problemas no verbalizados”

A. Miguel Larguía

LA SITUACION NEONATAL EN LA REPUBLICA ARGENTINA

En nuestro país nacieron en 1996 675.437 personas que por definición moral son únicas e irremplazables. La tasa de natalidad es aparentemente baja (19.2 por mil) porque si lo es en Capital Federal (13.4 por mil) pero para nada, como siempre, en las regiones sanitariamente más vulnerables (en Formosa es por ejemplo 27.9 por mil).

Mucho se ha hablado de la importancia de la institucionalización del parto como acción fundamental para mejorar los resultados perinatales. La gente así lo entendió porque los partos domiciliarios no superan el 2% (1.8 en 1995 y 96). También mucho se ha escrito y está bien que así sea, sobre la madre adolescente. En números asociables a personas es dramático: 3185 hijos en 1996 tuvieron madres menores de 15 años, pero estadísticamente son sólo el 0.47%. Si agrupamos un intervalo de edad mayor, 15 a 19 años, fueron 102.524, es decir el 15.17%. Es para preocuparse. El seguimiento alejado de estas madres adolescentes no es alentador. Pierden o cambian de pareja, abandonan los estudios, tienen conductas de riesgo, no encuentran inserción laboral... ¡Qué futuro para ellas y sus hijos!

Es reconocida la relación entre bajo peso -peso de nacimiento (PN) menor de 2500 gramos- y muy bajo peso -(MBP): PN<1500 g- con mortalidad neonatal y vamos adelantando, ésta es injustificadamente alta en nuestro país. Pero 6.9% de los primeros y 0.89% de los segundos en 1996 no son demasiados como para identificar a este problema como el principal. Algo más debe estar ocurriendo.

Las personas jóvenes, como todos nosotros, tienen el derecho a vivir. Pero además desde el punto de vista objetable de años de vida productivos perdidos, este indicador es máximo, cuando la gente fallece de 0 a 10 años y esto nos sucede con demasiada frecuencia.

Sería útil ubicarnos en las 5 primeras causas de mortalidad infantil en 1996.

1. Perinatales	n= 6764	47.83 %
2. Anomalías congénitas	2606	18.42 %
3. Neumonías e influenza	705	4.98 %
4. Accidentes	514	3.63 %
5. Septicemia	440	3.11 %

Hemos ubicado entonces el problema. Las causas perinatales son mayoría. Pero debe ser aún más grave si aceptamos que persona/hijo se es también desde antes de nacer. Sumando la mortalidad fetal tardía (mayores de 1000g) a la neonatal precoz (1eros 7 días) se obtiene un indicador crudo (grosero) llamado Mortalidad Perinatal y es válido que exista. Para el total del país en 1996 fue de 20.8 por mil. Sin embargo somos un país especial porque en Capital Federal baja a 13.2 por mil y en Tucumán asciende a 33.9 por mil, inaceptable, aunque no inentendible.

¿Pero qué es lo estimulante de este brevísimo diagnóstico de situación? La concreta posibilidad de su corrección, veamos:

Cuadro 1

Muertes neonatales según criterios de reductibilidad (1996)

Reducibles por diagnóstico y tratamiento oportuno	n= 5217	61.1 %
En el embarazo	2904	34.0
En el parto	1093	12.8
En el Recién Nacido	1220	14.3
Otras reducibles	143	1.7
Subtotal	5350	62.7 %
Difícilmente reducibles	2728	31.9
Mal definidas	371	4.3
Otras causas	94	1.1
TOTAL	8553	100 %

¡Estos datos significan que es posible descender el 62.7% de las muertes neonatales! Que desafío! ... ¿y a las madres que tal les va?

La mortalidad materna es de 47 por cien mil RN Vivos (abortos primera causa). Es una barbaridad, pero para resumir, ¿cuál es la real dimensión-implicancia del problema? ¿Que la mortalidad fetal, perinatal y materna se mantienen estables o en franco ascenso! ¿Cómo, no eran reducibles?

Neuquén, que no es una provincia de las consideradas favorecidas entre 1980 y 1995 redujo la mortalidad infantil en un 55%, el doble de lo logrado por el país en el mismo período. Es una buena noticia. Son Argentinos. En el Hospital Materno Infantil Sardá con un promedio anual de 6659 RN por año, durante el período 1988-1997 inclusive, a pesar de que la prematuridad aumentó el 18.6%, que el 25% de las embarazadas no tuvieron control prenatal, y que el 32,2% tenía alguna patología, la mortalidad perinatal disminuyó el 44%, y la neonatal precoz el 42%. ¡Es posible!

¿Algún común denominador en ambas experiencias?

Hubo continuidad en las acciones.

Interpretación

Los indicadores de salud perinatal en la República Argentina no son satisfactorios. Esta afirmación es conocida y compartida por autoridades nacionales y provinciales, por sociedades científicas y por organismos internacionales. Las metas para el 2000 fueron propuestas hace ya casi 9 años (1990) y nuestro Presidente, las firmó en la Primera Reunión Cumbre en favor de la Infancia: "La acción fundamental a desarrollar a partir de 1991 es que las metas sean presentadas

a todas las organizaciones sociales, profesionales y a los gobiernos provinciales y municipales, con el fin de que las hagan propias, coordinando tareas en función de un plan de acción que será necesario elaborar”.

Con igual coherencia el Programa Materno Infantil y nutricional PROMIN, efectúa un inteligente diagnóstico de situación con respecto a las causas del deterioro en Salud Pública y agrega sus propuestas de cambio. Se invirtió mucho dinero, se pidió mucho dinero a préstamo (que habrá que pagar) pero los cambios, el progreso, no se produjeron.

Sin desconocer el mérito de estas propuestas que incluye además la Iniciativa “Hospital amigo de la madre y del niño” de UNICEF/OMS, quisiera muy brevemente ofrecer una interpretación personal, el punto de vista de un “internista” sin compromisos políticos.

La asistencia neonatológica NO es fácil, NO es barata y NO se puede improvisar. Además las acciones necesariamente deben ser longitudinales o continuas en el tiempo. NO se pueden agrupar en horarios o días y NO se pueden limitar. En resumen, asistir RN patológicos o enfermos y asistir prematuros es MUY difícil. Esto debe ser entendido y verbalizado porque de lo contrario el silencio de los Recién nacidos mal atendidos mantendrá una perversa complicidad. Los RN NO votan, NO se quejan, NO critican NO opinan, en definitiva y este es el sinceramiento final: No interesan. Porque de verdad NO importa que pierdan el derecho a vivir. Es lógico anticipar que su destino NO mejore y NO va a mejorar porque ningún plan intenta resolver lo que primero debe resolverse. A ellos los llamamos los “problemas” y les dedicamos gran parte del capítulo.

Los problemas determinantes del fracaso son facilísimos de enunciar:

- a- Los Hospitales/Maternidades están sucios porque no hay mucamas.
- b- Las indicaciones médicas no se cumplen porque NO hay suficientes enfermeras.
- c- Las plantas físicas de los Servicios NO son funcionales y están mal diseñadas.
- d- El equipamiento es obsoleto o nuevo y “carísimo” pero uno u otro NO funciona por falta de Service o NO tiene los insumos descartables necesarios.
- e- El Servicio NO tiene el mantenimiento y su “motor” o infraestructura falla.

Para fracasar NO hace falta más.

Hay soluciones Por supuesto.

Las describiremos a continuación, pero no sin antes mencionar que con tecnologías apropiadas de bajo costo, con una activa participación de los padres y con el apoyo permanente de Organizaciones no gubernamentales (COAS, Fundación Neonatológica, Servicio de Voluntarias, etc.) y con el apoyo circunstancial de funcionarios, el HMIR Sardá logra resultados más que aceptables. Se resumen a continuación.

Cuadro 2

HOSPITAL MATERNO INFANTIL RAMON SARDA DIVISION NEONATOLOGIA - RESULTADOS 1997

TOTAL RECIEN NACIDOS VIVOS	6809	
MORTALIDAD NEONATAL GLOBAL	49/ 6803	7.2 por mil
MORTALIDAD POST NEONATAL	6/ 6809	0.88 por mil

MORTALIDAD NEONATAL CORREGIDA n= 14 2.06 por mil
Excluye RN malformados y < 1000 g

MORTALIDAD NEONATAL EXCLUYENDO 26/6777 3.84 por mil
MALFORMADOS (n= 23)

*TASA MBP = 1.26 % MNG/MBP = 0.57

**TASA LBW = 8.81 %

* MBP Muy Bajo Peso (<1500g)
** LBW Bajo Peso (<2500g)

SOBREVIDA CORREGIDA
EXCLUYENDO MALFORMADOS

	n	Casos	Malformados	Sobrevida Corregida
500-749	12	7		41.7 %
750-999	16	6	1	66.7 %
1000-1249	26	4	-	84.6 %
1250-1499	32	3	3	100 %
1500-1749	50	6	3	93.6 %
1750-1999	73	3	1	97.2 %
2000-2500	391	7	6	99.7 %
Total < 2500	600	36	14	96.4 %
SOBREVIDA Corregida Neonatal excluyendo malformados		< 1000g	12/27	55.6 %
SOBREVIDA		1000-1500	4/55	92.7 %
SOBREVIDA		< 1500	16/84	80.4 %
SOBREVIDA		< 2500	22/586	96.4 %

A título comparativo también presentamos las estadísticas de un Servicio de Neonatología privado, durante un período lo suficientemente extenso y con un número de nacimientos alto. Ninguno de los problemas que desarrollaremos afectó el funcionamiento de este Servicio y la Dirección Médica fue la misma en ambos.

Cuadro 3

Clínica del Sol Arenales
1996 y Total 1986/96

	1996		Total	
	n	‰ (por mil)	n	‰ (por mil)
RN vivos	2.284		24.537	
RN vivos <2500gr	189	82.7	1.698	69.2
RN vivos <1500gr (MBPN)	27	11.8	240	9.8
Mortalidad Neonatal Global (MNG>500gr)	10	4.4	101	4.1
Mortalidad Neonatal Precoz (>500gr)	8	3.5	77	3.1
Mortalidad corregida (MC)*	4	3.5	28	1.1
Indice MNG/MBPN	0.37	0.42		

*MC: >1000gr y excluyendo RN malformados

Clínica del Sol Arenales

Sobrevida según subgrupos de peso excluyendo malformados 1986-1996

P.N. (gr)	Totales N	Fallecidos	Sobrevida Corregida (%)
<701	24	17	29.17
701-850	19	9	52.64
851-1000	38	4	89.48
1001-1250	72	3	95.84
1251-1500	87	4	95.41
1501-1750	121	1	99.18
1751-2000	198	2	99
2001-2500	1180	6	99.50
>2500	22798	12	99.95

Estadísticas agrupadas y supervivencia corregida 1986-1996

N= 240	RN <1500 gr Supervivencia 81%	Supervivencia Corregida* 84%
N= 159	RN 1000-1500 gr Supervivencia 91%	Supervivencia Corregida* 95%
N= 81	RN <1000 gr Supervivencia 62%	Supervivencia Corregida* 62%

* Excluyendo RN malformados

EL PROBLEMA ENFERMERÍA

La asistencia neonatológica tiene características casi únicas:

A. Es longitudinal, es decir, continuada, con la misma exigencia las 24 horas todos los días, semanas, muchas veces meses, incluyendo sábado, domingo y feriados. Un prematuro pequeño, un recién nacido en cuidados intensivos debe ser igual de bien atendido a las tres de la mañana de un lunes y a las tres de la mañana de un martes y todos los fines de semana del año que suman nada menos que 104.

Los cuidados no pueden concentrarse en las mañanas o de lunes a viernes, ni tampoco las indicaciones, medicaciones y procedimientos pueden programarse por períodos largos de tiempo porque su evolución es dinámica, los cambios (favorables o desfavorables) rápidos y frecuentes. La evaluación y los controles, incluyendo todos los monitoreos invasivos y no invasivos, necesariamente también son longitudinales y continuos, condicionando constantes replanteos contemporáneos con las modificaciones producidas.

B. La asistencia neonatológica de RN en cuidados especiales sólo puede ser efectuada por un recurso humano muy capacitado, actualizado y suficiente en número con la cobertura continua las 24 horas de cada día. Cualquier error sea por desconocimiento de la técnica o el equipamiento utilizado invariablemente agrava su condición-enfermedad de base, sin posibilidad de retorno a su estado anterior una vez corregida (desestabilización).

C. La asistencia neonatológica no admite una oferta de calidad intermedia. Se trabaja siempre bien o se trabaja mal. Toda la franja de “regular”, inexorablemente en resultados se suma a “mal.”

Los RN no pueden verbalizar su malestar, su dolor, su disconfort, su hambre, su sed, su silencio agrava su vulnerabilidad al no poder denunciar maltrato en todas sus formas. Este silencio obligado de los RN agiganta las responsabilidades de los responsables pero encubre las transgresiones del transgresor.

Este breve enunciado de exigencias asistenciales permite identificar fácilmente al agente de salud irremplazable para la obtención de buenos resultados pretendidos pero no alcanzados.

Después de su madre, las personas que los RN inexcusablemente necesitan son las enfermeras y/o enfermeros.

Aquí surge entonces claramente el problema principal no resuelto ni con el enfoque actual de la asistencia neonatológica en la Argentina posible de ser resuelto.

En la inmensa, abrumadora, mayoría de los Hospitales Públicos y de los Servicios Privados, el número de enfermeras/os es insuficiente, la cobertura de todos los turnos (incluyendo los “franqueros” de fines de semana) es deficiente, el ausentismo (en Hospitales públicos con fuerte accionar de las delegaciones gremiales) es insostenible, del orden del 30-40 % diario, la capacitación es pobrísima con porcentajes de auxiliares (un año de formación) inaceptable (alrededor del 80 %), la educación continua es prácticamente inexistente y la supervisión de las tareas de bajo nivel por las características de jerarquización vigentes.

Los Servicios de Neonatología con el “problema Enfermería resuelto”(la minoría extrema) tienen invariablemente buenos resultados en cualquiera de los indicadores de calidad elegidos, además de haber alcanzado los porcentajes de sobrevivida considerados óptimos.

Por el contrario, las grandes Maternidades con el problema enfermería no resuelto, tienen

indefectiblemente malos resultados demostrables aun con el indicador más crudo y grosero, el de Mortalidad, que ni siquiera incluye el que inexorablemente lo acompaña, el de Morbilidad (siempre hay mas heridos que muertos).

Necesidades básicas de Enfermería (Resumen)

Por turno

1 Enfermera Supervisora

- 1 “ c/1 -2 RN en terapia intensiva y asistencia respiratoria
- 1 “ c/2 RN en terapia intensiva sin ARM
- 1 “ c/4 RN en terapia intermedia
- 1 “ c/6 RN en cuidados transicionales o crecimiento
- 1 “ c/12 RN en internación conjunta Madre-hijo

NOTA: Este listado mínimo no incluye Puericultoras, Preparadoras de Material, Enfermeras especializadas en control de infecciones intrahospitalarias y Bioseguridad, etc., etc.

Las soluciones...

1. El número anual de egresadas de las escuelas de enfermería es insuficiente para una rápida cobertura de las reales vacantes existentes. Tampoco tendrían la especialización necesaria. La propuesta sería tomar una decisión coyuntural de excepción: efectuar una convocatoria a futuros enfermeros/as en número suficiente según la demanda real, con el requisito de secundario completo e ingresar para aprendizaje directamente en Servicio y con sueldo en Centros Perinatológicos-Materno Infantiles, seleccionados y acreditados. La enseñanza estaría a cargo de los actuales docentes de las Escuelas más personal capacitado hospitalario fuera de sus turnos de trabajo. El entrenamiento sería teórico-práctico, progresivo y supervisado con realización escalonada de tareas.

De esta manera en forma inmediata se tendría trabajando la cantidad necesaria de enfermeras/os y en no más de un año tendrían una formación-capacitación mínima pero adecuada y muy superior a la de los actuales auxiliares.

2. Se necesitaría una instancia de mayor relevancia académica. Esta se alcanzaría mediante la alternativa de luego de cumplido el año o dos años de formación Perinatológica o Materno infantil básica, se ingrese a un sistema de Residencia de Enfermería con mayor exigencia horaria y de estudio que también se llevaría a cabo “en Servicio” con la adquisición de responsabilidades asistenciales progresivas, rotaciones, evaluaciones, etc.

3. Finalmente la oferta incluiría la jerarquización económica de los enfermeros/as no por envejecimiento cronológico (antigüedad) sino por capacitación y acreditación continua. Esto significa que la carrera enfermería incluiría la posibilidad de realizar una vez por año un Módulo de Capacitación que duraría un mes y se llevaría a cabo fuera de los horarios de trabajo. Estos módulos se cursarían con una retribución adicional (beca) a la cual sólo se accedería una vez acreditada la materia. Estas serían por ejemplo: control de infecciones hospitalarias, bioseguridad, lactancia materna, balance hidroelectrolítico, terapias respiratorias, etc. Cada materia acreditada implica un plus en el sueldo básico. En diez años: diez materias, diez plus sumados al sueldo, diez nuevas capacidades. Quién no quiere cursar los módulos, no los cursa, gana menos... ¡Una carrera!

4. Debe combatirse el ausentismo que es injustificadamente elevado. Las enfermeras/os debieran

ser nucleadas por entidades gremiales diferentes de las actuales que por ejemplo para la Ciudad de Buenos Aires es la UOEM (Unión de obreros y empleados Municipales). El rol social de la enfermera debe ser jerarquizado por su trascendencia en la sociedad.

EL PROBLEMA EQUIPAMIENTO

La asistencia del RN sano no tiene costo material alguno y tan solo depende de adherir a la concepción ética de Maternidades Centradas en la Familia y a la iniciativa Hospital Amigo de la madre y del Niño. Ambas en definitiva implican cambios colectivos de actitud hacia una contracultura de la solidaridad.

Pero muy por el contrario los RN patológicos o enfermos y muy especialmente los prematuros, globalmente requieren un equipamiento actualizado, numeroso y en permanente estado de adecuado funcionamiento.

Aquí se despliega el problema en cuestión.

A. El equipamiento para Neonatología es en la mayoría de los Servicios insuficiente con excepciones paradójicas, como cuando existe donde no se sabe cómo utilizarlo, o el nivel de complejidad no lo justifica.

B. El equipo parcialmente o en su totalidad existe, pero no se proveen desde la Administración del Hospital los insumos (descartables, electrodos, cables-paciente, adhesivos, etc.) necesarios para su funcionamiento.

C. El equipamiento, de por sí ya muy costoso, es además adquirido siguiendo pautas para su licitación que se ajustan a modelos innecesariamente complejos que elevan su valor y hacen más difícil su manejo por un recurso humano mal capacitado. Tampoco se sigue la razonable propuesta de "Modelos Unicos" que permitan uniformar los criterios de su manejo. Los equipos son casi siempre importados y sus representantes locales frecuentemente cambian o lo discontinúan por modelos, no mejores ni prácticos, pero sí mas caros.

D. El equipamiento es adquirido muchas veces como concesión a la persistente demanda de los Jefes de Servicio o como acciones políticas visibles en lo inmediato. Pero no se contemplan dos aspectos fundamentales para el cumplimiento de los objetivos de su compra. Cada aparato debiera incluir un 20 % de su costo como presupuesto anual adicional para su mantenimiento. Si no se admite como real este costo oculto invariablemente el equipamiento quedará rápidamente inactivado, invalidando la inversión efectuada. Idéntico comentario merece la contratación permanente y garantizada de un Service preventivo-correctivo.

Los aparatos de monitoreo, los respiradores y sus accesorios, etc. , como todos los motores pueden descomponerse y se descomponen.

Las licitaciones de compra además de exigir garantías deben incluir el Service mencionado por el tiempo de vida útil anticipado. Desgraciadamente ya no son acciones políticas visibles en lo inmediato, sino alejadas en el tiempo.

Las soluciones

Surgen claramente del enunciado de los problemas.

1. Adquisición programada de tecnologías apropiadas eficientes y eficaces con licitaciones inteligentes. Renovación del equipamiento acorde con adelantos técnicos validados y con la evolución en la complejidad y los resultados asistenciales de los Servicios.

2. Presupuestos económicos que acompañen los equipos para la compra de los insumos necesarios para su adecuado funcionamiento.

3. Contratación de Services preventivos y correctivos correctamente auditados y supervisados.

EL PROBLEMA MANTENIMIENTO

Los Servicios de Neonatología si pretenden tener resultados asistenciales óptimos exigen una muy compleja planta física e infraestructura. La vulnerabilidad fisiológica de los RN agiganta los requisitos básicos para su atención. Téngase en cuenta que por ejemplo una unidad para Terapia Intensiva comprende:

- 9 a 12 m2 de superficie
- 12 toma corrientes
- Iluminación graduable
- 2 flumeters de oxígeno con escalas 1-12 litros y 0 a 3 litros
- 1 flumeters de aire
- 1 reductor de presión de O2 c/manómetro
- 1 reductor de presión de aire c/ manómetro
- 1 toma de aspiración c/manovacúmetro

Los sectores de Cuidados Especiales tienen instalaciones con circuitos alternativos de corriente eléctrica con disyuntores, cañerías de O2 y aire con filtros conectados a compresores y tanques de O2 líquido, circuitos de aspiración con bombas de vacío, sistemas de calificación y refrigeración, lavatorios, moblaje, depósitos, etc.

Es decir, un Servicio de Neonatología es de tal complejidad que para su mantenimiento, su ama de casa, necesariamente tiene que ser un ingeniero con personal idóneo, entrenado y disponible las 24 horas de todos los días. Ni para qué mencionar las medidas de prevención de incendios, cortes de energía eléctrica (grupos electrógenos!) Un corte de luz, un corte de vida.

Las soluciones

Fáciles de comprender nuevamente.

1. Un diseño de los Servicios por expertos en arquitectura hospitalaria.
2. Un ingeniero a cargo del mantenimiento
3. Personal específico y capacitado para el área.
4. Remodelación contemporánea a la evolución de elementos con mejor performace.
5. Lo barato sale caro.

EL PROBLEMA DE LOS MÉDICOS NEONATÓLOGOS

Es cierto que los Médicos Neonatólogos sin la solución de los problemas anteriores poco tienen que hacer. Los Servicios de Neonatología sin Enfermería, Planta física, Equipamiento y Mantenimiento, están condenados al fracaso, y así debe ser aceptado y comprendido para ubicar su condición de resolución prioritaria.

Un médico neonatólogo no es un médico de consultorio con horarios acotados ni resuelve transversalmente la enfermedad de un RN o la patología de la prematurez. Dijimos que el Neonatólogo no es un bombero, es un cultivador y es cierto.

Sin embargo el tema es complejo y merece su discusión.

A. La Neonatología en una Especialidad de la clínica Pediátrica y la necesaria información, formación, transformación para acreditarla no es tarea fácil. Requiere conocimientos teóricos y prácticos de procedimientos y éstos sólo pueden alcanzarse en Centros Perinatológicos de nivel terciario con suficiente número de partos y estándares asistenciales adecuados.

B. Los Médicos Neonatólogos sólo son útiles en su especialidad si la ejercen en horarios prolongados con sistemas de dedicación exclusiva. La cobertura asistencial no puede limitarse a horarios restringidos y matinales de lunes a viernes, mientras el resto de las horas y días dependen del anacrónico sistema de guardias de los Departamentos de Urgencia.

En Neonatología el concepto de urgencia es permanente y continuado. Unos muchos a la mañana y unos poquísimos el resto del día, simplemente no sirve, a los recién nacidos.

C. La conducción de los Servicios de Neonatología necesariamente tiene que ser desempeñada por expertos, acreditados y recertificados periódicamente por Sociedades Científicas y Universidades asociadas. Necesitan además el apoyo de otros expertos especialistas tales como epidemiólogos, genetistas, infectólogos, terapeutas, comunicólogos, educadores, etc. Además los Médicos Jefes Pediatras Neonatólogos tienen que integrarse con sus pares Médicos Obstetras para en forma conjunta llevar a cabo una dirección integrada, es decir Perinatológica.

Las soluciones

Las soluciones no son fáciles por las características propias de los profesionales médicos con reivindicaciones postergadas y por sus Asociaciones representativas que priorizan, por razones políticas, la estabilidad.

1. Planificar Residencias Médicas en Neonatología, Postbásicas (luego de 2 años de Clínica Pediátrica) Nacionales, con un plan consensuado, ajustado al diagnóstico de situación y a los objetivos escalonados a alcanzar. Esta formación de postgrado se llevaría a cabo sólo en Centros Perinatológicos, seleccionados por acreditación, sólo en el número necesario y con presupuestos compartidos.

2. Ofrecer dedicación exclusiva con retribución acorde que permita una cobertura programada, rotativa, progresiva mañana-tarde-noche de todos los días del año. Ofrecer sistemas de Educación Continua con acreditaciones de acuerdo a los intereses y perfiles personales y las necesidades locales. Exigir recertificaciones periódicas en los niveles de conducción.

3- Modificar los organigramas de los Centros Perinatológicos de manera que además de ofrecer sus servicios a las Familias coordinen su accionar, no con jefaturas en meseta y paralelas sino en forma piramidal en cascada con delegación de funciones y responsabilidades.

4- Crear sistemas de auditoría continuas que evalúen los resultados alcanzados en cada una de las metas propuestas utilizando no solamente indicadores de Mortalidad/sobrevida sino otras que además midan calidad, tales como:

- Índices de Infecciones intrahospitalarias
- Tiempo de recuperación de peso y percentilo al alta (Score Z)
- Incidencia de Retinopatía del Prematuro, hemorragias intracraneanas graves, secuelas neurológicas, displasia broncopulmonar, ECN, etc.
- Porcentaje de alimentación a pecho al alta de RN de muy bajo peso.
- Sobrevida en asistencia respiratoria mecánica.
- Participación activa y grado de satisfacción de los padres y muchos más.

Nota: Ver apéndice 1

INTERVENCIONES TERAPEUTICAS APROPIADAS I

Afortunadamente existen intervenciones terapéuticas que, efectuadas oportunamente, son muy apropiadas. El listado es extenso pero como ejemplo hemos elegido tres.

1. Administración prenatal de corticoides en amenaza de parto prematuro (APP).
2. Administración precoz postdata de surfactante en Prematuros.
3. Inducción de maduración intestinal con un programa de alimentación enteral precoz con leche humana en RN prematuros.

No incluimos el trascendente tema de la lactancia materna, al cual adherimos plenamente, por ser desarrollado en otro capítulo.

1. Pocas veces en Medicina se ha logrado un consenso tan universal como con la administración de corticoides en APP o en la interrupción electiva de embarazos pretérmino de alto riesgo.

Los resultados son impactantes:

- Menor incidencia, severidad y mortalidad por SDR (EMH)
- Acción sinérgica en SDR con la administración postnatal de surfactante exógeno.
- Menor incidencia de Ductus arterioso hemodinámicamente significativo (PDA)
- Menor incidencia de Enterocolitis Necrotizante (ECN)
- Menor incidencia de Displasia broncopulmonar (DBP)
- Presión arterial más estable las primeras 48 hs de vida en RN de muy bajo peso (MBP)
- Menor pérdida de agua por perspiración insensible (PIA) por maduración de la piel.

El listado de beneficios es por lo tanto tan extenso que al agregar que prácticamente no tiene contraindicaciones y que su costo es ínfimo, se concluye que no administrar corticoides en APP debe considerarse “malpráctica médica” o iatrogenia por omisión.

Los Centros Perinatológicos deben efectuar auditorías constantes respecto a esta intervención. La expectativa razonable por todo lo mencionado es que las madres del 100 % de los prematuros (de 34 o menos semanas de edad gestacional) hayan recibido corticoides (betametasona o dexametasona). Patologías maternas como diabetes e hipertensión no son contraindicaciones, como tampoco lo es la ruptura prematura de membranas o trabajo de parto. Aún con períodos de latencia inferiores a 24-48 hs los corticoides prenatales tienen efectos beneficiosos sobre la biosíntesis de surfactante y otras variables.

INTERVENCIONES TERAPEUTICAS APROPIADAS II

2. Luego de la administración prenatal de beta o dexametasona a mujeres embarazadas con amenaza de parto prematuro o con interrupción pretérmino electiva, la intervención de mayor impacto en la asistencia neonatológica ha sido la administración de surfactante exógeno natural modificado a RN con síndrome de dificultad respiratoria (SDR) enfermedad membrana hialina (EMH).

No puede ser el objetivo de este capítulo el desarrollo del tema surfactante pero sí queremos enfatizar que este espectacular progreso terapéutico es solamente posible con los problemas

prioritarios plenamente resueltos (enfermería, equipamiento, mantenimiento).

Es que la administración de surfactante exige la intubación endotraqueal del RN y un adecuado manejo de la asistencia respiratoria mecánica (ARM).

De todas maneras mencionaremos el campo futuro de nuevas indicaciones; aspiración meconial grave, hipoplasia pulmonar, edema pulmonar hemorrágico, etc. y el replanteo de su administración profiláctica en Sala de Partos versus rescate. Al respecto la controversia señala, y es cierto, mayores costos. Sin embargo como se observa en el Cuadro 4 la mortalidad se reduce un 7 % (de 20 a 13 %) y el número de dosis en los pacientes tratados disminuye de 1,5 a 1,2%. Por lo tanto en poblaciones seleccionadas de RN Pret. con alto riesgo de afectación se requerirían 7 dosis por cada paciente "extra" sobreviviente. A 500 \$-US la dosis son 3500 \$-US por cada uno de ellos. Por una vida, parece un precio razonable.

Cuadro 4

Surfactante Exógeno: Profilaxis vs. Rescate

	Prof.	Resc.	OR	IC 95%
Mortalidad Neonatal	7%	11%	0.55	.041-0.73
Mortalidad Total	13%	20%	0.59	0.42-0.82
Neumotorax	3%	5%	0.60	0.40-0.88
Enfisema Intersticial	3%	6%	0.51	0.32-0.79
% Tratados	99%	48%		
Dosis/Pac. Tratado	1.2%	1.5%		

C.J. Morley - Arch Dis Child 1997,77.70.74

3. Inducción de Maduración Intestinal

El reproducir un crecimiento postnatal comparable al intrauterino, sin tiempos de desnutrición y con una constitución corporal adecuada es difícil de lograr en el RN Pretérmino de MBP. Terapéuticas invasivas como la alimentación parenteral tiene indicaciones precisas pero es costosa, compleja y con un listado grande de complicaciones.

La intervención apropiada propuesta es iniciar precozmente alimentación enteral con LH en pequeños volúmenes. El objetivo es inducir maduración intestinal por la síntesis y de secreción de péptidos tróficos y neurotransmisores. Se pone en marcha además el eje enteroinsular con factores de crecimiento y de regulación de la glucemia. La LH provee nutrientes esenciales, hormonas también tróficas, enzimas y su sistema inmune con factores antiinfecciosos, antiinflamatorios e inmunomoduladores. Como resultado, disminuye la incidencia de ECN, acorta los tiempos hasta aportes "completos" y mejora la tolerancia digestiva.

A continuación se presentan los gráficos de crecimiento ponderal con un programa de AEP y P con LH sin alimentación parenteral en un grupo de RN Pretérmino de MBP (< 1500 g), divididos en 3 grupos según peso de nacimiento.

Un segundo gráfico los agrupa en sanos y enfermos entendiendo como estos últimos a aquellos que requirieron ARM por mas de 3 días.

Debemos advertir que la elección de aportes proteínico energéticos para RN de MBP es motivo de controversia y se ha sugerido que muchas variables del desarrollo ya han sido programadas prenatalmente. (Lucas A.1998)

GRÁFICO 2

Evolución ponderal de RN MBP alimentados con LH

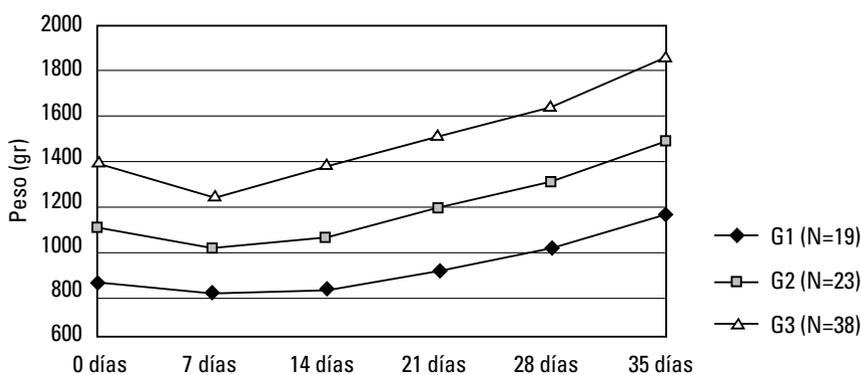
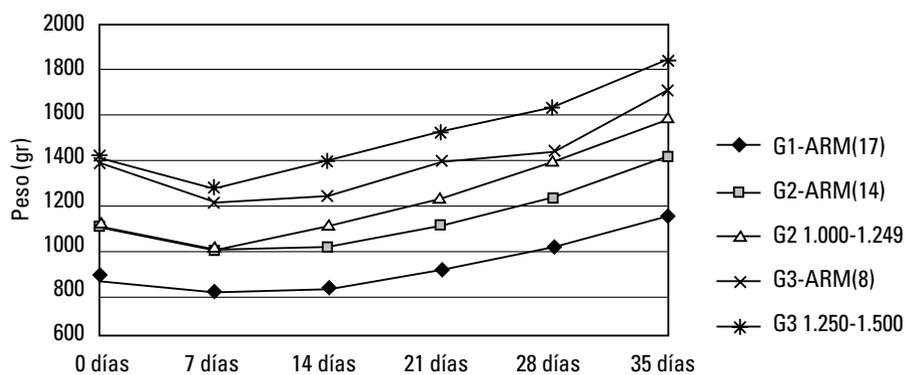


GRÁFICO 3

Evolución de RNPT MBP con ARM y sin ella



RESUMEN FINAL

La República Argentina tiene propuestas normativas Perinatales para la atención del embarazo normal, parto de bajo riesgo y atención inmediata del Recién Nacido (Ministerio de Salud Pública 1993). Tiene también una propuesta normativa perinatal para la atención de las patologías prevalentes (Ministerio de Salud 1996). Ambos documentos fueron consensuados por Jefes de Programas Materno Infantiles de todo el país y recibieron el aporte de consultores de las Sociedades Científicas de Perinatología (ASAPER), de Pediatría (SAP) y de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA). Las normas fueron aprobadas por resolución N° 856 del 29-XI-1993, dentro del marco del Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica implementado por Resolución (MS y AS) N° 149 del 1° de Junio de 1993.

Resueltos los problemas que con toda humildad desde un diferente enfoque se dieron en este Capítulo, la aplicación de estas Normas Perinatales necesariamente deberán producir la optimización de la asistencia y los resultados ya tan postergados.

“Recuperar el respeto por la mujer embarazada y por su hijo antes y después de nacer y garantizar el derecho a la vida de ambos” es la expresión reiterada de la Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER).

Hagámosla una realidad.

Los Médicos Pediatras pueden y deben asistir Recién Nacidos. Neonatología es una Especialidad de la Clínica Pediátrica críticamente necesaria para la asistencia de RN patológicos y prematuros y para interactuar con los Médicos Obstetras para la concepción integral de Políticas, Intervenciones y Normativas Perinatólogicas. Pero RN sanos afortunadamente son la mayoría y su Recepción en Sala de Partos es mandatoria.

Los médicos Pediatras pueden y deben asumir roles protagónicos, como médicos de la familia que somos, fuimos y seremos.

A nuestro modesto entender el perfil neonatológico necesario de ser incorporado por todos los médicos pediatras que lo quieran alcanzar es el siguiente (incluye sugerencias de lecturas y actividades).

Perfil Neonatológico del Médico Pediatra

1. Capacitación para la Recepción-Reanimación de Recién Nacidos a término
 - Curso de Resucitación Cardiopulmonar en el R.N. CEFEN.SAP
 - PRONAP . 1993 M. Larguía
2. Amplio conocimiento sobre Lactancia Materna
 - Módulo para acreditación como Hospital Amigo de la Madre y del Niño . SAP
3. Entrenamiento para el exámen del Recién Nacido y para la pesquisa precoz de malformaciones.
4. Actualización sobre el manejo de la ictericia.
 - PRONAP 1994 . L. Prudent - E. Alda
 - Revista HMIR. Sardá. Vol XIII N| 1994; 123-130
5. Actualización para el diagnóstico y manejo de sepsis precoz.
 - PRONAP 1994 . M.A. Sarubbi
6. Conocimiento sobre las capacidades del RN, importancia del vínculo precoz madre-hijo y la estimulación individualizada.
 - El Maravilloso Mundo del Recién Nacido. J.C. Martínez
 - Conocimiento sobre transporte Neonatal y Termorregulación
 - Normas CEFEN 1995
8. Actualización en Control y Manejo del embarazo y parto normal y del RN sano.
 - Normas Nacionales Ministerio de Salud Pública. 1994.
9. Información sobre Maternidades centradas en la familia y niveles de Complejidad.
 - 1er. Guía Argentina de Perinatología. ASAPER.

APÉNDICE II

El Federalismo

Es muy bueno respetar las provincias Argentinas, al gobierno autónomo de la ciudad de Buenos Aires y a sus habitantes. Es muy bueno respetar sus tradiciones, idiosincrasia y cultura. Es muy bueno respetar la historia y cada una de las constituciones y cada uno de los gobiernos.

Es importante promover y alentar las economías provinciales y es importante ser justos en la coparticipación federal.

Pero en salud y particularmente para los Recién Nacidos, los límites que se ven en los mapas de nuestro extenso país, pero no en la tierra que pisamos, no son aplicables ni les resuelven el problema. El federalismo condiciona diferencias. A algunos les va mejor y a otros les va peor.

En Perinatología la regionalización y los niveles de complejidad son imprescindibles y no son una utopía. Es muy difícil concebir y concretar políticas de Medicina Preventiva-anticipatoria y Educación para la Salud en tantos lugares diferentes, desintegrados entre sí y alienados. Es muy difícil mantener centros Perinatológicos terciarios eficientes y eficaces superpuestos con número insuficiente o excesivo de partos y/o con presupuestos de miseria.

En resumen, aunque moleste a muchos necesitamos Regiones Sanitarias con fusiones de provincias (o partes de ellas) con problemas sanitarios en común, solidariamente compartiendo objetivos, propuestas y acciones.

Y ahora lo más difícil: el presupuesto para la Salud de los Argentinos tiene que ser uno y resultar de la sumatoria racional de presupuestos municipales, provinciales y nacionales.

“Diagnóstico y Propuestas de los Programas Materno Infantiles”

El cómo, el qué y el porqué de los Programas Materno Infantiles.

POR QUÉ

- La mayoría de las muertes maternas tienen un punto en común: la falta de control prenatal
- La mayoría de las complicaciones del embarazo pueden prevenirse o tratarse.
- Cuidar a la embarazada es cuidar también al Recién Nacido.
- Cuidar a la embarazada es un deber de la sociedad toda.

QUÉ DEBE LOGRARSE

- Garantizar asistencia primaria a todas las mujeres.
- Promover, proteger y apoyar la alimentación a pecho.
- Reducir la anemia y las ETS en embarazadas.
- Reducir las muertes maternas por complicaciones del aborto.
- Reducir las muertes maternas por eclampsia, hemorragias y partos prolongados o detenidos.
- Reducir las muertes maternas por sepsis puerperal.
- Reducir las muertes neonatales por infecciones.
- Ofrecer planificación familiar.

CÓMO

- Definir una política nacional con objetivos inmediatos y largo plazo (consensuados)
- Evaluar las necesidades y los costos reales.
- Elaborar un plan de acción por etapas.
- Definir las fuentes de apoyo financiero.
- Implementar detalladamente el plan. Monitorizar y evaluar.
- Comprometer a la Comunidad haciéndola partícipe.

Prerrequisitos para el éxito de los PROGRAMAS MATERNO INFANTILES.

- La comunidad debe ser involucrada en el desarrollo, implementación y evaluación del programa de la que es destinataria.
- Los agentes de salud deben trabajar integrados con espíritu de equipo y de colaboración.
- La intervención debe ser efectiva (costo-beneficio) y mantenible en el tiempo.
- Debe existir una autoridad responsable supervisada y con control de gestión.
- La asistencia debe asegurar calidad además de accesibilidad e implica la capacitación y el equipamiento necesario.
- Deben utilizarse tecnologías apropiadas por ser efectivas y de menor costo.
- Las intervenciones deben basarse en información científica válida.
- El programa debe garantizar accesibilidad para todos.

Los recursos humanos y materiales no deben concentrarse exclusivamente en los niveles de máxima complejidad sino redistribuirse periféricamente y en las comunidades (descentralización).

APÉNDICE IV

METAS PARA LOS '90 Y SITUACIÓN ACTUAL

Metas Salud Pública	Situación Actual
• Reducir la TMI a 20‰ en todo el país	25,8‰ (1)
• Reducir en no menos del 25‰ la TMI en aquellas provincias con valores que actualmente superan el promedio nacional	
• Reducir a menos del 23‰ la TMM5 en todo el país (*)	29,5‰ (1)
• Reducir en no menos del 25‰ la TMM5 en aquellas provincias con valores que actualmente superan el promedio nacional	
• Reducir la mortalidad fetal tardía en 1/3	13,6 ‰ (1)
• Mantener la cobertura de vacunación por encima del 90%	93,3%/92,3%/91,3% (2)
• Reducir el número de departamentos en los que la cobertura de vacunación es inferior al promedio nacional	40% (3)
• Erradicar el tétanos neonatal	17 defunciones (1988)
• Controlar el sarampión	22 defunciones (1988)
• Reducir en un 50% las defunciones por diarrea y por respiratorias agudas	1,02‰ y 1,79‰ (1988)
• Reducir la mortalidad por accidentes en un 20% en menores de 5 años	1,72‰ (1988)

(*) La tasa de Mortalidad de Menores de 5 años (TMM5) representa la relación entre el total de niños fallecidos menores de 1 año y de 1 a 4 años y los nacidos vivos en un año dado.

(1) Las tasas de mortalidad infantil y de menores de 5 años provienen del "Programa Nacional de Estadísticas de Salud", Ministerio de Salud y Acción Social - 1988. Estimada provisoria 1990: 23‰.

(2) Los datos se refieren a las tasas de cobertura de las siguientes vacunas: BCG, Antisarampión y Polio 3 - 1990

(3) Estimación del promedio de coberturas de vacunación de 30 distritos con mayor proporción de hogares con necesidades básicas insatisfechas - 1990.

Metas Salud Materna	Situación Actual
• Reducir a menos del 0,4‰ la TMM en todo el país	0,48‰ (1)
• Reducir en una proporción mayor la mortalidad materna en todas aquellas jurisdicciones que actualmente tienen tasa superiores al promedio nacional	
• Cobertura del 90% de las embarazadas con TT	s/d
• Detección temprana del embarazo	s/d (2)

- Un mínimo de 5 controles prenatales s/d (3)
- Asegurar un mínimo de un control prenatal a la puérpera s/d
- Desarrollar e implementar programas de procreación responsable en todas las jurisdicciones, de acuerdo al sistema de valores vigente s/d

Nutrición

- Virtual eliminación de la malnutrición severa en todas las regiones 1,5%
- Vigilancia de crecimiento y desarrollo (CCD) en el 80% de los menores de 5 años s/d
- Reducir a menos del 7% la prevalencia de bajo peso al nacer y la prematurez s/d
- Control de las deficiencias de hierro y yodo s/d
- Lograr que el 60% de los niños sea amamantado por lo menos hasta el 4° mes de vida s/d

(1) Valores subestimados. Fuente: estadísticas Vitales M.S. y A.S., 1988

(2) El estudio IPA-INDEC de 1989 estimó que en las áreas urbanas de 5 ciudades del país el 68% de los embarazos fue detectado antes del 3° mes. Este valor es más elevado que el reflejado por el SIP: 8% en Capital Federal; 9% en el Hospital General Belgrano en el Conurbano y 12% en Esquel, Chubut

(3) El estudio IPA-INDEC de 1989, determinó que el 86% de las embarazadas tenía más de 5 controles. Las estadísticas de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, indican que el 68% de las embarazadas atendidas en sus hospitales tenían uno o más controles.

RESULTADO ESPERADO DE LA POBLACIÓN OBJETIVO LAS METAS PARA EL 2000

Metas Salud Infantil Año 2000	Situación de Inicio 1988	Situación al año 1996
Reducir la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) a menos de 20‰ en todo el país.	25.8‰	20.9‰

Reducir en no menos del 25% la TMI en aquellas provincias con valores que actualmente superen el promedio nacional.

Reducir a menos de 23‰ la Tasa de Mortalidad de Menores de 5 años (TMM5) en todo el país.	29.5‰	24.3‰
-------------------------------------------------------------------------------------------	-------	-------

Reducir en no menos del 25% la TMM5 en aquellas provincias con valores que actualmente superen el promedio nacional.

Reducir la Mortalidad Fetal Tardía en 1/3	13.6‰	13.1‰(..)
Mantener la cobertura de vacunación por encima del 90%	BCG 91.4% Antisarampionosa 92.3% Polio 3 89.9%	BCG 122.68% Antisarampionosa 98.83% Polio 3 89.95%

	DPT 79.9%	DPT 84.83%
Reducir el número de departamentos en los que la cobertura de vacunación es inferior al promedio nacional		
Erradicar el tétanos neonatal	17 casos	4 casos
Controlar el sarampión	22 defunciones	- (...)
Reducir en un 50% las defunciones por diarreas y por infecciones respiratorias agudas (IRA)	Def. por diarrea 1.02% Def. por IRA 1.79%	Def. por diarreas 0.63% Def. por IRA 1.42%
Reducir la mortalidad por accidentes en un 20% en menores de 5 años	1.72‰	1.55‰

(.) Datos del Sistema Informático Perinatal (SIP) de 40.389 partos oficiales de algunos establecimientos de 10 provincias argentinas. Año 1995.

(..) Razón de mortalidad fetal (por 1000 nacidos vivos). Datos de la Dirección de Estadísticas de Salud . MSAS.

(...) Datos definitivos no disponibles.

Metas Salud Materna Año 2000	Situación Previa 1988	Situación al Año 1996
Reducir a menos de 40 por cien mil la Tasa de Mortalidad Materna (TMM) en todo el país	48 o/oooo	47 o/oooo
Reducir en una proporción mayor la TMM en todas aquellas jurisdicciones que actualmente tienen tasas superiores al promedio nacional.		
Lograr la detección temprana del embarazo (en 1er. Trimestre)	Sin datos	6.72% (.) 84.3% (..)
Cobertura del 90% de la embarazada con Toxoide Tetánico	Sin datos	68.52% (.) 67 a 83% (..)
Lograr un mínimo de cinco controles prenatales	Sin datos	79.1% (.) 89.1% (..)
Asegurar un mínimo de un control postnatal a la puérpera.	Sin datos	Sin datos
Desarrollar e implementar programas de Procreación Responsable en todas las jurisdicciones de acuerdo al sistema de valores vigentes	1 jurisdicción (Capital Federal)	3 jurisdicciones (Capital Federal, La Pampa y Chaco)

Metas Nutrición Año 2000	Situación Previa 1988	Situación al Año 1996
Virtual eliminación de la malnutrición severa en todas las regiones (programa)	Sin datos	2.87% (.) (17 jurisdicciones bajo)
Vigilancia del crecimiento y desarrollo en el 80% de los menores de 5 años	Sin datos	45% (..)
Reducir a menos del 7% la prevalencia del Bajo Peso al Nacer	Sin datos	7.3%
Control de las deficiencias de hierro y yodo	Sin datos	Hierro: suplementación medicamentosa. Yodo: iodización universal de la sal de consumo humano.
Lograr que el 60% de los niños sean amamantados por lo menos hasta el 4to mes de vida en forma exclusiva.	Sin datos	15.8% (...) 23.5% (..)

(.) Datos de monitoreo del Programa, 1995-1996.

(..) Encuesta Permanente de Hogares, INDEC 1994 (Corresponde a 5 conglomerados urbanos del país). Publicado en: Infancia y Condiciones de Vida. Encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales. Buenos Aires: INDEC, 1996.

(...) Encuesta LACMAT: 2200 encuestas, 1995.

APÉNDICE V

Teniendo en cuenta que uno de objetivos principales de la Reunión convocada por CESNI es evaluar la situación nutricional de los niños en Argentina presentamos a continuación las Curvas de Crecimiento ponderal intrauterino correspondiente a RN vivos, sanos, del HMIR Sardá durante el período (n=48833). Con ajuste polinómico de 4to grado (San Pedro M, 1994,1997)

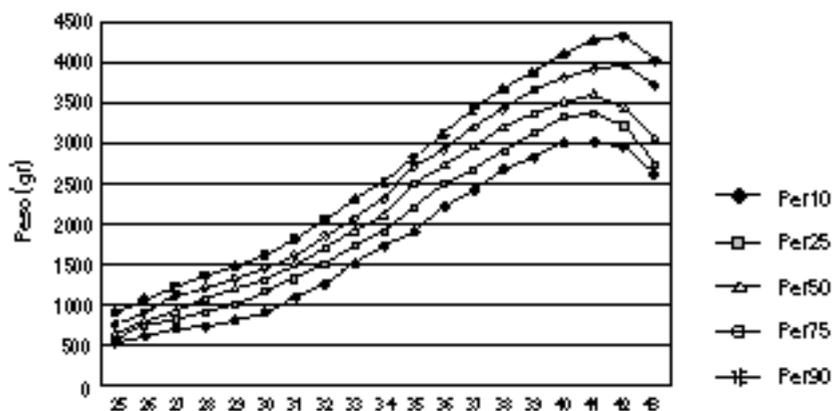
Es importante señalar que comparando el percentilo 50 con curvas efectuadas en la misma maternidad en 1976-78 (Lejarraga H.) éste es menor (tendencia) en todas las edades gestacionales siguiendo cambios seculares o desnutrición materna o nuevas adicciones (fumar?), etc.

Crecimiento Población Sana

Ajuste Polonómico de 4to. Grado

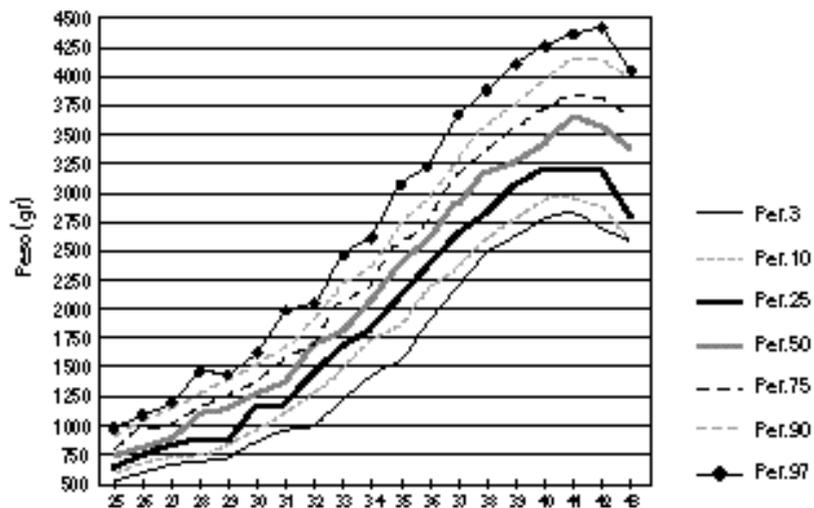
Htal R. Sardá N=48.883

Población Sana (Varones y Mujeres)



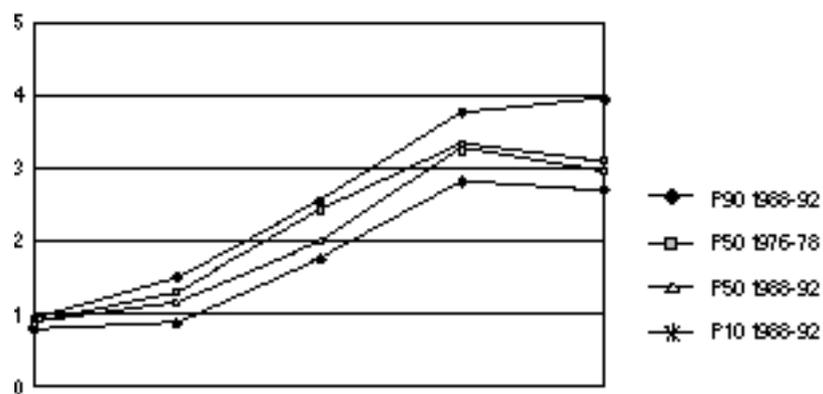
GRÁFICO

Curva de peso de nacimiento percentilada



Curva de peso de nacimiento percentilada

Sardá 1992 - Comparación con 1976-1978*



*Fuente: Sistema Informático Perinatal (OPS/OMS)

Peso al Nacer (gr) Población Sana
(Sardá, 1988-1992; n:25865)

Edad Gest. (sem.)	Número	Media	Desv. Standard	Sesgo	Curtosis	Coef. Variac. %	Porc. %	Per3	Per5	Per10	Per15	Per20	Per25	Per50	Per75	Per90	Per95	Per97	
25	17	749	124	0.098	1.823	16.58	0.07	509	550	550	550	550	550	650	840	950	950	950	950
26	26	842	120	-0.116	2.274	14.22	0.03	550	680	680	690	720	740	820	920	1000	1040	1050	1050
27	26	910	126	-0.370	3.019	13.85	0.07	600	700	700	800	820	830	900	980	1100	1120	1119	1119
28	46	1036	199	0.208	3.245	19.22	0.03	626	700	760	860	900	940	1000	1130	1280	1400	1490	1490
29	44	1100	181	-0.116	1.867	16.50	0.10	680	800	840	880	920	940	1080	1270	1340	1370	1390	1390
30	41	1267	201	-0.205	2.366	15.90	0.01	880	900	980	1010	1110	1170	1260	1420	1550	1600	1590	1590
31	33	1394	244	0.575	3.578	17.49	0.07	886	1000	1070	1140	1160	1170	1300	1550	1640	1800	2090	2090
32	114	1659	240	0.150	3.674	14.45	0.13	1080	1220	1310	1410	1460	1480	1650	1800	1920	2000	2060	2060
33	116	1859	300	0.407	3.359	16.11	0.10	1240	1340	1500	1540	1590	1640	1820	2030	2250	2320	2500	2500
34	243	2050	285	0.143	3.279	13.91	0.30	1490	1620	1700	1730	1800	1870	2050	2230	2420	2500	2590	2590
35	385	2330	372	0.124	4.259	15.97	0.50	1620	1710	1920	2000	2030	2090	2320	2560	2760	2970	3112	3112
36	770	2584	355	0.021	4.156	13.74	2.51	1820	2000	2150	2240	2320	2370	2580	2800	3000	3100	3250	3250
37	1831	2884	377	0.168	3.706	13.09	5.28	2240	2300	2420	2500	2580	2650	2870	3120	3350	3550	3690	3690
38	4394	3151	395	0.207	3.607	12.54	15.68	2500	2540	2680	2760	2830	2900	3120	3400	3650	3820	3900	3900
39	7541	3317	391	0.048	3.522	11.78	29.89	2650	2700	2850	2940	3000	3050	3300	3570	3820	3960	4020	4020
40	7604	3486	417	0.113	3.696	11.98	33.20	2770	2820	2980	3070	3140	3200	3480	3750	4000	4170	4300	4300
41	2168	3577	461	0.052	2.929	12.90	10.53	2770	2850	3000	3100	3180	3250	3570	3900	4180	4330	4460	4460
42	457	3560	492	0.040	3.333	13.83	1.40	2650	2760	2980	3070	3150	3220	3530	3880	4170	4370	4540	4540
43	9	3374	419	-0.281	1.748	12.40	0.03	2650	2650	2650	2650	2650	2800	3040	3680	3980	3980	3980	3980

Fuente: San Pedro M., Larguía M., Grandi C. et al. Arch. Arg. Pediatría 1994; 92: 259-270. "Estudio del peso del nacimiento en una maternidad pública del área urbana de Buenos Aires."

REFERENCIAS

- Propuesta Normativa Perinatal 1993. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Tomo 1
- Propuesta Normativa Perinatal 1996. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Tomo 2
- San Pedro M., Larguía M., Grandi C. y Solana C. "Estudio del peso de nacimiento en 30.249 recién nacidos en una Maternidad Pública del área urbana de Buenos Aires". Arch.Arg.Pediatr.1994;92:259-270.
- Larguía M., Perez A., Luján S. y Solana C.: "Evolución ponderal en recién nacidos de muy bajo peso con alimentación enteral precoz y progresiva. Arch. Arg.Pediatr.1997;95:234-241.
- Lomuto C. "Análisis de la situación de Salud Materno Infantil. República Argentina.1994-1996. Rev. HMIR Sardá 1998;17:59-65.
- Grupo de trabajo técnico. Organización Mundial de la Salud: Cuidados en el parto normal: una Guía Práctica. Birth 1997;24:121.
- Lucas A.: "Programming by early nutrition: An experimental approach. J.Nutr.1998;128:401.
- Larguía M., Grandi C., Solana C.: La mortalidad Perinatal "Un gran problema oculto". Magnitud y factores de riesgo. Premio Fiorini. Facultad de Medicina. Universidad del Salvador.
- Lomuto C.: "De qué se mueren los Recién Nacidos en la Argentina de 1995".Rev.HMIR Sardá1998;17:31-35
- Safe Motherhood Care in Normal Birth: A practical guide World Health Organization 1996.
- Mercer R. " La gestación". Editorial. Boletín ASAPER 1997;10:5.

COMENTARIOS AL DOCUMENTO PRESENTADO POR MIGUEL LARGUÍA

Carmuega:

La inteligencia -parafraseando a Krebs- está en ver lo que todos ven pero pensar en algo diferente. Creo que la visión desde la perspectiva de un internista como la definiera Larguía, implica un replanteo abarcativo y profundo del modelo de atención clínica en general, desde el sistema de licitaciones, la capacitación médica, el recurso de enfermería, como la auditoría de su gestión y de sus resultados. En síntesis, una visión honesta que rescata la responsabilidad y la ética de lo que significa atender niños. En este sentido me parece apropiado el título de su documento porque el primer paso para la solución es comunicar esta realidad, es decir verbalizar lo no verbalizado.

Sin embargo quisiera hacer un breve comentario acerca del concepto de tecnologías apropiadas. Así como nos comentara Larguía, el resultado final -expresado en términos de mortalidad como de calidad de supervivencia- es la consecuencia del cuidado que se preste a cada una de las etapas. Por ejemplo, si un centro no cuenta con un entrenamiento apropiado para el manejo de la alimentación parenteral total (en todas sus etapas, desde la prescripción hasta el cuidado del catéter) seguramente que obtendrá mejores resultados con la alimentación enteral aún a pesar de que en microprematuros sea muy difícil alcanzar a cubrir por esta vía exclusivamente la totalidad del requerimiento nutricional. La búsqueda de "tecnologías apropiadas" constituye una obligación médica y debería ser uno de los objetivos de la investigación clínica especialmente en los países en vías de desarrollo donde existe cierta tendencia a importar tecnologías de punta sin la evaluación de eficacia en cada contexto de aplicación. Pero estas tecnologías apropiadas no deberían en modo alguno ser la consecuencia de nuestra imposibilidad de alcanzar excelencia en la atención sino una estrategia más apropiada frente a condiciones particulares locales. En este sentido las estadísticas de sobrevida de la Maternidad Sardá presentadas por Larguía a mi juicio realzan la importancia de la investigación clínica orientada al desarrollo de tecnologías apropiadas

Onaindia:

El documento que presenta Larguía es la continuación perfecta del que presentó momentos antes Schwarcz. Pero en este nos encontramos ya con el recién nacido de bajo peso, o muy bajo peso, internado y comenzando con sus padres el derrotero que lo llevará, o no, a la vida.

Pero aún cuando lo lleve a la vida la pregunta que debemos formularnos es ¿a qué clase de vida?. ¿En qué condiciones?.

Falta sin embargo un vínculo que una estos dos momentos, algo que haga desaparecer la solución de continuidad entre la visión del obstetra que se preocupa por la madre y su embarazo y la del internista preocupado por la sobrevida de su pequeño paciente.

Este puente a mi entender podría ser tendido por la presencia del pediatra durante el transcurso del embarazo. Y su puesta en práctica podría llevarse a cabo con la incorporación de la entrevista prenatal a partir del séptimo mes en el seguimiento de la embarazada.

La inclusión del pediatra en el seguimiento del embarazo, brinda a los padres y a su futuro hijo una posibilidad única para la prevención de complicaciones o incluso para el posterior acompañamiento de éstas, si surgieran. Así los padres podrían comenzar con las medidas de prevención y promoción de salud a través de una correcta medicina anticipatoria. La lactancia materna encontraría aquí un lugar privilegiado para ser incorporada, apoyada y defendida antes de ser implementada en la práctica, los padres asimismo tendrían la posibilidad en condiciones ideales, pero no imposibles de ser creadas, de elegir el profesional que se ajuste más a su propia realidad.

Pero más allá de esto se permitiría el primer contacto del futuro bebé con el Sistema de Salud, se le brindaría una primera oportunidad para ser pensado en su singularidad.

Resulta de gran importancia luego, pensar en cuál es la clase de vida a que accede aquel bebé que ha pasado por una internación larga, quizás con más de una complicación, o aún sin ellas. Si consideramos las complicaciones que lo acompañarán de por vida, la prevención deberá incluir no sólo el mejoramiento de los servicios de neonatología del país, sino también la implementación de un plan de seguimiento adecuado y suficientemente accesible para realizar la rehabilitación y la estimulación temprana indispensable para que estos sobrevivientes tengan las mejores oportunidades de incorporarse a la sociedad.

En cuanto a la propuesta de Larguía para la formación del recurso humano en el mismo sitio de trabajo, adecuado a las necesidades reales, y con un entrenamiento acorde a éstas, quiero recordar los intentos del Dr. Luis Becú, en el Hospital de Niños, hace diez años, que pese a enfocar este problema con una propuesta muy similar, atendiendo a los mismos problemas que hoy no permiten que el hospital funcione a plena capacidad, no pudieron superar las trabas administrativas ni gremiales.

Robredo:

De la presentación de Larguía se desprende la necesidad de optimizar el modelo de gestión de los hospitales. Una clave a incluir en este nuevo modelo son los incentivos a quienes ejercen funciones de responsabilidad. La falta de evaluación de resultados y por lo tanto la imposibilidad de generar premios y castigos tiende a la desmotivación de quien asume responsabilidades públicas. Esta es una de las causas de la mediocridad que a la larga genera el desempeño de la función pública con los esquemas actuales. El Estado no puede depender de una vocación pública mal entendida, sino generar los mecanismos que estimulen el esfuerzo y la creatividad para generar resultados que tengan como contracara una retribución económica que la premie. Esto se debe dar en todo el proceso, desde la selección de los postulantes mediante concurso, hasta el cumplimiento, o no, de las metas que surjan de una planificación acorde a los objetivos fijados. Asimismo el rediseño de los organigramas debe tender a que los jefes de división puedan administrar los recursos que consideren necesarios para conseguir estos objetivos; difícil es evaluar a quien no tiene poder de decisión sobre la administración de los recursos que intervienen en los procesos sobre los cuales opera. Esta sería la primera etapa en un proceso gradual cuyo objetivo es la autogestión de los hospitales, donde el máximo responsable del mismo sea el que administre el presupuesto asignado, rindiendo cuentas de acuerdo a objetivos definidos.

Vinocur:

En relación con los cambios que se están produciendo en el mundo y en el país, tendientes a elevar los niveles de eficiencia del sector salud, se comienzan a percibir algunas modificaciones que afectarán a las instituciones de salud con consecuencias sobre el personal, técnicos y los profesionales de la salud en general.

Este "ajuste" que sobrevendría sobre el sector debería orientarse entronando como principio: el bienestar de las madres y de los niños y no meramente la viabilidad económica. Pero esta decisión exige voluntad política de los actores con intereses contrapuestos, a consensuar una solución que sea lo más favorable en cuanto a preservar el capital social expresado en recursos humanos con experiencias valiosas y equipamiento aún útil y en funcionamiento.

El fracaso de estas instancias de consenso podría provocar una dolorosa pérdida de recursos y de inversiones que durante décadas realizó nuestra sociedad. Y por supuesto en tal escenario no serán nuestros chicos quienes menos se verán afectados.

Frente al problema de enfermería, durante muchos años y por diversos autores se viene señalando el déficit tanto en cantidad como calidad. Sin embargo esto no se ha plasmado hasta ahora en la adopción de políticas que posibiliten resolver este problema, que fundamentalmente debería reflejarse en mejores condiciones de trabajo para estos profesionales. ¿Por qué no?. ¿Existirá competencia con otros miembros del equipo de salud por acceder a mejores ingresos?.

Cugnasco:

Quisiera comentar en relación con la capacitación del sector enfermería, que considero importante incluir, eventualmente como módulo adicional, la temática del vínculo temprano, la interacción madre-bebé desde los momentos iniciales del nacimiento.

El hecho de ser padres es ya de por sí un desafío enorme, que pone en juego todos los recursos internos y externos de los progenitores. Si además, se trae al mundo un niño prematuro o con cualquier enfermedad, el desafío es considerablemente mayor. Los padres deben enfrentarse a su propia desilusión en relación a las expectativas de un hijo sano, a la frustración, los sentimientos de culpa, en fin, toda una serie de situaciones conflictivas que se suman a las complicaciones y problemas propios de la enfermedad.

Por ello, es necesario formar a los enfermeros, que son el personal que mantiene más contacto directo y cotidiano con los padres que “se internan” junto con sus hijos, para que funcionen como mediatizadores de las primeras interacciones y aprendizajes mutuos entre ellos. Los progenitores necesitan armarse de herramientas y recursos para acompañar a su hijo en forma adecuada y sobretodo, necesitan fortalecerse en su autoconfianza y autoestima para beneficio de ellos y sus niños.

Ageitos:

En relación con el problema de enfermería creo que no es aceptable proponer soluciones parciales que ignoren la estructura y perfil actual de la formación de enfermería en sus diferentes niveles. Aunque sin lugar a dudas se requieren de políticas activas de estímulo a la formación de personal que es crítico para mejorar la calidad de la atención.

Arce:

Comparto plenamente como todos los presentes, la necesidad de los cuidados óptimos de enfermería para todos los pacientes en general. En la neonatología son absolutamente indispensables. En mi visita a Cuba el año pasado pude comprobar el cumplimiento de esta premisa, pues cada cuna y cada incubadora contaba permanentemente con su enfermera al lado de la madre, contribuyendo a la admirable reducción de la morbilidad neonatal e infantil (7.3 % en 1997). Cada niño que fallece, aún los prematuros de muy bajo peso y apenas viables, es motivo de una investigación de sus causas y sus posibles remedios. Debemos aprender de ese ejemplo en salud, como también en la educación, aunque podamos no estar de acuerdo con otros aspectos políticos, ideológicos y económicos de Cuba.

Escobal:

La enfermería es un recurso crítico en la atención de los niños. Existen legislaciones nacionales en cuanto a la formación de la enfermera, que deberían ser respetadas en este momento.

Los grandes cambios son difíciles de realizar, sin embargo pueden y deben realizarse cambios inmediatos en cuanto a la jerarquización del rol de la enfermera, la integración de su tarea con el médico, la capacitación activa médico-enfermera y su participación en los programas o actividades de atención del niño.

El médico no puede disponer aisladamente de la formación y actividad de la enfermera si pretende cambios efectivos en la atención.

Mercer:

Desearía hacer un comentario sobre lo referido por Larguía acerca de la necesidad de transferir la responsabilidad a los Ministerios de Salud de la obligatoriedad del control prenatal. En este sentido, si bien los Ministerios tienen funciones normativas y reguladoras, la responsabilidad sobre el control prenatal y otros aspectos inherentes a la salud debe ser “compartida” en lugar de “transferida”. Este es un elemento a tener en cuenta habida cuenta que cualquier posibilidad de modificación de situaciones vinculadas con la prestación de servicios no puede excluir al usuario y su capacidad de decidir en forma autónoma cómo y de qué manera demandar y utilizar

racionalmente los servicios de salud.

En cuanto al tema de las intervenciones terapéuticas apropiadas, desearía hacer una modificación e incluir el concepto de intervenciones terapéuticas (como parte de las tecnologías) contextualmente apropiadas. Nadie puede cuestionar la efectividad del uso de los corticoides prenatales, del surfactante precoz o de la inducción de la maduración intestinal con el uso de leche humana. El problema subyace en la existencia de condiciones contextuales favorables para que dichas tecnologías sean realmente efectivas. A modo de ejemplo, el surfactante puede fracasar terapéuticamente si no se dispone de recurso idóneo para el manejo de los respiradores o de personal de enfermería para la atención de los recién nacidos en forma continua. Esta visión hace a la necesidad de incorporar mecanismos que aporten coherencia en los servicios, instituciones o ministerios, para la incorporación de nuevas tecnologías. Schwarcz propuso en una oportunidad la creación de comités de regulación de tecnologías. Esto significa que cada institución debería analizar sobre la base de la evidencia existente, el momento de desarrollo de la capacidad asistencial del servicio y la factibilidad de financiamiento de la nueva tecnología, entre otros, sobre la necesidad o no de incorporar nueva tecnología. Todos sabemos que muchas veces los servicios “crecen” en cuanto a su equipamiento por la percepción del jefe de servicio y por la presión de los fabricantes de tecnología. Esto ha generado como consecuencia la situación descrita en forma brillante por Larguía: sobreequipamiento, mal uso de los equipos, variedad de marcas y modelos, etc., etc.

Existen publicaciones que hablan de la “paradoja perinatal”. Este concepto implica el poco impacto social que ha significado la incorporación de nuevas tecnologías. La alta eficiencia interna del establecimiento asistencial se “diluye” si no está enmarcada en un sistema regionalizado de atención y una red de seguimiento de los pacientes externados.

Coincido plenamente con la necesidad de priorizar el eje de capacitación del recurso de enfermería. Además de las estrategias planteadas por Larguía, existen otras alternativas como lo es la capacitación a distancia. El Programa Materno Infantil de la Provincia de Buenos Aires ha desarrollado una modalidad denominada C.E.P.A.D. (Curso de Enfermería Perinatal A Distancia) que se basa en el principio de capacitación a distancia en servicios con actividades semipresenciales. Deseo significar que para nuestro Programa este eje de trabajo es central habida cuenta de la falta de posibilidad del personal de los hospitales de trasladarse (dadas las limitantes económicas y geográficas) a centros de capacitación.

Un comentario final con referencia a la mortalidad de prematuros durante la internación. Si analizamos este fenómeno con carácter longitudinal, tal como lo plantea Larguía, una cantidad importante de prematuros fallecen después de la internación. Estas muertes se producirán en nuevas internaciones y lo que es más preocupante, en sus propios domicilios. Los prematuros externados de UTI (que antes fallecían precozmente por la falta de desarrollo del sistema asistencial) contribuyen a engrosar las tasas de mortalidad infantil. Hoy el componente postneonatal no está divorciado del período perinatal. Históricamente se relacionaba a las muertes ocurridas durante el período neonatal con el evento embarazo, parto y puerperio, y las ocurridas durante el período postneonatal con factores ambientales. Hoy sabemos que los determinantes perinatales contribuyen significativamente a la mortalidad postneonatal. Para agregar complejidad a este cuadro de situación, muchos prematuros fallecen antes de nacer. Con esto deseo significar que una proporción importante de prematuros que fallecen fueron producto de embarazos no buscados o no deseados. En otros términos, estas muertes anunciadas podrían prevenirse a través de facilitar a la población de oportunidades y recursos para decidir en forma autónoma sobre el momento más oportuno para traer un hijo al mundo sobre la base del desarrollo de programas de procreación o sexualidad responsable.

Morbimortalidad en la niñez

Elsa M. Moreno

INTRODUCCIÓN

Las tasas de morbimortalidad del menor de cinco años son los indicadores más usados para evaluar la salud de los niños. La mortalidad del primer año, o mortalidad infantil es alrededor de cuatro veces mayor que la del preescolar, de 1 a 4 años. Sin embargo los niños de esos grupos comparten un aspecto importante que es la velocidad del crecimiento y desarrollo, que los hace más vulnerables tanto al medio físico como al medio social.

El mayor crecimiento y desarrollo de los niños, desde el nacimiento a la adolescencia, tiene lugar durante los cinco primeros años de vida. Durante los años que median entre el nacimiento y los cinco años el niño, nacido indefenso y dependiente, desarrolla el lenguaje, la locomoción, las relaciones sociales y los conocimientos y habilidades que hacen posible su entrada a la escuela. Pero este es también un período de gran riesgo no sólo por problemas nutricionales o cuidados de su salud que pueden determinar compromiso futuro de crecimiento y desarrollo, sino también por incompetencia de la familia o inadecuada estimulación social y cognitiva, que puede hacer peligrar su tránsito por la escuela, produciendo consecuentemente problemas académicos y sociales.

La vulnerabilidad a un medio familiar y social desfavorable hace que en estos niños se originen problemas que no causan la muerte en la mayor parte de los casos, pero que son fuente de dolor y sufrimiento para ellos y para toda la sociedad y que se traducen en una menor calidad de vida.

Por todo lo expuesto, las tasas de mortalidad infantil, preescolar y de menores de cinco años así como la tasa de sobrevivencia del niño hasta los cinco años se han convertido en además de indicadores de salud, también de bienestar y desarrollo humano.

Dentro del conjunto de estadísticas de salud, ningún otro indicador revela tan crudamente la diferencia entre las sociedades prósperas y pobres, como la tasa de mortalidad infantil. Por ello esta tasa, si bien es un indicador negativo, es aceptado y usado universalmente para medir no solamente la salud y bienestar de los niños, sino también para monitorear el bienestar y desarrollo humano, ya que a medida que se produce su descenso, se mejoran las condiciones de bienestar de los que sobreviven.

Sin embargo, las diferentes cifras en los países o regiones no pueden atribuirse exclusivamente a la riqueza o la pobreza. Hay países pobres en los cuales la tasa de mortalidad infantil es

relativamente baja y algunos países relativamente ricos en los cuales es alta. En efecto, no hay un correlato perfecto con el ingreso ya que el número de defunciones de menores de un año está más estrechamente ligado al nivel de bienestar general, resultado de la forma en que la sociedad atiende equitativamente las necesidades de su gente.

Como indicador social, la mortalidad infantil es más reveladora que el oscuro Producto Bruto Interno, ya que es extremadamente sensible a la distribución del ingreso. Él refleja no sólo la cantidad per cápita de comida, de agua potable, de servicios educativos y de salud, sino también la distribución y disponibilidad de tales servicios en la población.

Habitualmente se hace referencia a las cifras promediales de mortalidad infantil de los países y, como pasa con otros indicadores, el promedio nacional enmascara las realidades de algunas áreas o grupos poblacionales deprimidos. Con fines de programación y consecuente focalización, es preciso analizar los diferenciales entre jurisdicciones, regiones o grupos poblacionales de un país, ya que estos muestran la manera en que se distribuyen los bienes disponibles.

La alta mortalidad infantil está asociada a ciertos problemas sociales que pueden persistir aún en la fase de crecimiento de los ingresos, tales como el desempleo, la falta de educación, la contaminación ambiental, la discriminación de la mujer, pobres servicios de salud y otros.

En el estudio de la tendencia de la mortalidad infantil, los países que muestran claras ganancias en los ingresos, sin acompañarse de un descenso de la mortalidad infantil, muestran un proceso de desarrollo equivocado. A la inversa, un rápido descenso de la tasa de mortalidad infantil significa un mejoramiento de las condiciones sociales y ambientales.

La reducción de las tasas de mortalidad infantil tiene dos grandes significados, uno de ellos es un objetivo humanitario destinado al grupo más vulnerable de la población y el segundo es señalar que el proceso de desarrollo nacional se está moviendo en dirección saludable.

ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LA MORBIMORTALIDAD DEL NIÑO EN ARGENTINA

El llamado modelo epidemiológico señala que la salud está determinada por cuatro conjuntos de factores, correspondientes al ambiente físico, político y sociocultural, los estilos de vida, la biología y los servicios de salud. Es en las diferencias de estos factores que debe buscarse la diversidad regional de los indicadores. Por ello la mortalidad del niño debe ser estudiada en dos niveles de análisis: uno es la identificación de las muertes y sus causas y otro es examinar las condiciones sociales, económicas y ambientales que hacen al niño vulnerable a esas causas inmediatas.

1. La tasa de mortalidad en la niñez y sus tendencias

Para el estudio de las muertes infantiles es preciso contar con adecuados y oportunos registros. En nuestro país, si bien en forma periódica el tema de la mortalidad infantil está en la agenda nacional y logra causar gran impacto en la comunidad, la información disponible se caracteriza por su tardía disponibilidad, escasa información de morbilidad y un reconocido subregistro en algunas jurisdicciones, todo lo cual dificulta grandemente su utilización para el estudio de sus tendencias y por ende el adecuado monitoreo de los programas destinados a mejorar la salud del niño. Así es como recién en mayo de 1997, dispusimos de las estadísticas de salud correspondientes a 1995 y en el mismo mes de 1998, las correspondientes a 1996.

Para 1996 la tasa de mortalidad infantil fue de 20,9 por mil nacidos vivos. Esta tasa, después de algunas oscilaciones entre 1980 y 1985, viene descendiendo muy lentamente en la última década (Gráfico N° 1).

Las cifras de las diferentes jurisdicciones acusan grandes diferenciales y diez de ellas tienen una mortalidad infantil por encima del promedio nacional (Gráfico N°2). La provincia del Chaco, con la cifra más alta, 34,4 por mil, es casi tres veces mayor que las jurisdicciones con cifras más bajas. A esto debe sumarse el conocido hecho de que, cada una de las cifras esconde la realidad de grupos poblacionales cuya mortalidad tiene valores muy por encima de los promedios provinciales. Esta situación una vez más corrobora el papel desempeñado por las desigualdades sociales en el proceso de salud-enfermedad en la infancia.

Cuando se analizan los componentes de la mortalidad infantil, se observa que el descenso en el período 1985 a 1996 ha sido lento, tanto en el componente neonatal (0 a 28 días) así como en el componente posneonatal (1 a 11 meses 28 días). El descenso en el período considerado ha sido del 32 % para la tasa de mortalidad neonatal y 45 % para la posneonatal (Gráfico N° 3).

Las cinco primeras causas de defunción de menores de un año son las afecciones perinatales, las anomalías congénitas, neumonía e influenza, accidentes y enfermedades del corazón. El análisis de la estructura porcentual de estas cinco causas ha tenido pocas variaciones en los tres últimos años disponibles: las perinatales representan casi la mitad de las defunciones y tienden a bajar lentamente, las anomalías congénitas muestran ligero aumento relativo y aumentan más significativamente las infecciones respiratorias agudas (Tabla N° 1).

El agrupamiento de las causas de defunción infantil según criterios de reducibilidad, muestra alto porcentaje de muertes consideradas reducibles. El significado de “reducible” en esta forma de agrupamiento, implica una mala calidad de la atención médica, ya que se trata de causas cuya frecuencia podría disminuirse en función del conocimiento actual y por acciones desarrolladas fundamentalmente por los servicios de salud.

Para el año 1996 los porcentajes de defunciones reducibles sobre el total fueron de 62% en las neonatales y 65% en las posneonatales (Gráfico N°4). En este último grupo llama la atención el alto porcentaje (13,2 %) de mal definidas, revelando la mala calidad del diagnóstico.

El bajo peso al nacer es de 6,9% como promedio nacional, contribuyendo a la mortalidad infantil en un 44,7% (Gráfico N°5). La tasa de mortalidad infantil de los niños nacidos con menos de 2000 gramos muestra en forma incuestionable la calidad de los servicios de atención neonatal (Gráfico N°6).

También hay estrecha relación entre la alta paridad y las edades extremas de la madre. En el grupo adolescente -menor de 20 años- la cifra de la mortalidad infantil es 50% mayor que el promedio nacional (Gráficos N° 7 y 8).

La relación entre el grado de instrucción de la madre y la mortalidad infantil es significativa, ya que en los hijos de madres analfabetas o con primaria incompleta la cifra de mortalidad infantil es más de cuatro veces mayor que en el grupo de las madres universitarias (Gráfico N°9).

El análisis de la atención médica recibida durante la enfermedad que causó la muerte, muestra que sólo el 78,7% de las defunciones infantiles recibió atención médica. En cuanto al lugar en que ocurrió la defunción llama la atención que algo más de uno cada cuatro niños (26,1%) no estuvo internado, lo que hace suponer que el niño murió en la casa (Gráfico N°10).

La estructura de causas de defunción en menores de un año, correspondiente a los años 1994, 1995 y 1996 muestra escasas variaciones (Tabla N°1) manteniéndose las perinatales en primer término con cifras cercanas al 50%, seguidas por las anomalías congénitas, neumonía e influenza, accidentes y enfermedades del corazón. La neumonía e influenza viene

aumentando sensiblemente en el período considerado.

La tasa de mortalidad de niños de 1 a 4 años para 1995 fue de 4,9 por mil. En cuanto a la estructura de causas las cinco primeras son los accidentes, las enfermedades del corazón, las anomalías congénitas, la neumonía e influenza y las deficiencias de la nutrición (Tabla N° 2).

Después de analizar las muertes de menores de cinco años, que es el daño extremo, es preciso señalar la importancia de las afecciones que no causan la muerte pero que son causa de morbilidad y sufrimiento de nuestros niños. Los que sobreviven están sujetos a las transformaciones del ambiente y de los estilos de vida de los individuos, las familias, las comunidades y el trabajo, que van configurando una nueva forma de enfermar y de morir de nuestros niños.

En este nuevo perfil epidemiológico disminuyen o desaparecen las infecciones prevenibles por vacunación y persisten o reaparecen algunas otras enfermedades infecciosas. Mientras esto ocurre, adquieren cada vez mayor importancia por el aumento del número o por su importancia relativa, las enfermedades crónicas y degenerativas, las discapacidades, las derivadas de la exposición a la contaminación ambiental y los problemas derivados de un medio social desfavorable que en muchos casos se traducirán en accidentes, violencia familiar y social con maltrato, agresiones, abuso sexual y desamparo del niño.

2. Factores condicionantes de la Mortalidad en la niñez.

Ambiente sociopolítico:

Desde el punto de vista político es preciso señalar que nuestro país, después de un largo proceso de represión y dolor pasó a vivir la construcción de una democracia pluralista y participativa, imperfecta hasta la fecha, pero deseada por todos. Después de un período de horror inflacionario a fines de la década pasada se instaló una economía de mercado, con un plan de estabilización de la moneda y un ajuste estructural que llevó, después del “efecto tequila” en los comienzos de 1995, a un sostenido crecimiento de la economía que, expresada en términos del PBI coloca a nuestro país a la cabeza de los grandes países de América Latina, con un PBI de más de 8.000 dólares per cápita.

Sin embargo esta cifra alentadora se acompañó de una concentración de la riqueza disipando la imagen de la Argentina con una poderosa clase media y bienestar general. El ajuste no se ha acompañado de un refuerzo de las instituciones públicas que proporcionen un marco regulador para la economía de mercado al mismo tiempo que el desarrollo de políticas sociales que mitiguen las consecuencias de una exclusión de los sectores más desprotegidos.

Como producto del tipo de ajuste llevado a cabo, asistimos hoy a altas tasas de desocupación y subocupación cuyas crueles consecuencias en el bienestar de los niños contribuyen al lento descenso de las tasas de mortalidad infantil. Hemos llegado a promedios nacionales de desocupación que rondan el 18% de desocupados, a los que si sumamos la cifra de subocupados, podemos afirmar que uno de cada tres hogares argentinos están heridos por esta dura realidad que en la práctica se traduce en profundos cambios de los roles familiares, en hogares con ingresos insuficientes, con padres que van poco a poco perdiendo su valor para emprender la búsqueda de nuevas actividades y lo que es más grave, crece la desesperanza y se pierde la autoestima.

La realidad social en una sociedad con altos índices de desocupación y subocupación afecta también a los ocupados que sufren esperando perder su situación de privilegio, limitando su capacidad de elaborar proyectos para el futuro.

También la marginalidad social crece en el desempleo y la desocupación, la violencia y la delincuencia se constituyen en estrategias de supervivencia que abarcan a sectores de desesperanza cada vez más amplios.

Educación:

La importancia del grado de instrucción de la madre ya fue señalado como uno de los factores de mayor trascendencia en los niveles de mortalidad infantil. El censo de 1991 muestra que sólo el 53% de las mujeres completa la escuela primaria, 32,53% la secundaria y 7,55 % la universitaria.

En nuestro país la educación viene teniendo en los últimos años cada vez mayor fragmentación y participación del sector privado. El ingreso a la educación primaria es casi universal, registrándose altas tasas de escolarización inicial con alta deserción. De cada 100 niños que ingresan sólo el 55% completa los siete años reglamentarios. A esta circunstancia, se agrega la baja calidad del rendimiento ya que menos de la mitad de los alumnos del último año muestran adecuados conocimientos del lenguaje y se registran cifras menores para los logros en la áreas de las matemáticas y las ciencias naturales. En las familias de bajos ingresos son mayores el atraso escolar, repitencia, desgranamiento y logro de escasos conocimientos.

En la educación secundaria hay también altas tasas de matriculación con bajo rendimiento ya que sólo un 14% de los niños de las clases de ingresos bajos y medios termina el secundario. En este ciclo hay una mayor contribución del sector privado y mayor fragmentación.

La educación universitaria viene soportando una creciente expansión de la matrícula, que en la universidad estatal no se ha acompañado de un aumento correlativo de los recursos, lo que ha llevado a un sostenido desajuste entre los recursos docentes y las necesidades y por ende un deterioro de la calidad educativa. Simultáneamente se han multiplicado las ofertas de universidades privadas donde no pueden acceder las clases más desfavorecidas, lo que se traduce en creciente fragmentación.

En resumen, persisten los problemas estructurales. No se erradicaron en su totalidad las escuelas rancho y no se aumentó el presupuesto en forma progresiva como señalaba la Ley de Educación para llegar al año 2000 con un 100% de aumento, la capacitación docente sigue en algunas jurisdicciones un ritmo lento, la deserción escolar aumenta en los estratos más pobres de la sociedad y los maestros siguen esperando la prometida mejora salarial.

Ambiente físico:

En este área tan importante como factor condicionante de la salud del niño, la Argentina no ha cumplido las metas del Decenio.

En 1991, año del último censo, sólo el 34,94% de la población del país tenía disponibilidad de los dos servicios básicos, agua corriente y cloaca y el 28,57 no disponía de ninguno de los dos. También en este rubro las diferencias entre jurisdicciones son abrumadoras: Misiones tiene sólo 7,15% de su población cubierta con ambos servicios básicos, San Juan con 12,58% y Chaco y Santiago del Estero con cifras de 13% (Ministerio de Salud y Acción Social, 1996).

Porcentaje de Hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI):

Este indicador compuesto resume en cierta forma las condiciones del ambiente físico, socioeconómico y educacional de las poblaciones de manera que permite ser usado para aproximarse al panorama de la pobreza. Cuando se analiza este indicador a nivel de las diferentes jurisdicciones y áreas resulta útil para la focalización de programas sociales.

Los datos recogidos en el censo de 1991 muestran que once jurisdicciones están por encima de

20% de hogares con necesidades básicas insatisfechas y que ese grupo incluye todas las provincias del Noreste y Noroeste, donde como ya se dijo se registran las cifras más altas de mortalidad infantil (Tabla N° 5).

Nutrición:

En este punto es preciso señalar la importancia del peso al nacer y la desnutrición del niño como factores determinantes de la mayor importancia para la supervivencia y la calidad de vida del niño.

Vimos que en nuestro país el 44 % de las muertes infantiles están asociadas al bajo peso, el cual incluye los nacidos vivos de pretérmino y los de término con retraso del crecimiento intrauterino. La desnutrición materna tanto previa como durante la gestación, tiene consecuencias graves para el niño, a juzgar por la elevada incidencia de bajo peso al nacer, inmadurez, deficiencia del rendimiento psicomotor y muerte.

Las investigaciones realizadas en la “Argentina pobre” están llamando la atención sobre el alarmante número de niños desnutridos, mostrando tasas hasta ahora desconocidas. La pobreza sigue siendo la principal causa del hambre, aunque en teoría se produce suficiente alimento para dar de comer a todos cada año, muchos no están en condiciones de adquirirlos. Así los ricos terminan con demasiado y los pobres con muy poco.

La desnutrición no es solamente una consecuencia de la pobreza sino que también acarrea pobreza. Pero la reducción de la pobreza no lleva automáticamente a una mejoría de la dieta individual y a un equilibrio nutricional y el progreso logrado a medida que los ingresos de las familias aumentan es relativamente lento. Es preciso aumentar la capacidad nacional para mejorar las prácticas de alimentación saludable, proporcionar acceso a servicios de salud adecuados, al agua y a una higiene satisfactoria. Una mejoría en la nutrición se puede obtener a diferentes niveles de desarrollo y niveles de ingreso, pero para ello es necesario la existencia de programas que mejoren directamente la nutrición y reduzcan la desnutrición.

Servicios de Salud:

En nuestro país, la falta de una adecuada respuesta del sector y la discontinuidad y baja cobertura de los programas de salud materno-infantil destinados a los grupos más desprotegidos, contribuyen a acentuar los efectos adversos del ajuste y han generado grandes cambios en la forma en que se desenvuelve el sistema de salud. Una de las consecuencias inmediatas ha sido una disminución de los presupuestos del sector social, entre los que se encuentra salud y que ha afectado sobre todo los gastos en equipos, insumos básicos y una virtual desaparición de los gastos de supervisión y capacitación continua del personal, responsabilidad esta última que ha quedado relegada al interés de los propios profesionales.

También el empobrecimiento de los argentinos y el desajuste del sector de Obras Sociales ha determinado cambios substanciales en las características y puntos de utilización de los servicios. La clase media, acostumbrada a la utilización de los servicios privados, financiados por la seguridad social, o los servicios de los sistemas de prepagos, encuentra dificultades económicas y recurre ahora en forma notoria a los hospitales públicos. En el área de atención de partos esta situación se ha tornado dramática pues el aumento no ha ido acompañado de aumento de recursos.

Todas las causas enunciadas contribuyen a que tengamos un sistema de salud fragmentado, inequitativo e ineficiente. La fragmentación surge como consecuencia de la multiplicidad de fuentes de financiamiento y la falta de coordinación y complementación de recursos de los diferentes subsectores.

La inequidad se evidencia por el dispar acceso de la población a la medicina de buena calidad: mientras las clases privilegiadas tienen acceso a servicios similares a los de países desarrollados, el resto de la población tiene que depender en muchos casos, de otros servicios con carencias de insumos básicos y estructura tecnológica obsoleta.

Esta situación es especialmente crítica en el caso de los niños, cuyos problemas de salud deben resolverse en el nivel de atención primaria, a menudo con una capacidad resolutoria deficiente por falta de organización, sus horarios reducidos, su falta de provisión regular de insumos y la inadecuada y azarosa referencia a los niveles más complejos.

En el caso de los servicios de atención neonatológica donde se mueren casi el setenta por ciento de nuestros niños menores de un año, la inequidad es abrumadora. Los servicios que incorporaron la tecnología de punta se convierten en verdaderas naves espaciales con sus innumerables equipos y aparatos, mientras otros servicios se muestran arrasados por la falta de apoyo y la postergación. A causa de las distorsiones señaladas se produce una cobertura intensiva de pequeñas porciones de la población, en donde se concentran los menores riesgos de salud y los mayores ingresos.

La ineficiencia surge sobre todo a causa del modelo de atención centrado en reparación, cada vez más caro por efecto de la constante incorporación de tecnología, no siempre eficaz. A esta circunstancia se agrega el efecto de la sobrepoblación médica que tiende a perpetuar el modelo a través de la especialización y el manejo de tecnología incorporada que es mejor remunerada que la atención general con contenido preventivo y promocional.

En relación a los niños de familias privilegiadas, aquellas pertenecientes a las familias más pobres, nacen con menor peso y de embarazos no controlados, presentan mayor mortalidad infantil, son hospitalizados con mayor frecuencia, crecen menos, reciben atención médica de peor calidad en especial por el inadecuado acceso a los alimentos y medicamentos, tienen un desarrollo psicológico inferior en todas las áreas y viven en condiciones ambientales menos saludables.

LA MORTALIDAD INFANTIL EN ALGUNAS EXPERIENCIAS DE AMÉRICA LATINA

Hasta ahora hemos analizado los aspectos epidemiológicos que sintetizan lo que pasa con la salud del niño en nuestro país. Parece oportuno analizar a continuación cuáles son los factores que han condicionado los descensos de la mortalidad del niño en algunas jurisdicciones, con igual o menor grado de desarrollo que Argentina y que muestran mayores tasas de reducción que nuestro país.

La Publicación de UNICEF, "Estado Mundial de la Infancia 1997", estima para nuestro país una tasa de Mortalidad Infantil de 24 por mil y una tasa de Mortalidad de Menores de Cinco Años de 27 por mil. En una serie de orden descendente de la tasa de mortalidad de menores de cinco años en 150 países, Suecia tiene el número 150, con una tasa de cinco por mil y Argentina figura con el número 95. En la misma publicación se citan las cifras correspondientes a otros seis países de América Latina, Cuba, Costa Rica, Panamá, Uruguay y Venezuela, todos ellos con cifras menores que nuestro país, pero que ostentan cifras de Producto Bruto Interno per cápita muy por debajo de la cifra de Argentina (Tablas N° 3 y 4).

Con estos datos puede afirmarse que en Argentina los avances en los indicadores macroeconómicos, entre los que se destaca el producto bruto interno, no se ha acompañado de una mejoría de los indicadores de salud y bienestar del niño.

Esta afirmación también es corroborada por un trabajo realizado con información de 1995 por el Dept. of Public Health Sciences, Karolinska Institute. En él se estudió la correlación entre la supervivencia a los cinco años de edad por mil nacidos vivos y el Producto Bruto Interno per cápita en 177 países con más de 100.000 habitantes. Argentina resultó estar más cerca de los países desarrollados en cuanto al PBI, pero en la tasa de supervivencia de los menores de cinco años, se aproxima a los subdesarrollados.

En resumen, cuando la tendencia mundial es el descenso sostenido de los indicadores de morbimortalidad del niño, en nuestro país se produce el fenómeno de una declinación lenta y no acorde con nuestro grado de riqueza y desarrollo.

Si tomamos el caso de Costa Rica, es preciso señalar que en 1970 este país tenía una tasa de mortalidad infantil de 61,5 por mil y Argentina de 58,8 por mil. A partir de ese año Costa Rica adhiriéndose al plan de reducción propuesto por el Plan Decenal para las Américas 1970-1980 (OPS, 1973), implementó una serie de medidas de extensión de servicios, logrando en 1979 la cifra de 22,1 por mil, casi similar a la que aún ostenta nuestro país. A partir de esos logros la cifras se han mantenido por debajo de ese valor, alcanzando en 1995 el valor de 14 por mil (UNICEF, 1997).

Se ha estudiado exhaustivamente la participación de cada uno de los factores que han contribuido al descenso de la mortalidad infantil en Costa Rica (Roxero Bixby, 1989). Para ello se cuantificó (mediante correlaciones y regresiones) la relación entre mortalidad infantil, desarrollo y salud pública en el período 1910-1945. Con este trabajo se demostró que las variables que representan la evolución económica del país habían tenido escasa significación, mientras que los indicadores de desarrollo social como educación y salud se correlacionan significativamente con los descensos. El mismo autor, cuando analiza la década del 70 concluye que el crecimiento económico e industrial de los principales municipios, prácticamente no tiene ninguna relación con el descenso de la mortalidad infantil.

Otros hallazgos presentados le permitieron concluir que el factor más importante que explica el éxito del país en el descenso de la mortalidad infantil en la década considerada, fue la extensión de los servicios de salud con la aplicación de la medicina comunitaria y la salud rural complementada con la provisión de agua potable, disposición de excretas y el mejoramiento nutricional. También encontró significativa la racionalización de los servicios hospitalarios y ambulatorios y la aplicación de un sistema nacional de seguridad social (Gráfico N° 11).

Si se analiza la evolución de la mortalidad infantil en algunas provincias argentinas, debe destacarse el caso de Neuquén. Esta provincia hacia el comienzo de la década del 70 tenía una tasa de 108,5 por mil, la más alta del país. A partir de ese año comenzó un marcado descenso de la misma, logrando en 1980 la cifra de 32,5 por mil lo que representó una reducción del 70%. A partir de esta década a pesar de que el ritmo de descenso fue menor se ha mantenido siempre por debajo del promedio nacional y en cifras similares a la de jurisdicciones de mayor grado de desarrollo.

En 1990 la cifra registrada de Neuquén era de 16,9 por mil, igual a la de Capital Federal y, desde ese año, con pequeñas oscilaciones, se encuentra siempre entre las jurisdicciones de cifras más bajas. En 1996 la cifra fue de 15,7 y en 1997 de 13,0 por mil.

La declinación de la tasa de mortalidad infantil en la provincia de Neuquén, en la década del 70, se produjo en forma diferenciada del contexto nacional, signado por la inestabilidad, el desajuste y el estancamiento.

Los cambios en la muerte infantil ocurrieron en forma simultánea con modificaciones de otros cambios sociales vinculados con la evolución de la población, la vivienda, la educación y el desarrollo de la infraestructura de otros servicios. Sin embargo, la participación consciente y deliberada producida en el sector salud aparece como un factor necesario y decisivo en el acortamiento de los plazos para la reducción de las muertes infantiles ya que el comienzo de la reducción está estrechamente ligado a la iniciación de una reforma del sector, su regionalización, la introducción del proceso de programación local y el desarrollo de amplias coberturas de la atención materno infantil.

Esta participación consciente y deliberada se centró en el proceso de planificación introducido desde el año 1971 que mostró una continuidad poco frecuente en el sector público nacional, reforzado por la decisión política de mantener las prioridades fijadas y destinar cada año, los recursos para expandir y consolidar las actividades de salud. Debe destacarse el esfuerzo del nivel técnico administrativo, que en un esfuerzo sostenido permitió entregar al nivel político las programaciones y evaluaciones que permitieron adoptar las decisiones con suficiente información.

En Neuquén se dieron también las condiciones para lograr una atención eficiente: adecuada distribución de los servicios, alto porcentaje de personal con dedicación exclusiva y creciente grado de capacitación. El éxito se centró en buena parte en la actitud del equipo de salud, que compartió en forma responsable los objetivos del proceso, centrados más en las necesidades concretas de la población que en el abordaje del aspecto negativo de la vida, como es la enfermedad.

Las tareas cumplidas en la provincia de Neuquén no incluyen estrategias desconocidas en el país. Por el contrario, han puesto en práctica medidas ampliamente difundidas durante los últimos años, tales como la regionalización, la normatización de actividades, la supervisión, la conformación de una red de servicios jerarquizados por nivel de complejidad, etc., adaptadas a la realidad provincial.

El caso de la provincia de Neuquén, al igual que el de Costa Rica, nos permite asegurar que las estrategias usadas pueden aplicarse en otras jurisdicciones siempre que se cumplan las etapas del proceso: tomar conciencia del problema, decidir solucionarlo y proporcionar los medios necesarios.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN SALUD

La causa más próxima de la muerte de un niño puede ser la falta de alimento, un grave defecto congénito, la extrema inmadurez o un accidente. Pero detrás de cada muerte es posible descubrir alguna situación de riesgo tal como el bajo ingreso de la familia, la falta de educación de los padres, la falta de saneamiento básico, alta fertilidad, exposición a tóxicos, etc. En muchos casos estas causas directas e indirectas interactúan y tornan difícil atribuir la muerte del niño a sólo una de ellas.

Precisamente porque la mortalidad infantil está estrechamente ligada a las condiciones sociales y a la compleja interacción entre ellas, es que las intervenciones aisladas tienen pocas probabilidades de tener éxito. Las ganancias más espectaculares se han obtenido en países que han ejecutado políticas destinadas a actuar sobre las causas directas tales como: mejor saneamiento, provisión de agua, nutrición, acceso a servicios de salud de calidad, condiciones que logran la mejor salud de la población en su totalidad.

El rol principal -pero no exclusivo-, de los trabajadores del sector salud está centrado en los servicios de salud, donde es preciso superar sus características actuales y lograr una mayor eficacia, eficiencia, equidad y participación social para lograr descensos de la mortalidad infantil.

Con el análisis realizado acerca de los factores socioeconómicos, culturales, educacionales y de los estilos de vida que condicionan la salud de nuestros niños podría pensarse que la acción a desarrollar por el sector salud es limitada para el trabajador de salud. Sin embargo, la experiencia de recogida en otros países y jurisdicciones muestra que es posible lograr descensos sostenidos en las tasas de mortalidad infantil trabajando desde el sector y abogando por las necesidades de los niños.

Las actividades que han logrado mayor impacto en la salud maternoinfantil son sin duda las siguientes:

- Atención del embarazo, parto y puerperio

Las actividades deben iniciarse antes y después de la concepción, permitiendo al niño nacer en condiciones de enfrentar los riesgos del ambiente. Se hace preciso mejorar la atención del período preconcepcional y perinatal mediante adecuada oferta en la atención primaria y otros niveles del sistema de salud. El programa deberá incluir la procreación responsable, la identificación de la embarazada de alto riesgo, la adecuada cobertura y calidad de la atención prenatal y del parto.

En las acciones de nivel individual debe enfocarse al embarazo adolescente, el bajo peso en las mujeres en edad de procrear, las embarazadas con riesgos médicos tales como algunas enfermedades, infecciones, anemia o antecedentes de nacimientos previos con bajo peso al nacer así como el tabaquismo y el consumo de fármacos.

Entre las intervenciones a nivel comunitario se destacan la educación para la salud y la nutrición, el acceso a los servicios de salud, las actividades de salud centradas en las escuelas y los programas nutricionales dedicados a los grupos vulnerables.

- Atención del recién nacido

Si bien debe salvarse la inequidad señalada en los servicios de atención neonatal asegurando la adecuada disponibilidad y calidad de los servicios para el recién nacido normal y patológico, debe evitarse poner más énfasis en el cuidado y tratamiento del recién nacido con problemas que en la prevención del bajo peso. En general esta situación conduce a grandes inversiones en tecnología costosa con pobres resultados para lograr un desarrollo sano del niño y prevenir secuelas neurológicas.

Es necesario identificar después del nacimiento, cuáles son los niños de mayor riesgo de muerte, para que reciban de los servicios de salud, una atención de seguimiento especial. La identificación de recién nacidos de riesgo se está realizando en algunas provincias y es preciso extenderla a todo el territorio nacional. Podemos afirmar que de acuerdo al conocimiento actual, conocemos que los niños que van a morir en el primer año son, en su mayoría, aquellos que nacen en hogares pobres, de embarazos no deseados y mal controlados, prematuros o con bajo peso. Estos niños, la mayor parte de los cuales nacen en nuestras maternidades del subsector público, deben ser identificados e incluidos en programas de búsqueda y seguimiento por los centros de salud.

- Atención integral de la salud del niño

Cuando se habla de cuidados integrales del niño se hace referencia al conjunto de actividades destinadas a lograr su salud y bienestar, donde la vigilancia del crecimiento y desarrollo es el eje

alrededor del cual se articulan actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Entre éstas se destacan el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio, la nutrición, la promoción de la lactancia materna, las inmunizaciones, la atención de las patologías prevalentes, la educación respecto a las prácticas de cuidado del niño. Este concepto de integralidad supone un enfoque holístico de las necesidades del niño, cuya meta es su supervivencia y el mejoramiento de su calidad de vida.

Con este enfoque, la vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño se convierte en la base de la atención e indicador de salud y bienestar, y adquiere gran valor para la detección temprana de alteraciones del desarrollo y del estado de nutrición de individuos y grupos de población.

A pesar de disponerse de instrumentos sencillos para la vigilancia del crecimiento y desarrollo la jerarquización y cobertura de esta actividad, entre nosotros deja mucho que desear en el contexto de la atención primaria.

En la atención del niño que consulta por enfermedad debe ser privilegiada la filosofía de la llamada Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, conocida entre nosotros como AIEPI y diseñada en forma conjunta por OPS/OMS y UNICEF. Este enfoque, que busca hacer un efectivo aporte a la calidad de la atención y a la eficiencia de los recursos, evitando las llamadas oportunidades perdidas en la atención de las necesidades de cuidado y educación, es actualmente reconocido como una solución viable y efectiva para la evaluación, clasificación y tratamiento de los niños que consultan a los servicios de salud. Esto requiere un esfuerzo sostenido de capacitación de personal y supervisión motivadora a todo nivel.

ESTRATEGIAS DE ADECUACIÓN DEL SISTEMA DE SERVICIOS

Para asegurar adecuadas coberturas y calidad en el desarrollo de las actividades de atención materno-infantil deben adecuarse los servicios mediante algunas estrategias generales ampliamente reconocidas para revertir la situación.

En todos los casos estas estrategias deben ser adecuadas a las características del área y las necesidades, expectativas y demandas de la gente, utilizando el conocimiento administrativo y epidemiológico que permita identificar los grupos de mayor riesgo, donde será preciso intervenir prioritariamente. Estas estrategias son la regionalización de servicios, la normatización de actividades, la programación local y el estímulo a la participación de las familias y la comunidad.

- Regionalización de los servicios

Definimos la regionalización como la asignación y ordenamiento de recursos o servicios en un área determinada, para facilitar adecuado acceso, alta calidad, equidad, bajo costo, con una mejor y más rápida respuesta a las necesidades, demandas y expectativas de la gente.

Dentro de esta definición conviene precisar algunos aspectos. La asignación y ordenamiento de recursos debe hacerse siguiendo el concepto de niveles de complejidad, concentrando los recursos especializados en los niveles más centrales del sistema, asegurando el desarrollo del primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema y conformando de una red de servicios intercomunicados de manera que se acceda fácilmente al nivel donde se puedan satisfacer las necesidades de atención.

Este adecuado y oportuno acceso sólo podrá lograrse si se asegura el transporte, se eliminan las barreras horarias, administrativas y económicas en el momento de la prestación, se informa a la población respecto a la oferta de servicios y sobre todo se estimula la confianza en los mismos.

Otro de los puntos importantes de la definición de regionalización es la búsqueda de la calidad mediante el proceso de ordenamiento de los recursos. El concepto de calidad, expresado como “la capacidad de los servicios de dar respuestas aptas, adecuadas y en correspondencia con las expectativas, las necesidades y expectativas de la gente” (Moreno y col. 1998) es difícil de evaluar de manera que es preciso precisar cuales de los componentes de calidad son mejorados con el proceso de regionalización. Sin lugar a dudas son la efectividad (resultado en términos de salud y vida), eficiencia y continuidad del cuidado los componentes que logran mayores impactos.

La regionalización de la atención, en el caso de la atención del niño debe privilegiar la atención del primer nivel, donde se realizan la mayor parte de las actividades de promoción y prevención y donde deben resolverse alrededor del 90 % de las patologías más frecuentes. La capacidad resolutoria de este nivel condiciona la equidad de todo el sistema de salud.

- **Normatización**

La normatización de actividades está destinada a asegurar la calidad científico - técnica del proceso de atención. Entendemos la norma como el conjunto de pautas explícitas que reglan las actividades de los miembros del equipo de salud, quienes deben participar activamente en su elaboración y actualización. Así concebidas, las normas deben resultar de la experiencia y la investigación, es decir de la evidencia científica. En todos los casos debe evitarse la incorporación irreflexiva de tecnologías insuficientemente probadas, protegiendo al usuario de los efectos adversos o simplemente ineficaces.

Nuestro país dispone actualmente de adecuados paquetes normativos para las actividades de mayor impacto en el cuidado de los niños entre las cuales se encuentran las siguientes: vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño y del feto (a través del control prenatal), inmunizaciones, atención de las patologías prevalentes, prevención de accidentes y promoción de la lactancia materna.

El desafío es que estas normas se usen adecuadamente en la tarea cotidiana de los servicios. Con ese objetivo, durante varios años se ha insistido en la realización de actividades de capacitación en forma de talleres destinados al personal de salud como única medida para asegurar su utilización. La experiencia muestra sin embargo que estas actividades deben ser complementadas con la capacitación en servicio y una adecuada supervisión, motivadora y enfocada a problemas.

Otro aspecto a considerar en el proceso de normatización es que las mismas deben ser un instrumento de capacitación en la etapa de formación del personal de salud. Si bien ha habido progreso en la utilización de los manuales normativos por parte de las universidades, son aún insuficientemente usados.

- **Programación local**

La programación local es una de las estrategias básicas para el desarrollo de los sistemas locales de salud. Puede definirse como un proceso de carácter científico que responde al contenido de las ciencias sociales y administrativas mediante el cual un servicio o un conjunto de servicios, teniendo en cuenta el perfil socioepidemiológico, es capaz de identificar las necesidades de salud en un área-población, identificar sus prioridades, orientar los recursos y actividades de la red de servicios para atender las necesidades, expectativas y problemas prevalentes de las poblaciones, promover la participación de la población en la definición de prioridades y en la realización de actividades y evaluar los procesos e impactos de las acciones de salud (Paganini, 1990).

En el caso de la atención maternoinfantil, la programación permite estimar las coberturas de beneficiarios del programa, madres y niños, sobre los cuales el servicio tiene responsabilidad, “población a cargo”, necesarias para satisfacer las necesidades individuales y lograr impacto en los niveles de salud.

- Participación de las familias y la comunidad

Las principales decisiones acerca de la salud de los niños se toman en el seno de la familia: allí se decide acerca del intervalo intergenésico, la asistencia al control prenatal, el lugar de atención del parto, el amamantamiento, las vacunaciones, las consultas en salud y enfermedad, la distribución intrafamiliar del alimento. A pesar de ello, la participación de la comunidad en los programas de salud es frecuentemente mencionada pero pocas veces está realmente presente en el desempeño cotidiano de los servicios.

Una gran parte de la dificultad experimentada al tratar de promoverla deriva de las diferentes formas en que se ha definido esa participación y las hipótesis en que se han basado estas definiciones (OPS, 1990). En la mayor parte de los casos los objetivos de los programas destinados a hacer participar a la comunidad en la construcción de su propio desarrollo, eran formulados fuera de la propia comunidad, desconociéndose su capacidad para organizarse y movilizar sus propios recursos. A nivel de las estructuras burocráticas de los servicios de salud, a menudo la participación se percibe simplemente como el uso que hace la propia comunidad de los servicios, así como la ayuda que puede reducir los costos.

La verdadera participación comunitaria concibe a la comunidad como sujeto en lugar de objeto de intervención e incluye las acciones individuales, familiares y de la comunidad para cuidar de su salud, resultante de un proceso de conocimiento interno de los problemas, la identificación de necesidades percibidas y la acción intencional de satisfacer las necesidades y resolver los problemas (OPS, 1990).

En el área de la salud del niño la participación debe traducirse a nivel de los servicios de diversas formas concretas, entre las que pueden mencionarse las siguientes:

- Promoción de la participación informada de la familia en la toma de decisiones acerca del período intergenésico, los cuidados prenatales, la atención del parto y los cuidados del recién nacido.
- Humanización de la atención del parto y del recién nacido en las instituciones, de manera que se fortalezca el vínculo de padres e hijos, se respete el derecho de la mujer de recibir adecuada información para asegurar su autonomía, recibir un trato digno basado en el conocimiento de sus pautas culturales y estilos de vida.
- Respeto a los derechos del niño de recibir una atención adecuada a sus necesidades, sin separarlo de su madre salvo circunstancias excepcionales.
- Estímulo a la participación de la familia en actividades de prevención del bajo peso al nacer, mediante el apoyo a la gestante para la asistencia al control prenatal, evitarle trabajos pesados en el hogar, mejorar la distribución intrafamiliar de los alimentos, crear un ambiente hogareño libre de humo, procurar adecuados intervalos intergenésicos y evitar el embarazo adolescente.
- La actividad de seguimiento regular de los recién nacidos de riesgo puede verse potenciada con la participación comunitaria y la actuación de las redes sociales.

- Investigación de servicios de salud

Actualmente hay suficiente conocimiento acerca de las necesidades de los niños y de las tecnologías usadas para su cuidado, probablemente el problema resida en nuestra incapacidad para aplicar el conocimiento disponible mejorando la calidad de los servicios.

Con ese objeto debe estimularse la investigación de servicios de salud entendida como “la evaluación sistemática de los servicios con el objeto de interrelacionar su capacidad, efectividad,

utilización, costos y eficiencia con cada uno de los factores que condicionan la salud” (OMS, 1976).

Las investigaciones de servicios de salud incluyen los factores del medio físico y social que condicionan las necesidades, las demandas y las expectativas de la gente, así como el desempeño de los servicios. La generación de estos conocimientos conduce a una mejor definición de prioridades, la determinación de los llamados precursores y la definición de las potenciales intervenciones (Peoples-Sheps, 1997).

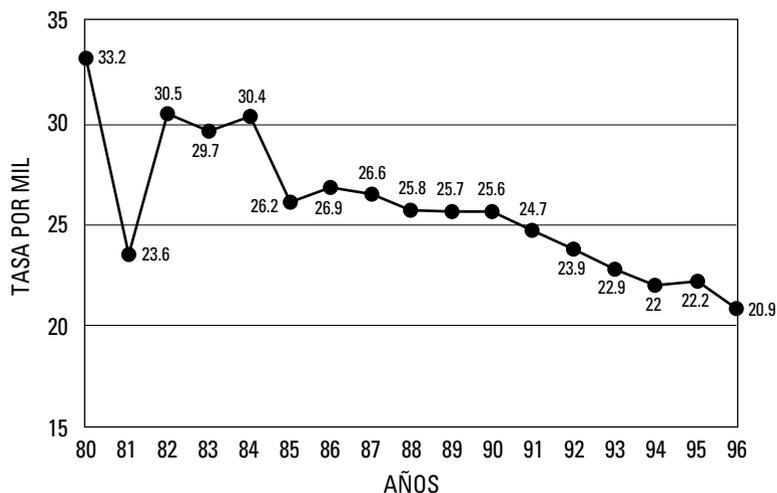
Este tipo de investigación que por su naturaleza es interdisciplinaria, conduce a ampliar los conocimientos, generar nuevos enfoques de abordaje de los problemas cotidianos y mejorar los procesos de decisión y la optimización de los recursos.

Para la realización de estas investigaciones deben conformarse equipos con los trabajadores de los servicios e investigadores de la academia de manera que se asegure la calidad científica de las mismas y su utilización posterior a través de medidas correctoras implementadas por los mismos responsables de los servicios.

El estímulo al desarrollo de esta área es especialmente urgente en la atención primaria, donde se deberían realizar las actividades de promoción y prevención de salud y resolver la mayor parte de las necesidades de los niños.

GRAFICO 1

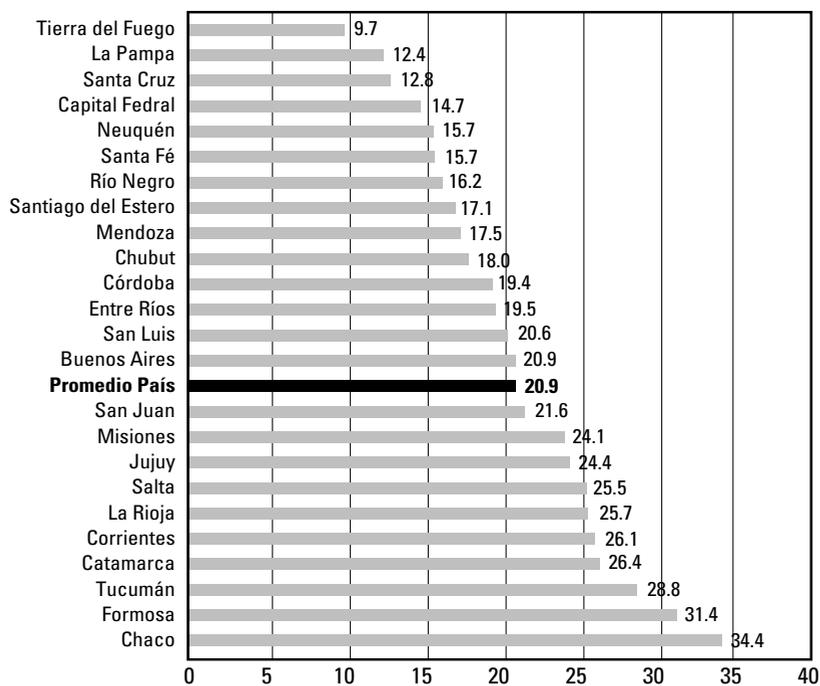
Tendencia de la mortalidad infantil - República Argentina - Años 1980-1996



Fuente: Dirección de Estadísticas de Salud M.S. y A.S.

GRAFICO 2

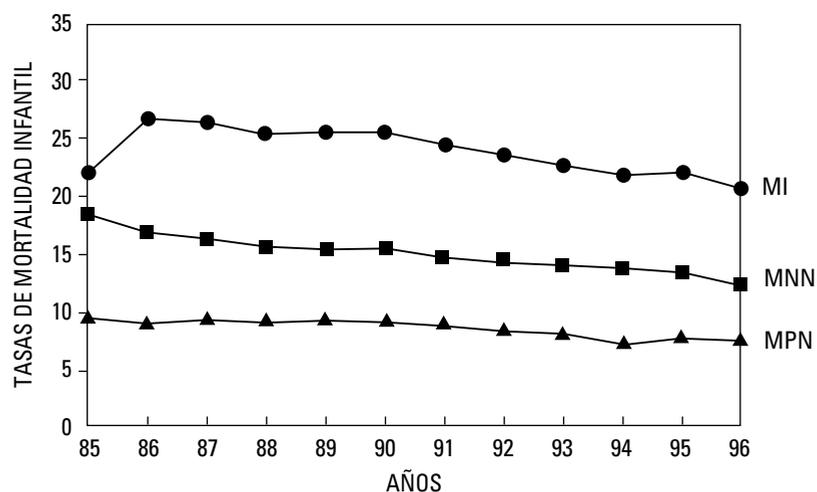
Tendencia de la mortalidad infantil - República Argentina - Años 1980-1996



Fuente: Dirección de Estadística e Información de Salud

GRAFICO 3

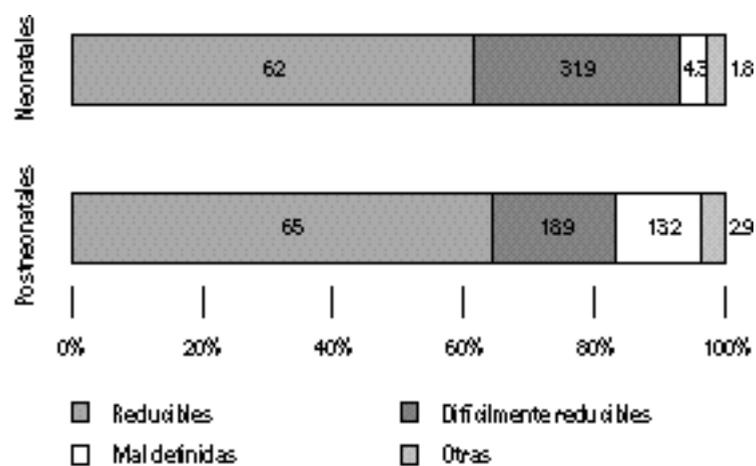
Tasa de mortalidad infantil - Neonatal y Postneonatal
República Argentina - Años 1980-1996



Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social. Bs. As. Argentina

GRAFICO 4

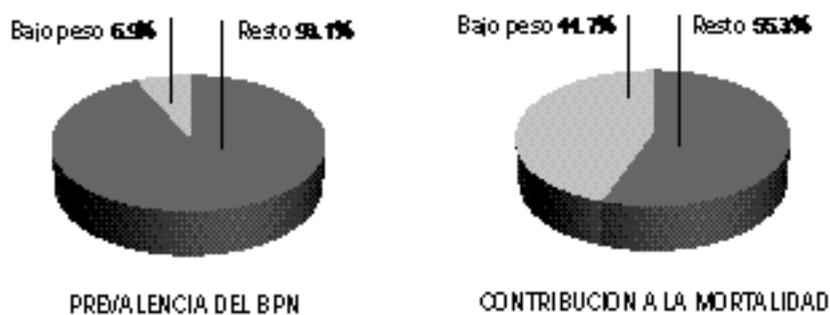
Defunciones Infantiles Agrupadas según criterios de reducibilidad
República Argentina, 1996.



Fuente: Dirección de Estadísticas de Salud M.S. y A.S.

GRAFICO 5

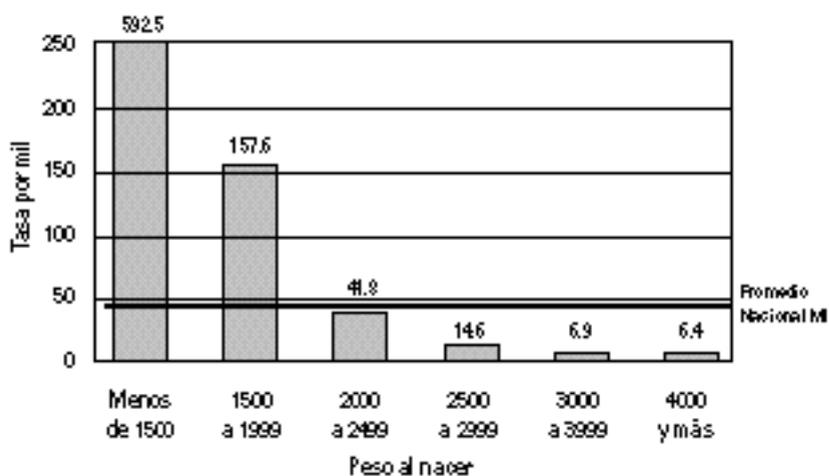
Prevalencia de BPN y contribución a la mortalidad infantil
República Argentina, 1996.



Fuente: Dirección de Estadísticas de Salud

GRAFICO 6

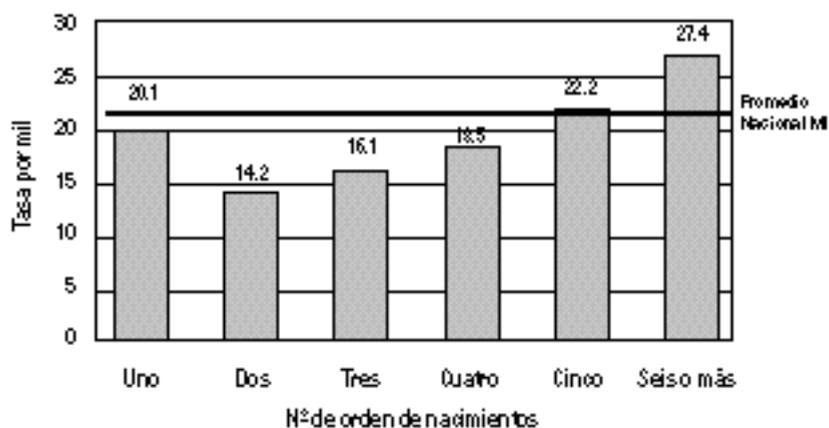
Tasa de mortalidad infantil según peso al nacer
República Argentina, 1996.



Fuente: Dirección de Estadística e Información de Salud

GRAFICO 7

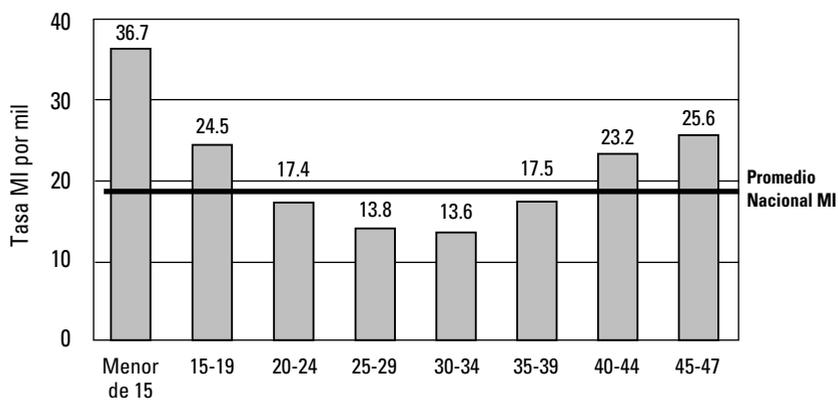
Tasa de mortalidad infantil según orden de nacimiento
República Argentina, 1996.



Fuente: Dirección de Estadística e Información de Salud

GRAFICO 8

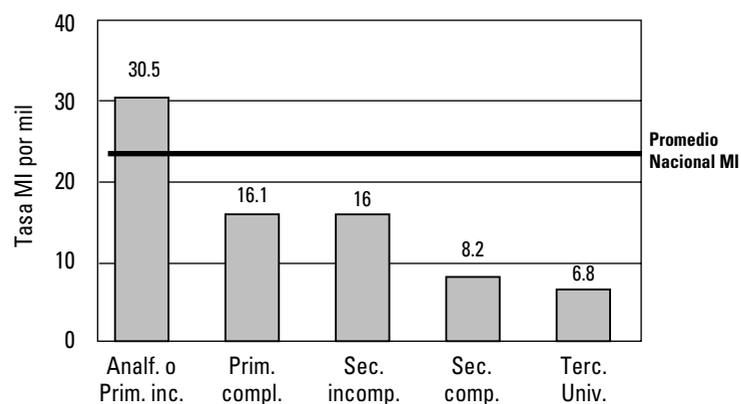
Mortalidad infantil según edad de la madre
República Argentina, 1996.



Fuente: Dirección de Estadística e Información de Salud

GRAFICO 9

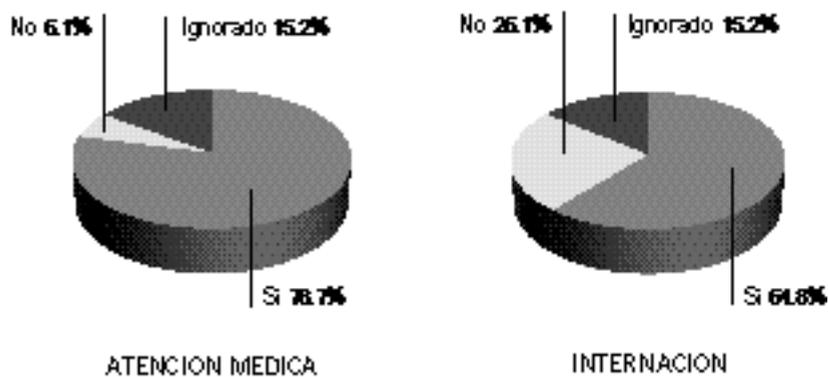
Mortalidad infantil según instrucción de la madre
República Argentina, 1996.



Fuente: Dirección de Estadística e Información de Salud

GRAFICO 10

Mortalidad infantil según atención médica e internación en última enfermedad
República Argentina, 1996.



Fuente: Dirección de Estadística e Información de Salud

GRAFICO 11

Efecto de las distintas variables en la evolución de la tasa de mortalidad infantil Costa Rica, 1968-1990.



Fuente: Rosero Bixby. Determinante del Descenso de la Mortalidad Infantil en Costa Rica, 1984.

TABLA N° 1

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION EN MENORES DE UN AÑO
REPUBLICA ARGENTINA - AÑOS 1994-1996

Causas de Defunción	Año 1994		Año 1995		Año 1996	
	N°	%	N°	%	N°	%
Perinatales	7487	50.6	7125	48.8	6764	47.8
Anomalías Congénitas	2586	17.5	2614	17.9	2606	18.4
Neumonía e Influenza	564	3.8	690	4.7	914	6.5
Accidentes	556	3.8	565	3.9	514	3.6
Enfermedades del Corazón	502	3.4	494	3.4	419	3.0
Resto	3017	21.0	3118	21.3	2924	20.7
Total	14802	100	14606	100	14141	100

Fuente: Programa Nacional de Estadísticas de Salud. 1994-1996

TABLA N° 2

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS
REPUBLICA ARGENTINA - AÑOS 1994 y 1995

Causas de Defunción	Año 1994		Año 1995	
	N°	%	N°	%
Accidentes	512	23.0	458	21.4
Enfermedades del Corazón	181	8.1	199	9.3
Anomalías Congénitas	173	7.7	189	8.9
Neumonía e Influenza	153	6.8	173	8.1
Deficiencias de la nutrición	103	4.6	128	4.7
Resto de causas	1106	49.8	995	46.6
Total	2218	100.0	2142	98.8

TABLA N° 3

ALGUNOS INDICADORES BASICOS. PAISES SELECCIONADOS. 1995

PAIS	TASA MORTALIDAD INFANTIL	TASA MORTALIDAD MENORES DE 5 AÑOS	PBI PER-CÁPITA
Cuba	9	10	1.170
Chile	13	15	3.520
Costa Rica	14	16	2.400
Panamá	18	20	2.580
Uruguay	19	21	4.660
Venezuela	20	24	2.760
Argentina	24	27	8.110

Fuente: Estado Mundial de la Infancia. 1997

TABLA N° 4

REDUCCION PORCENTUAL DE LAS TASAS DE MORTALIDAD DE MENORES DE 5 AÑOS EN PAÍSES SELECCIONADOS. AÑOS 1980-1995

PAIS	% de REDUCCION
Cuba	62
Chile	57
Costa Rica	45
Panamá	35
Uruguay	50
Venezuela	43
Argentina	34

Fuente: El Progreso de las Naciones. UNICEF. 1997

TABLA N° 5

PORCIENTO DE HOGARES CON NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS SOBRE EL TOTAL DE HOGARES REPUBLICA ARGENTINA. AÑO 1991

DIVISION POLITICO ADMINISTRATIVA	%
Formosa	34.3
Salta	33.9
Santiago del Estero	33.6
Jujuy	33.6
Chaco	33.2
Misiones	30.0
Corrientes	26.9
T. del Fuego	25.5
Tucumán	24.6
Catamarca	24.6
La Rioja	23.5
Río Negro	20.7
Chubut	19.4
Neuquén	19.1
San Luis	18.7
San Juan	17.2
Entre Ríos	17.2
Total del País	16.5
Mendoza	15.3
Santa Cruz	15.2
Buenos Aires	14.7
Santa Fe	14.0
Córdoba	12.8
La Pampa	12.0
Capital Federal	7.0

Fuente: INDEC, Censo 1991

REFERENCIAS

1. Dever Alan GE. Epidemiología y Administración de Servicios de Salud. OPS/OMS. Washington D.C. 1991.
2. Dirección General de Información y Programación, Subsecretaría de Salud. Ministerio de Salud y Acción Social. Estadísticas Vitales Año 1997. Provincia del Neuquén. 1998
3. Kotch J. Maternal and Child Health, Programs, Problems, and Policy in Public Health. Aspen Publication. U.S.A. 1997
4. Margolis L et al: Children's Rights, Social Justice, and Advocacy in Maternal and Child Health. En Kotch J. Maternal and Child Health, Programs, Problems, and Policy in Public Health. Aspen Publication. U.S.A. 1997
5. Ministerio de Salud y Acción Social - Dirección de Estadísticas de Salud - Comisión Nacional de Clasificación de Enfermedades - Dirección de Maternidad e Infancia. "Taller Grupo de Expertos para la revisión de la clasificación usada en la Argentina sobre Mortalidad Infantil según Criterios de Evitabilidad". Serie 3, N°30, julio de 1996.
6. Ministerio de Salud y Acción Social. Argentina, Indicadores Básicos, Documento de Trabajo. 1996.
7. Moreno E. y col. Calidad de la Atención Primaria de Salud. Aporte Metodológico para su evaluación. UNI-Tucumán - Facultad de Medicina - Cátedra de Salud Pública. Ediciones Magna, S.M. de Tucumán, 1998.
8. Moreno E.: La mortalidad Infantil en la Provincia de Neuquén. En: Condiciones de Salud del Niño en las Américas. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 1979.
9. Mosley H.W, Chen LC. An analytical Framework for the Study of Child Survival in Developing Countries. Ford and Rockefeller Foundations, Bellagio, Italy, 1993.
10. OPS, La Participación Social. Serie Desarrollo de Sistemas Locales de Salud. HSD/Silos-3, 1990.
11. OPS/OMS: Las Condiciones de Salud en las Américas. Washington D.C. 1980.
12. OPS/OMS: Las Condiciones de Salud en las Américas. Washington D.C. 1990.
13. OPS/OMS: Las Condiciones de Salud en las Américas. Washington D.C. 1994.
14. OPS/OMS: Plan Decenal de Salud para las Américas. Washington D.C. 1973.
15. Rosling H. Global Health Chart in 177 countries with more than 100.000 inhabitants. Division of International Health Care Research. Dept. of Public Health Sciences. Karolinka Intitute. SE-171.76. Stockholm. Sweden. 1995
16. Roxero Bixby L. Determinantes de la mortalidad infantil en Costa Rica. En Taller Regional de Atención Primaria y Mortalidad del Niño. OPS/OMS. México 1984.
17. UNICEF: Estado Mundial de la Infancia. New York. 1997

COMENTARIOS AL DOCUMENTO PRESENTADO POR ELSA MORENO

Lejarraga:

¿Qué opina Ud. de la creación de centros piloto de primer nivel de atención dentro de la estrategia de atención primaria, con el objeto de contar con centros de demostración y entrenamiento?

Moreno: Yo creo que los centros de demostración no son necesarios, que ya sabemos lo que tenemos que organizar. Deben ser centros polivalentes, con capacidad resolutive, que cuenten con pediatras, clínicos de adultos, laboratorio, rayos, etc.

Abeyá Gilardón:

La mortalidad infantil en Argentina tiene grandes diferenciales cuando se considera el nivel socioeconómico tanto para los niños de bajo peso como más aún para los de peso normal. Esta diferencial implica falta de equidad y debiera acompañarse con prestaciones diferenciales focalizadas y no universales.

Arce:

La provincia de Neuquén en 1997 logró bajar nuevamente la Mortalidad Infantil hasta 13 ‰ ocupando junto a Tierra del Fuego y Capital Federal los mejores lugares en el panorama nacional, cuyo índice promedio de Mortalidad Infantil supera el 20 ‰. Sin embargo, en relación con otros países latinoamericanos, Chile, Costa Rica y principalmente Cuba, con 7.3 ‰ de Mortalidad Infantil, vemos cuanto nos falta mejorar. María del Carmen Morasso dijo una vez: “Neuquén no inventó nada pero aplicó casi todo”. Es fundamental la continuidad observada a la política Sanitaria Provincial. También debe aplicarse el criterio de continuidad en las actividades y en el personal de salud, permaneciendo por años en el mismo centro de atención y no “rotando” periódicamente. Apelamos a la reserva humana y profesional para cubrir la demanda de atención, que debe ser en lo posible irrestricta sin rechazo de demanda, a lo sumo con orientación y redistribución. Realzar el valor de la gratificación humana y profesional de nuestra actividad, por sobre la lógica aspiración salarial y de condiciones laborales

Beltramino:

Quisiera agregar algunos datos relativos a la morbilidad infantil en un aspecto que habitualmente no se refleja en las estadísticas de salud y que tiene gran importancia no solo por su prevalencia en las zonas endémicas sino por su carácter deletéreo sobre la condición nutricional de los niños. Me refiero al problema de las parasitosis intestinales. ¿No será necesario aplicar “nuevas” estrategias para enfrentar un viejo problema?

Las infecciones parasitarias intestinales en general y las helmintosis en particular son reconocidas como un importante problema de salud pública especialmente durante la infancia, ya que producen insidiosos efectos sobre el crecimiento, la nutrición y el desarrollo de los niños intensa y crónicamente parasitados.

Salvo por algunos intentos aislados y fuera de todo programa de control, el abordaje de este problema en la Argentina, sigue supeditado a la decisión de cada médico en particular y dirigido a determinados pacientes en forma individual. Se desconoce además, con algunas excepciones, la prevalencia real que las parasitosis tienen en distintas regiones del país. Por otra parte, las acentuadas diferencias socioeconómicas, culturales y sanitarias que existen, no sólo entre las distintas provincias, sino incluso dentro de cada una de las grandes ciudades, hacen que el panorama sea aún más complejo.

Debido a la falta de datos metodológicamente confiables, desde 1997 y con el apoyo de la Fundación Alberto J. Roemmers, se está llevando a cabo un estudio para determinar la prevalencia e intensidad de las infecciones intestinales por helmintos en la ciudad de Santa Fe. Los resultados obtenidos hasta la fecha revelan que el 100% de los niños investigados, en el estrato considerado previamente como hiperendémico, estaban parasitados. El 89% de ellos

presentaba helmintos en sus heces, y de éstos el 81,5% eran geohelmintos, siendo *Ascaris lumbricoides* el más frecuentemente identificado. La carga parasitaria, investigada con el método de Kato-Katz y expresada como Número de huevos de geohelmintos/ gramos de heces, mostró lo siguiente: el 63% tenía <100 huevos, el 5% entre 100 y 10.000 huevos y el 32% >10.000 huevos (Rango 23-71.599) (Lura MC, Beltramino D, Carrera E y col.).

En la última década la OMS ha propugnado el uso de tratamientos antihelmínticos masivos, sin examen parasitológico previo, que se reiteran cada 6 meses durante dos años, en las áreas hiperendémicas (prevalencia >75%). Las experiencias internacionales con este tipo de tratamientos pueden considerarse exitosas ya que, aparentemente, al disminuir la carga parasitaria que afecta a una comunidad, aún sin llegar a la erradicación de los parásitos, se produciría una rápida disminución de la morbilidad con evidentes ventajas para la salud de los niños que la componen.

Parece necesario aconsejar que en otras regiones de la R. Argentina se realicen estudios que permitan detectar la real prevalencia e intensidad de las infecciones causadas por helmintos intestinales ya que, si se comprobaran cifras similares a las obtenidas en Santa Fe, cabría la posibilidad de plantear esta nueva estrategia de tratamiento, en las áreas identificadas como hiperendémicas, a lo largo y ancho de todo el país.

Díaz:

Los datos aportados por la Dra. Moreno muestran la validez y vigencia de la tasa de mortalidad infantil (TMI), no sólo como indicador de salud sino también como indicador social. Ello se expresa en las diferenciales observadas según variables tales como educación materna, condición socioeconómica, lugar de residencia, acceso a servicios de salud, peso al nacer, etc. No obstante ello, es importante destacar que tanto la TMI como la TMM5 (Tasa de mortalidad en menores de 5 años) no pueden ser tomadas como índices de bienestar y desarrollo humano.

Esto ha sido puesto en evidencia por el hecho de que a pesar de la terrible crisis socioeconómica que asoló América Latina en los años '80 y de la marcada exclusión social del modelo económico vigente en casi toda la Región, la TMI y TMM5 han continuado su tendencia descendente; observándose en algunos casos cierto enlentecimiento en el porcentaje de reducción. La explicación a este fenómeno puede encontrarse en la implementación de ciertas estrategias simples y de bajo costo (inmunizaciones, tratamiento de rehidratación oral, tratamiento estandarizado de infecciones respiratoria agudas, control prenatal) que sin modificar las condiciones de vida muestran un marcado impacto en los indicadores de morbi-mortalidad.

En este sentido, considero que aparte de redoblar los esfuerzos para lograr un incremento en el ritmo de descenso de la TMI, se deben diseñar estrategias específicas para asegurar mejores condiciones de vida para los niños que sobreviven al primer año de vida. Es importante recordar que cada 55 niños que nacen en la Argentina, 54 sobrevivirán al primer año de vida. Ello remite a la necesidad de fortalecer las intervenciones dirigidas a promover el desarrollo integral de la niñez, especialmente en etapas tempranas de la vida.

Respecto a las estrategias de intervención en salud propuestas por la Dra. Moreno quisiera señalar la importancia incluir la atención del embarazo, parto y puerperio en el marco más amplio de la atención a la mujer, de manera de incluir aspectos tales como los de salud sexual y reproductiva. De igual modo, en lo referente a la atención integral de la niñez, no sólo debe atender los aspectos referidos a las denominadas enfermedades prevalentes (Infecciones Respiratorias Agudas y Enfermedades Diarreicas Agudas), sino también a otros fenómenos habitualmente no detectados como son los trastornos del desarrollo, los problemas en el vínculo madre-hijo, el abuso al menor, etc. Asimismo, considero que el componente curativo de la atención deber ser complementado con aspectos preventivo-promocionales.

Mercer:

Desearía resaltar el trabajo antológico de Rosero Bixby por las implicancias que tendría la implementación de programas de salud reproductiva en nuestro país. Este sólo hecho traería aparejado un franco descenso de la tasa de mortalidad infantil, reduciendo la brecha comparativa existente en este indicador con relación a nuestro vecino país de Chile.

Por otra parte, si se analizan las reducciones de la mortalidad infantil de los países de América Latina, es un hecho reconocido que existe una tendencia decreciente cuando los análisis de tendencias se realizan comparando cada país consigo mismo. Si utilizáramos un estándar más exigente como el planteado por el Dr. Ricardo Schwarcz en donde se considera el potencial de reducción en base al estándar ideal (para nuestro caso, Canadá) observaríamos como algunos países han tenido una reducción real mientras que otros, en cambio, han tenido tendencias positivas. Este análisis ya ha sido realizado por Norberto Dachs en OPS, Washington.

En cuanto a la estrategia AIEPI, considero que debería abordarse esta estrategia desde la salud y no desde la enfermedad. Si bien compartimos el abordaje integral del niño, éste debería tomar al mismo considerando como eje al crecimiento y desarrollo, y a la enfermedad como una contingencia. Quizás esta consideración no sea valorada en su contexto, pero asumimos que tiene carácter básico si deseamos desarrollar modelos de atención basados en estrategias preventivas. Resta además adaptar dicha estrategia a las realidades sanitarias de las diferentes regiones que integran nuestro país.

Con referencia al tema de la regionalización del sistema de atención, la misma debería englobar a los diferentes subsectores prestadores y no ser excluyente del sector público. Hoy no podemos negar la necesidad de complementar los sistemas público, privado y de la seguridad social. En este sentido, el Estado debe definir claramente las reglas de juego a través de su rol regulador. Considero que hay que avanzar mucho en este campo para recomponer la imagen del hospital público y del centro de salud ya que existe una especie de visión distorsionada en el imaginario popular que descalifica a los prestadores del sector público, como si atenderse hoy en una clínica o en un sanatorio fuera garantía de algo. Nosotros disponemos de información en donde sabemos la contribución de efectores de la seguridad social y del sector privado a las estadísticas de morbilidad neonatal. Nos llama la atención que las clínicas y sanatorios sean inmunes al acceso de flora patógena en sus unidades de internación de alta complejidad. Hoy pertenecer a la obra del sistema de seguridad social de la Provincia de Buenos Aires conlleva mayor riesgo para la práctica de cesáreas comparativamente a la población que se asiste en hospitales públicos. De hecho, nuestro mejor prestador en neonatología de alta complejidad en calidad asistencial y equipamiento de la Provincia, es un prestador público, el Hospital de Niños de La Plata.

Onaíndia:

Junto con las vacunas, el agua potable es uno de los grandes logros que ha transformado la salud y el destino de los hombres, la experiencia de Costa Rica, donde la mortalidad infantil presentó una brusca caída asociada al aumento de la disponibilidad de agua potable y cloacas apoya esta afirmación. Que casi el 70 % de nuestra población carezca de alguno de estos servicios y que casi el 30% carezca de ambos resulta entonces inaceptable. Por su demostrada eficacia, éste debería ser uno de los temas prioritarios a tratar cuando se habla de soluciones.

Una vez más, aparece como problema ingente de la Salud en sus aspectos más primarios el embarazo de nuestra población adolescente, tanto más si es adolescente y pobre.

Así como ya sabemos cuales son aquellos recién nacidos que van a morir, también sabemos cuales son las adolescentes con gran riesgo de embarazo. Por lo tanto nuevamente queda manifestada en forma clara la necesidad de implementar y acrecentar los ya existentes planes de promoción de Maternidad Responsable, y sin duda estos deberán estar diseñados y desarrollados con la activa colaboración de la comunidad y apoyados desde diversas instituciones que incluyan no sólo los hospitales y centros de salud sino también otras como las escuelas y organizaciones barriales que permitan el acceso más directo continuo, confiable y sobre todo participativo para toda la comunidad en riesgo.

En cuanto a otro de los aspectos del ambiente facilitador del desarrollo, es de considerar el efecto que puede tener la adecuada estimulación y cuidado de los niños que permita luego una escolarización exitosa con un aumento del porcentaje de aquellos que puedan finalizar la escuela primaria y aún la secundaria. El nivel de educación de las madres aparece como un fuerte factor de protección en la prevención del riesgo de enfermar, el descuido de la educación de nuestros niños hoy, se transforma entonces en una oportunidad perdida para esta prevención. Sería deseable contar con un plan de orden nacional de vigilancia y estimulación del desarrollo infantil.

En la consideración de los accidentes como una de las causas principales de mortalidad infantil debemos conocer que éste no es el único problema relacionado con aquella. Se sabe que por cada accidente que provoca la muerte, entre 200 y 400 pacientes requerirán internación o control médico y de 2 a 4 quedarán con secuelas graves, urge entonces también el diseño de estrategias que enfoquen adecuadamente la prevención y la educación sobre el tema.

Lactancia Materna

María Luisa Ageitos

LACTANCIA MATERNA: APORTES PARA SU ANÁLISIS

La alimentación al pecho presenta inigualables beneficios para el niño y la madre, tanto en aspectos biológicos y psicoafectivos, como ventajas sociales, ecológicas y económicas que están siendo destacadas en las últimas décadas. Sin embargo y pese a este reconocimiento, la declinación de la lactancia materna ocurrida en este siglo es quizás uno de los fenómenos masivos más importantes de cambio en la conducta materna en lo relativo a la alimentación y crianza de los niños pequeños.

La difusión iatrogénica de las fórmulas lácteas y la disponibilidad de envases, biberones y tetinas apropiadas promovieron y facilitaron dicho cambio. Un rol importante le cupo a la institucionalización y medicalización del parto, que pasó de ser un hecho familiar de la vida a ser considerado por algunos colegas un evento quirúrgico. La interferencia formidable que se instaló entre la madre y el niño en el momento único del nacimiento imponiendo separaciones espaciales y temporales ha sido también en parte responsable de las dificultades en la alimentación al pecho.

La actitud complaciente del equipo de salud, fascinado con los avances de la investigación en nuevas fórmulas menos dañinas que las que se encontraban en uso en cada momento, y la industria láctea actuando agresivamente sobre los profesionales y sobre la población, unidas a la incorporación masiva de la mujer al mercado de trabajo, sobre todo durante y después de la segunda guerra mundial, han sido potentes factores que influyeron en la declinación del amamantamiento en este siglo.

En nuestro país en las décadas del sesenta y del setenta el 90% de las madres salían de la maternidad con indicación de pecho y complemento, y en numerosas oportunidades con una muestra de leche en polvo. En el sector privado los niños se alojaban en salas cuna bajo pretexto de ser observados y eran privados del contacto sensorial con sus madres, con evidente impacto negativo en la producción y bajada de la leche.

La introducción de programas alimentarios masivos basados en dación de leche de vaca en polvo, para niños pequeños y mujeres embarazadas produjo la falsa impresión de estar reemplazando alimentos de calidad biológica similar e hicieron fracasar los primeros esfuerzos por sostener la lactancia.

La formación de los profesionales de la salud, especialmente médicos y enfermeras privilegió como objetivo docente el conocimiento de las fórmulas lácteas disponibles y sus preparaciones recomendadas, al mismo tiempo que ignoró el conocimiento disponible sobre leche humana, técnica del amamantamiento y problemas y soluciones surgidas durante la alimentación al pecho. Los tradicionales libros de texto usados en el pregrado no superaban las 7 páginas dedicadas al tema y hay cursos de formación de postgrado en ginecología, obstetricia y pediatría donde recién en los 90 se está incorporando esta temática y aún algunos dictados por prestigiosas entidades científicas en que el tema no es ni mencionado.

A pesar de lo comentado, en los últimos 15 años la promoción de la lactancia ha tomado nuevo impulso. El reconocimiento creciente del valor incomparable de la leche humana en el desarrollo y maduración del sistema nervioso central, en la protección inmunológica, en la prevención a corto, mediano y largo plazo de diferentes patologías en el niño y su efecto beneficioso sobre la salud de la mujer, en cuanto a espaciamiento de nacimientos, prevención de algunas formas de cáncer de mama premenopáusico, cáncer de útero, osteoporosis, etc. están impulsando estrategias de recuperación de la cultura del amamantamiento.

A nivel mundial deben destacarse como hechos importantes la Declaración de Innocenti, el Consenso de Belaggio, la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño, y la Cumbre Mundial a favor de la Infancia. La misma Convención sobre los Derechos del Niño, menciona el derecho del niño a ser alimentado al pecho por su madre.

El "Plan Regional de acciones integradas en la promoción, protección y apoyo a la Lactancia Materna en las Américas y el Caribe", (Washington, 1994)(1), que tiene como objetivo general lograr que todas las mujeres que lo deseen puedan practicar una lactancia óptima, destaca las áreas que requieren mayor atención a nivel latinoamericano:

- Capacitación: en el ámbito clínico, comunitario y universitario.
- Formulación de políticas sociales.
- Mujer, lactancia y trabajo.
- Fortalecimiento de los sistemas de salud en particular los relacionados a salud materno infantil y reproductiva.
- Ratificación e implementación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, con su respectiva reglamentación, monitoreo y régimen de sanciones.
- Sistemas comunitarios de apoyo.
- Integración de la lactancia en los programas regulares de salud materno infantil, salud reproductiva y alimentación complementaria.

Son estas áreas también las que requieren mayor atención en Argentina.

El Compromiso Nacional en favor de la Madre y el Niño planteó en el año 1991, una meta en lactancia de "lograr que el 60% de los niños sea amamantado al 4º mes". Si bien no quedó explicitado "amamantado en forma exclusiva"(o sea sin agua, ni jugos, ni té), éste fue el espíritu de la propuesta. En este momento se debería plantear la meta de lactancia materna exclusiva al 6º mes, por que la meta da direccionalidad a los esfuerzos, si bien no sea ha podido cumplir hasta el momento con lo planteado en 1991.

Los datos de prevalencia de lactancia materna disponibles para Argentina (Anexo) son fragmentarios, parciales y no siempre se han usado instrumentos de medición confiables, estandarizados de modo que permitan comparaciones entre jurisdicciones o a lo largo del tiempo. A este respecto la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 1992, mediante la Resolución 45.34 insta a los estados miembros, en el punto 4, "a que utilicen los indicadores

comunes de lactancia materna elaborados por la OMS, con la colaboración de UNICEF y de otras organizaciones y entidades interesadas, para evaluar el progreso de sus programas de lactancia natural”(2). En nuestro país recién en los últimos años y parcialmente se están usando encuestas que permiten elaborar dichos indicadores. Con esta salvedad, tomando datos de diferentes estudios disponibles, los valores máximos de lactancia materna exclusiva o completa al 4º mes son los que vemos en el cuadro siguiente:

DIFERENTES ESTUDIOS DE PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA

Estudios	Año	LM Ex. %	LM Completa %
ENCOLAC(SAP)	94-95*	7,2	33,2
INDEC	94 **	28,7	—
PRONAP(SAP)	95*	19,3	29,7
Pcia. de BA	95* *	18.0	24.0
Pcia. de BA	97 *	17.0	26.5
Ciudad de BA	97 Residentes # *	23,1	33.4

LM Exclusiva: recibe sólo pecho, sin agua ni jugos, ni té, ni ningún alimento líquido o sólido.

LM Completa: incluye a los niños con LM Exc. y aquellos que reciben además de LM otros líquidos como jugo, agua o té, sin ningún otro alimento ni leche ni papillas.

** Se usaron encuestas que no permiten asegurar que la LM sea realmente exclusiva, sin agua, ni jugo ni té.

Muestra escasa, 426 encuestas, para 10 variables.

* Se usó recordatorio de las últimas 24 hs (OMS), que permite obtener un dato más confiable de LM exclusiva

Otro aporte importante al conocimiento de la prevalencia de lactancia, es el estudio CLACYD, de Sabulsky y colaboradores (3). Estudiaron una cohorte de 620 recién nacidos de la ciudad de Córdoba, nacidos en la misma semana, y residentes de la ciudad, en 1993. Los resultados muestran a los 31 días de vida 26% de LM Exclusiva, 60% de mixta y 14% de alimentación artificial. Cuando se evalúa el contacto inicial de los niños con sus madres, muestran que sólo el 55% mamó antes de las 6 hs. y que un 24% había sido colocado al pecho después de las 24 hs. de vida.

La Argentina se debe la realización de una Encuesta Nacional de Nutrición que incluya el estudio de la prevalencia de LM, un mejor conocimiento de los alimentos usados para iniciar el proceso del destete, y los motivos y edades del destete total, que ocurre aún dentro del primer año, lejos de la propuesta normativa de sostener la LM parcial hasta los 24 meses si madre y niño lo desean, y no incorporar mamaderas de leches de vaca fluida o en polvo, pasando directamente al uso de taza y cuchara.

Algunos datos disponibles se presentan en el anexo, pero en ningún caso son representativos de todo el país. El monitoreo más completo de prevalencia se está llevando a cabo por 2º año consecutivo en la Pcia. de Bs. As. En este momento la Dirección de Maternidad e Infancia de la Nación está aconsejando a las provincias efectuar monitoreos locales a través de los vacunatorios, con la encuesta de OMS de recordatorio de consumo de las últimas 24 hs. Este instrumento bien usado permite obtener datos útiles para el monitoreo periódico. La Encuesta Permanente de Hogares (INDEC) no ha incorporado datos de lactancia materna desde 1994.

La Evaluación de las Condiciones de Eficiencia de los Servicios para la Promoción de la Lactancia Materna (4) ha sido utilizada periódicamente en diferentes jurisdicciones: Ciudad de Buenos Aires, Neuquén, Mendoza, Córdoba, y revela la escasa capacidad de los Servicios para actuar positivamente sobre esta práctica.

La propuesta normativa de la Organización Panamericana de la Salud para Evaluación de Servicios Materno Infantiles, otorga un puntaje total de 1000 puntos, considerando Optimos, aquellos de 100%; Aceptables, los que van entre 80 y 90%; Insatisfactorios, entre 40 y 79%; y en Situación Crítica por debajo de 40%.

En la provincia de Córdoba se evaluaron en 1993, 51 establecimientos de Salud provinciales y municipales, de la capital y el interior. Los resultados mostraron puntaje insatisfactorio en todos los casos, apareciendo en situación "crítica" los servicios que efectúan el control prenatal, con 27% del máximo posible. La aplicación de la guía referida a atención del parto y el puerperio en la maternidad obtuvieron el 65% del puntaje máximo y en el seguimiento del niño, 40%. El total de los Servicios evaluados obtuvo el 44%.

Con este mismo instrumento se evaluaron los servicios de la Provincia de Mendoza que arrojaron resultados levemente superiores, pero en ningún caso óptimos.

En ese mismo año en la provincia de Neuquén se evaluaron los servicios en relación a las Condiciones de Eficiencia para el amamantamiento y se encontró un promedio provincial de 54% sobre el óptimo exigido, lo que coloca a los servicios en situación de "insatisfactorios".

Este diagnóstico revela la acción negativa de los servicios de salud en la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna y enfrenta a las autoridades políticas del sector en cada jurisdicción a la necesidad de una intervención enérgica y sostenida que permita acelerar los cambios, que se están produciendo, pero con lentitud preocupante.

Las estrategias recomendadas en el ámbito internacional, parten de acciones en áreas seleccionadas integradas en un Programa Nacional de Promoción, Protección y Apoyo que cuente con objetivos y metas cuantificables, estrategias y recursos humanos capacitados y motivados y asignaciones presupuestarias específicas. Este Programa debe incluir el monitoreo permanente de la situación de la lactancia materna en el país y del cumplimiento del Código de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

La Comisión Asesora de LM que funciona en el ámbito de la Secretaría de Salud Comunitaria del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, realiza dicho monitoreo con un grado de voluntarismo encomiable pero insuficiente. Participan de dicha Comisión Organizaciones No Gubernamentales, Sociedades Científicas y personal de la Dirección de Maternidad e Infancia. Se reúne con escasa periodicidad y dado su carácter de "asesora", carece de presupuesto y estructura. Se encarga de la evaluación externa de los hospitales que solicitan acreditación. En algunos países esta Comisión tiene rango presidencial o está inserta en el Ministerio de Salud pero es interministerial.

El Programa Materno Infantil destina la mayor parte de sus fondos al Programa de Complementación Alimentaria, que insumió entre 1994 y 1996, el 77% de los fondos de cada período. El Programa provee de leche entera de vaca en polvo a la embarazada, a la nodriza durante los primeros 6 meses del niño y luego a los niños sanos entre los 6 y 24 meses. Los niños desnutridos reciben prestaciones especiales en cantidad y duración de la complementación alimentaria. El Programa carece de un componente esencial de educación alimentaria, sostén de la lactancia materna, y énfasis en la calidad y oportunidad de inclusión de alimentos heterólogos alrededor del 6º mes.

La evaluación crítica del impacto del Programa en la situación nutricional de los niños fue solicitada por la Sociedad Argentina de Pediatría en ocasión del Taller de Evaluación de la Mortalidad Infantil en la Argentina, realizado en mayo de 1997 en la Sociedad Argentina de Pediatría, con la presencia de la Comisión Directiva y representantes de todas las Regiones de la Sociedad, representantes de la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación, de UNICEF y expertos invitados.

El conocimiento de que un 15% de las mujeres que tienen hijos cada año es analfabeta o tiene primaria incompleta, situación que se agrava en algunas zonas del país, como el Chaco en el cual el 30% de las mujeres están en esa condición, lo que oculta que existen zonas con 50% de mujeres que no pueden leer indicaciones, ni entender diluciones, porcentajes, fracciones y que son sujetos de este Programa, y el conocimiento del importante número de familias con Necesidades Básicas Insatisfechas que no acceden a agua potable (30% promedio en el país, con 70% que no accede en zonas rurales), torna aún más preocupante el uso de leche en polvo como complementación alimentaria para niños menores de 2 años.

Reiteramos entonces la necesidad de existencia de un Programa específico que incluya las 7 estrategias básicas recomendadas (1):

1. Promoción
2. Protección
3. Apoyo
4. Coordinación
5. Información
6. Educación
7. Investigación y evaluación

La articulación de un Programa Nacional permitiría potenciar acciones que se vienen realizando con el fuerte impulso brindado por UNICEF y por la Sociedad Argentina de Pediatría.

Actividades valiosas que han dado impulso en esta última década a la promoción de la lactancia materna

- Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño: en Argentina hay 15 Hospitales Amigos (es decir que cumplen con el 80% o más de las exigencias de la acreditación), públicos y privados que no alcanzan a cubrir el 8% de los partos que ocurren en el país. Además hay 5 Hospitales que han obtenido la placa de Compromiso porque sólo han accedido al 60% de los requerimientos de la evaluación externa que se realiza para conceder la acreditación oficial de Hospital Amigo de la Madre y el Niño (Comisión asesora de Lactancia Materna del Ministerio de Salud y UNICEF). Existen 4 Hospitales esperando ser acreditados. Muchos están trabajando pero no han solicitado aún ser acreditados. Si bien un número importante de Hospitales están trabajando por la Iniciativa, en muchos casos, esta tarea parece la meta de algunos iniciados, con escaso apoyo de las autoridades sanitarias de cada jurisdicción y de las direcciones de los respectivos establecimientos. Ninguna acción conducente se ha tomado con los servicios privados que son contratados por la seguridad social, en el sentido de exigir transformaciones que son imprescindibles para el buen comienzo de la vida, con el cumplimiento de los 10 pasos para una Lactancia Materna exitosa. La Iniciativa Hospital Amigo promueve cambios institucionales difícilmente alcanzables sin las estrategias que la componen: elaboración de una norma de consenso que sea conocida por todos, capacitación de todo el personal, colocación del niño al pecho dentro de la primera hora de vida, alojamiento conjunto sin separaciones innecesarias, evitar el uso de chupetes, informar a todas las embarazadas de los beneficios de la lactancia natural y la forma de ponerla en

práctica, no dar a los recién nacidos ningún líquido o alimento que no sea leche materna, fomentar la alimentación a libre demanda, mostrar a las madres la técnica de extracción manual y fomentar la existencia de grupos de apoyo de madre a madre. Es además la única instancia real de evaluación de la calidad de la atención en un momento crucial en que más del 90% de las mujeres acude al sistema de salud para parir, instrumento que indaga sobre prácticas y conocimientos técnicos de los distintos estamentos de la institución y sobre los conocimientos y experiencias de las madres atendidas en la misma. Contempla re-evaluaciones periódicas, cada 2 ó 3 años, que ya se han iniciado en los primeros Hospitales acreditados. Se ha propuesto incluir en las re-evaluaciones futuras algunos componentes de Maternidad Segura, se tendría así un instrumento potente para incidir en las deficiencias detectadas en la calidad de la atención del parto, que revelan numerosos estudios. Por supuesto que su aplicación también requiere de la dosis mencionada de compromiso político expresada en normas, procedimientos y presupuesto. A los fines de la Iniciativa, la Sociedad Argentina de Pediatría ha realizado 4 cursos de 40 horas, 3 en la Ciudad de Buenos Aires y 1 en Rosario; se contó con apoyo de UNICEF y en los últimos 2, apoyo del PROMIN, con un total de 240 miembros capacitados del equipo de salud provenientes de diferentes jurisdicciones. Muchas jurisdicciones realizan capacitación de su personal en cursos de 18 horas o de 40 horas, si bien no existe un registro nacional del personal capacitado.

- Semana Mundial de la Lactancia Materna: se celebra en la primera semana de agosto en todo el mundo, ha sido impulsada por WABA, una Alianza mundial pro lactancia y cuenta con apoyo de los más importantes organismos internacionales. Es una instancia de movilización social que ha cobrado importancia creciente y con un lema diferente cada año, convoca a difundir aspectos puntuales de la lactancia. En Argentina se realizan actividades en casi todas las jurisdicciones, si bien carecemos de un registro adecuado de las mismas.
- Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna: El Código es un instrumento de protección de los derechos de las madres, los niños y las familias ante una propaganda invasiva y engañosa, que pretende asociar las fórmulas disponibles a la calidad de la leche humana (5). Fue aprobado por la Asamblea de la OMS en 1981, oportunidad en que nuestro país se abstuvo en la votación, junto a dos países más, y Estados Unidos votó en contra. Afortunadamente y ante la evidencia científica disponible y la presión de los grupos de consumidores, en 1996, en la Asamblea Mundial de la Salud, Estados Unidos revocó su voto negativo y Argentina su abstención. El Ministerio de Salud de la Nación, adhirió al Código en todos sus términos, así como a las Resoluciones complementarias de la Asamblea General, mediante la Resolución No. 54/97. Argentina todavía aparece incluida en la Liga de Nutrición del Progreso de las Naciones (6) que clasifica a los países según sea el nivel de aplicación del Código. El ANMAT, Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica, es el órgano encargado de recoger las denuncias a sus violaciones. En Argentina, en 1997, se realizó el primer Monitoreo, del cual han participado la Provincia. de Bs. As. , IBFAN, y grupos de apoyo como La Liga de la Leche y Amamanta. Los resultados, publicados con el apoyo de UNICEF, fueron presentados a representantes de la industria en la Casa de la Provincia de Bs.As. en mayo de 1998. La mayoría de las empresas de la industria de preparación de fórmulas, o las que modifican leche de vaca ofreciéndola para bebés, así como fabricantes de mamaderas, tetinas y chupetes cometen flagrantes violaciones al Código, tal como se reflejan en la publicación del Monitoreo mencionada (7). Las empresas que obtuvieron mayor cantidad de menciones por violaciones al Código fueron: Bagó, Wyeth, Nestlé, Sancor, Abbott y Mastellone.

Lactancia y morbilidad

Es conocido el impacto en la morbilidad infantil de la lactancia materna prolongada, según la

norma propuesta y aceptada en nuestro país: lactancia materna exclusiva durante 6 meses y lactancia con alimentación complementaria oportuna y adecuada a partir del 6º mes continuando con lactancia hasta los 24 meses.

Las patologías en que se ha demostrado el valor protector de la alimentación materna está en continuo aumento al ritmo en que los estudios, epidemiológicos, prospectivos, y de diferentes tipos profundizan en el tema: en el niño, enfermedad diarreica, enterocolitis necrotizante, enfermedad respiratoria aguda, alergias varias, meningitis, otitis media aguda, patologías del vínculo, con menor riesgo de abandono y maltrato, asma bronquial, sepsis neonatal, diabetes insulino dependiente, algunos tipos de linfomas, acrodermatitis enteropática, anemia ferropriva. En la madre, menor incidencia de algunas formas de cáncer de mama premenopáusico, cáncer de cuello y útero, osteoporosis post menopáusica, anemia y hemorragia postparto, obesidad post embarazo (16-17-18-19-20-21-22).

Otros efectos beneficiosos de la lactancia deben ser tenidos en cuenta: el aumento de la autoestima materna y de la sensación de competencia familiar para el cuidado de sus hijos al verlos más sanos, tener menos hospitalizaciones, mejor desarrollo intelectual con mejor rendimiento escolar, así como los beneficios para los niños, la mujer, la familia y la sociedad del aumento del intervalo intergenésico que promueve la lactancia materna exclusiva a libre demanda, en la mujer que no ha menstruado durante los primeros 6 meses del postparto (23).

Para analizar el impacto económico sobre el sistema de salud de la práctica de la lactancia, podemos tomar como ejemplo a la Enterocolitis Necrotizante (EN). Esta enfermedad se presenta entre el 1% y el 10% de los internados en Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTI). Si aplicamos las estimaciones de Lucas (11), la incidencia de EN en niños alimentados con leche humana es de 1,2%; y en niños alimentados con fórmula 7,3%. Sabiendo que en nuestro país nacen cada año 6000 niños de menos de 1500gr., si los 6000 ingresan a UTI, en uno u otro caso tendremos 72 ó 438 casos de EN. El costo de la etapa aguda de la enfermedad puede estimarse en \$10.000.- por paciente (días de hospitalización, cirugías, procedimientos, antibióticos, etc.). La diferencia anual en el gasto del sistema de salud por esta única y poco frecuente patología será de \$720.000 a \$4.380.000.-, según el tipo de alimentación que se use (12). No consideramos en este cálculo los gastos de tratamiento del Síndrome del Intestino Corto que suele ser consecuencia de la EN, ni los costos indirectos para la sociedad en pérdida de días laborables por parte de familiares, la incidencia en el presupuesto familiar ni las consecuencias para el niño y su familia a corto, mediano y largo plazo.

Un ejercicio similar podemos practicar con una enfermedad común de la infancia como es la Otitis Media Aguda (OMA). Según Aniansson y col. (12) la incidencia de esta patología en una cohorte de 400 niños seguidos durante su primer año varió según tuvieran alimentación al pecho exclusivo, mixta o artificial. La incidencia de OMA hallada para esa cohorte fue: niños de 0 a 3 meses, 1% en alimentados al pecho y 6% en alimentados artificialmente; niños de 4 a 7 meses, 4% en alimentados al pecho y 14% en alimentados artificialmente. Estimando que la cohorte de niños menores de un año del país (650.000 RN) tiene aproximadamente 150.000 menores de 3 meses, si todos se alimentaran con pecho exclusivo habría 1500 episodios de OMA contra 9.000 si todos recibieran alimentación artificial. Entre los niños de 4 a 7 meses, estimados en 200.000, las diferencias serían de 8.000 a 28.000 episodios de OMA. Estimando un costo promedio por episodio de \$50.- el gasto puede variar de \$75.000.- (menores de 3 m alimentados al pecho) contra \$450.000.- (niños menores de 3 m con alimentación artificial) o bien \$400.000.- (en niños de 4 a 7 meses que toman pecho exclusivo) contra \$1.400.000.- (en los niños de 4 a 7 meses que se alimentan artificialmente). Si estimamos en 200.000 los niños entre 8 y 12 meses, la incidencia entre los que se alimentan artificialmente es de 20% y en los que reciben alimentación mixta la incidencia es del 13%, esto nos da un costo comparado de \$2.000.000 en los alimentados artificialmente contra \$1.300.000 entre los que reciben alimentación mixta.

Tampoco consideramos en este gasto los costos indirectos: ausentismo, transporte, etc. Como vemos en una patología frecuente como la OMA los ahorros para el sistema de salud pueden ser también millonarios. Este cálculo estimado para diarrea, para infección respiratoria aguda, para diabetes insulino dependiente, para algunos tipos de cáncer, que también tienen una incidencia mayor en niños alimentados artificialmente, es tan impactante que cuesta entender por qué no tienen aún respuesta las acuciantes preguntas que hicimos a una reunión de Ministros de Salud de todo el país en 1996.

También es interesante analizar en el interior de cada unidad familiar el costo de la decisión de no amamantar cuyo impacto en el presupuesto se expresa no sólo en la compra de leche en polvo o fluida, sino en el gasto en combustible, biberones y tetinas. Mucho más importante aún es el tiempo que demanda a la madre el hervido y preparación de biberones, calculado en 500 horas durante el primer año de vida del niño según Aguirre (13). Y que se quita del tiempo de interacción de la madre con su bebe.

Si tenemos una intervención que mejora la salud de madres y niños, mejora la satisfacción y la autoestima de las familias, protege al medio ambiente, mejora el desarrollo y el vínculo madre hijo y ahorra importantes sumas a los servicios de salud ¿por qué no se implementa?

Y si no lo hacemos nosotros, ¿quiénes?

Y si no es ahora, ¿cuándo?

ANEXO: SITUACIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA ARGENTINA

Dificultades en la definición apropiada de la variable

Los trabajos disponibles presentan diferentes definiciones de las variables en estudio. A los fines de homogeneizar criterios se están impulsando estudios de ingesta de las últimas 24 hs. según la encuesta y los indicadores propuestos por la OMS.

Indicadores para estudios epidemiológicos propuestos por OMS:

- Lactancia Materna Exclusiva (L.M.Excl.): niños que reciben sólo leche materna.
- Lactancia Materna Predominante (L.M.Predom.): niños que reciben leche materna como único alimento, pero además agua, jugos, té u otros líquidos no nutritivos (excepción hecha con los jugos que sí son nutritivos).
- Lactancia Materna Completa (L.M.Comple.): suma de niños que reciben lactancia materna Exclusiva y Predominante, es decir lactancia materna como único alimento.
- Lactancia materna parcial (L.M.Parc.): niños que reciben, además de leche materna, otra leche y/u otro alimento.
- Destete total: niños que no reciben leche materna.

Datos sobre prevalencia, duración y tendencia: estudios publicados.

Prevalencia de la Lactancia Materna (estudios poblacionales publicados) * / **

lugar del estudio	Año	Nunca	1 mes	3 meses	6 meses	9 meses
Cap. y GBA	1974	17	?	64	72	-
Gran Bs As	1985	11	?	40	57	66
Misiones	1986	11	?	26	36	49
Córdoba	1993	-	86	-	-	-
Ushuaia	1994	7	94	82	60	39
Gran Bs As	1981	-	?	45	-	52

* % de madres que persisten amamantando a los meses estipulados.

** Recomendaciones para la alimentación de niños normales menores de 6 años. Publicación CESNI #14-1994.

ENCOLAC (Encuesta Colaborativa-SAP-10/94-02/95)

Estudio colaborativo transversal, realizado por pediatras interesados en LM. Se encuestó a madres de niños entre 1 y 23 meses, asistentes a vacunatorios. Se recibieron encuestas de Salta, Santa Fe, Misiones, Capital Federal, La Plata, Vicente López, General Alvarado y General Pueyrredón. Se encuestaron 3384 niños. Se relacionó duración de la LME, según permanencia o no en neonatología y peso al nacer.

EDAD	Total niños	Con LME	Con LMC (LME +LMPre)	Con LM
1 mes	251	110 (43,8)*	152 (60,5)	226 (90)
2 meses	391	94 (24)	179 (45,7)	303 (77,5)
3 meses	255	46 (18)	100 (39,2)	167 (65,5)
4 meses	262	19 (7,2)	87 (33,2)	161 (61,4)
5 meses	225	12 (5,3)	68 (30,2)	145 (64,4)
6 meses	235	1 (0,4)	66 (26)	168 (66,4)
TOTAL	1637	282 (17,2)	652 (39,8)	1170 (71,5)

* El número entre paréntesis corresponde a porcentajes.

Prevalencia de LM exclusiva(LME), LM completa(LMC) y LM
Encuesta OMS, recordatorio de ingesta de las últimas 24 horas

Conclusiones:

1. Al 4º mes de vida sólo 7,2% de los niños encuestados recibía Lactancia Materna Exclusiva.
2. Las cifras halladas están lejos de las propuestas en las Metas.
3. La prevalencia de Lactancia Materna Completa encontrada al mes de edad es la deseada para el 4º mes de vida, según las Metas actuales.
4. El porcentaje de niños destetados prematuramente es superior al 40%.
5. La internación en Neonatología por período superior a 24 horas y el BP al nacer asociaron de manera significativa a menor prevalencia de LMC.
6. La circunstancia de nacer en una institución pública se asocia con una mayor prevalencia de LMC aunque en este estudio la diferencia hallada no resultó estadísticamente significativa.
7. Es necesario un mayor entrenamiento previo del personal que se ocupará de tomar la encuesta.

Consideraciones finales: dado que los datos se deben recoger en centros de baja complejidad o a domicilio el protocolo debe resultar fácil de comprender por personal de diferente nivel de capacitación. Las definiciones propuestas por OMS parecieron complicadas, difíciles de recordar y su enunciación no resulta suficiente para aclarar a qué modalidad de lactancia se está refiriendo.

INDEC* UNIVERSO: 512.784 MUJERES CON HIJOS MENORES DE 3 AÑOS (1994) PUBLICADO EN 1996.

Porcentaje de niños amamantados exclusivamente hasta el cuarto mes según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar por aglomerado de residencia.

Aglomerado	Total	Hogares con NBI	Hogares sin NBI
Total	28,7	28,7	28,6
Gran Buenos Aires	27,4	27,2	27,6
Conurbano	27,4	27,4	27,4
Mendoza	44,0	44,1	44,0
Rosario	32,9	36,3	30,3
Neuquén	35,8	37,4	35,3
Paraná	30,2	32,5	28,8
Río Gallegos	34,6	30,9	35,5
Salta	18,2	20,1	17,5

Porcentaje de madres que amamantaron a su último hijo nacido vivo por aglomerado de residencia

Aglomerados	Total madres que lactaron o estaban lactando (1)	Madres que terminaron su lactancia	Madres que estaban lactando
Gran Buenos Aires	90,3	62,0	28,0
Rosario	93,3	57,7	35,5
Paraná	87,2	47,2	39,9
Neuquén	94,6	64,0	30,5
Mendoza	95,2	67,5	32,4
Salta	91,4	64,2	35,7
Río Gallegos	87,5	59,3	28,2

(1) El complemento a 100 lo constituyen las madres que no dieron pecho en cada aglomerado

Promedio en meses de la duración de la lactancia materna según condición de satisfacción de necesidades básicas del hogar por aglomerado de residencia

Aglomerados	Promedio total (en meses)	Hogares con NBI	Hogares sin NBI
Gran Buenos Aires	6,5	8,0	6,0
Rosario	6,2	7,8	5,8
Paraná	6,6	6,2	6,9
Neuquén	10,0	9,5	10,0
Mendoza	7,8	9,5	7,4
Salta	7,0	7,7	6,9
Río Gallegos	5,5	5,9	5,5

Lactancia y alimentación complementaria

Aglomerados	Total	Mes en el que agregan alimentos		
		1° al 4° mes	5° al 6° mes	7° y más meses
Gran Buenos Aires (317.230)	100,0	76,7	15,7	7,6
Rosario (36.518)	100,0	70,3	23,5	6,2
Paraná (4.723)	100,0	75,2	16,4	8,4
Neuquén (7.755)	100,0	67,1	22,4	10,5
Mendoza (30.905)	100,0	86,6	26,2	10,6
Salta (12.530)	100,0	86,6	9,1	4,3
Río Gallegos	100,0	65,6	28,8	5,6

PRONAP 1995

TIPOS DE LM EN NIÑOS DE 1 A 6 MESES DE EDAD

EDAD	LM EXCLUSIVA	LM COMPLETA	LM SIN ESPECIFICAR	TOTAL
1 mes	200 (42,5%)	237 (50,4%)	422 (89,8%)	470 (100%)
2 meses	246 (43,4%)	302 (53,3%)	502 (88,7%)	566 (100%)
3 meses	165 (34,5%)	207(43,3%)	398 (83,3%)	478 (100%)
4 meses	84 (19,3%)	129 (29,7%)	340 (78,3%)	434 (100%)
5 meses	31 (8,8%)	54 (15,3%)	236 (67%)	352 (100%)
6 meses	14 (3,3%)	25 (5,9%)	263 (63,1%)	417 (100%)

Recordatorio de ingesta últimas 24 hs. (OMS). Tomada en vacunatorios por alumnos del PRONAP. Muestra 20% de 35.000

PRIMERA ENCUESTA PROVINCIAL NUTRICIONAL DE NIÑOS Y EMBARAZADAS PROVINCIA DE BUENOS AIRES. NOVIEMBRE 1995.

Se procesa el 59% de 17.315 encuestas.

LM Completa: 36% al 4° mes (Encuesta retrospectiva a la madre: "¿Hasta qué mes amamantó?")

En la primera mitad de 1995 se encuestaron con el método del recordatorio de las últimas 24 hs., otros 1.507 niños cuyo análisis revela:

18% de LM Exclusiva al 4° mes

24% de LM Completa al 4º mes

Destete total al año de edad: 76% de los niños.

La discordancia de prevalencia encontrada entre ambas encuestas muestra lo importante del instrumento de encuesta utilizado.

SEGUNDA EVALUACIÓN DE LA META DE LACTANCIA MATERNA EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES - 1997

Tipo de alimentación al 4º mes: Total Provincial

LM Excl. %	LM Predom. %	LM Comple. %	LM Parcial %	Destete %	nº
17,0	9,5	26,5	42,8	30,7	2490

Alimentos que reciben los niños con Lactancia Materna Parcial

1997. Encuestado el 64 % de los niños residentes en la Provincia de Buenos Aires sobre tipo de alimentación al 4º mes.

LM + Otra leche %	LM + Semisólidos %	LM + leche + Semisólidos %
36,8	24,2	39,0

ENCUESTA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES (n=486)

Monitoreo del cumplimiento de la meta Lactancia Materna. Año 1997 (*)

Edad en días meses Lactancia	<28 días recién nacido		60-89 días 2 meses		120-149 días 4 meses		180-209 días 6 meses	
	resid.	no resid.	resid.	no resid.	resid.	no resid.	resid.	no resid.
Exclusiva	79,7%	72,1%	54,8%	33,3%	23,1%	36,4%	3,9%	12,5%
Predominan.	1,3%	4,7%	9,5%	8,3%	10,3%	6,8%	5,9%	0%
Completa	81,0%	76,8%	64,3%	41,6%	33,4%	43,2%	9,8%	12,5%
Parcial	15,2%	11,6%	23,8%	36,2%	41,0%	43,2%	51,0%	41,7%
Destetado	3,8%	11,6%	11,9%	22,2%	25,6%	13,6%	39,2%	45,8%

Referencias: tipo de Lactancia:

- Exclusiva: pecho como único alimento
- Predominante: pecho más agua, jugos, infusiones, sales de rehidratación oral.
- Completa: es la suma de Lactancia Materna Exclusiva más Lactancia Materna Predominante.
- Parcial: pecho más otra leche o papilla (el pecho debe cubrir no menos del 20% de la alimentación).
- Destete: no toma pecho.

(*) Efectuada por alumnos de la Escuela de Enfermería "Dra. Cecilia Grierson", Buenos Aires.

LACTANCIA MATERNA EN ARGENTINA - Año 1998

Provincias	Hospitales Amigos	Comisión Lact. Materna	Datos Lact. Materna	Adhesión Resolución 54/97
Buenos Aires	SÍ		SÍ	SÍ
Gob Aut C. Bs. As.	SÍ		SÍ	
Catamarca				
Chaco				SÍ
Chubut				SÍ
Córdoba	SÍ	SÍ	SÍ	
Corrientes				
Entre Ríos		SÍ		
Formosa		SÍ	SÍ	SÍ
Jujuy				
La Pampa			SÍ	
La Rioja		SÍ	SÍ	
Mendoza		SÍ	SÍ	SÍ
Misiones				
Neuquén		SÍ	SÍ	
Río Negro	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Salta	SÍ	SÍ	SÍ	
San Juan				
San Luis		SÍ	SÍ	
Santa Cruz			SÍ	
Santa Fe	SÍ			
Santiago del Estero			SÍ	
Tierra del Fuego			SÍ	

Fuente: Dirección de Salud Materno Infantil - M.S.A.S. - Año 1998

REFERENCIAS

- (1) Benguiguigui Y. y col.: Acciones de Salud Materno Infantil a nivel local. OPS. Washington D.C., 1996.
- (2) M.S.A.S. Nación: Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, 1997.
- (3) Sabulsky J.: Alimentación, crecimiento y desarrollo. Publicación No. 2, Edic. Eudecor, Cdba, 1997.
- (4) Gutiérrez L y col.: Evaluación de las Condiciones de Eficiencia de los Servicios para la promoción del amamantamiento. Arch. Arg. de Pediat. 1983; 81:334-40
- (5) Barrington - Ward S. "Los lactantes por encima de los negocios" El Progreso de la Naciones. Págs. 15-17, UNICEF 1997.
- (6) UNICEF El Progreso de las Naciones. Págs. 18-19. 1997.
- (7) Monitoreo del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Argentina (1997).
- (8) Gutiérrez L. M.: El Código y el cuerpo médico pediátrico. Rev. Centro Am. de C. de la S. Costa Rica. N° 20, 1981.
- (9) Greiner T: The infant food industry: Why and how promotes its products. ICH Journal 1996 1: 27-31.
- (10) Kramer M. S.: Infant feeding, infection and public health. Pediatrics 1988; 81: 164.
- (11) Lucas A, Cole T.: Breast milk and neonatal necrotising enterocolitis. Lancet 1990; 336:1519-23
- (12) Anianson G. y col.: Pediat. Infect. Dis. J 1994;13:183-8.
- (13) Aguirre P.: Costo de la Decisión de no amamantar, Mimeo, Mdza, 1997.
- (14) Howie et al, BMJ 1990, 3011-16.
- (15) Verge y col. Diabetes Care. 1997,17:1381-89.
- (16) American Academy of Pediatrics, Committee on Nutrition: Infant feeding practices and their relationship to the etiology of diabetes mellitus, Pediatrics 1994;5:752-54
- (17) Huffman S, et al: Role of Breast Feeding in the prevention of diarrhoea. J Diarr. Dis. Res.1990;8:68-81.
- (18) Vitoria CG. et al: Evidence for protection by breast feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. Lancet 1987,2;319-21.
- (19) Pabst, H: Inmuno modulación por Leche Materna: Ped Inf Dis J, 1997, 16;991-5.
- (20) Gutiérrez L y col. Factores de riesgo del amamantamiento exitoso. Arch. Arg. Ped.1982; 80: 555-59.
- (21) Kennell J. y col.: Vínculo entre padres e hijos: observaciones frecuentes que alteran la atención perinatal, Ped in Review (en español)1998: 19:55-65.
- (22) Romieu I y col. Breast cancer and lactation history in Mexican women, Am J Epidemiol 1996;143: 543-552.
- (23) Labbok MH y col. Multicenter study of the lactational amenorrhea method. Contraception. 1997; 55: 327-346.
- (24) Ageitos M.L.: Presentación en Jornada de Lactancia Materna. ROU, 1996.
- (25) American Academy of Pediatrics: Working Group of Breast Feeding: Breast Feeding and the Use of Human Milk. Pediatrics 1997; 100: 1035-1039.

Carmuega:

Quisiera agregar a tus preguntas finales una más, ¿Cómo?

Seguramente algunos de los aspectos comentados serán discutidos luego de mi presentación de mañana en razón de que no es posible analizar la calidad de la dieta y de los alimentos del primer año de vida sin considerar la prevalencia y modalidades de lactancia materna. Pero a pesar de la evidente necesidad de nuestra sociedad en su promoción no puedo dejar de reflexionar acerca de la paradoja que significa aceptar que haya que orientar recursos de los sistemas de salud en general para evaluar la prevalencia de lactancia materna y mucho más a tener que realizar esfuerzos para promoverla. A nadie se le ocurriría pensar en destinar tiempo a evaluar la prevalencia de personas que respiran, o que transpiran, o que toman agua y es simplemente porque es tan natural, tan fisiológico que el hecho excepcional es precisamente no hacerlo. Lamentablemente el cuadro de situación que ha presentado muy claramente la Dra. Ageitos nos demuestra que a las puertas del 2000 existe mucho por aprender y mucho más por hacer en relación con la lactancia en Argentina. La lactancia es tan natural para los mamíferos que conforma la única característica en común que los diferencia de otros vertebrados. Durante mucho tiempo pensamos que la leche de madre se adaptaba a las características enzimáticas y absorptivas del organismo inmaduro del recién nacido. Sin embargo, cuando se considera que mecanismos tan sofisticados como los que regulan la transmisión del impulso nervioso se encuentran funcionales al nacimiento resulta poco sostenible que un limitado puñado de enzimas - que además son diferentes en cada especie- determinen que no sobreviva ningún mamífero que no reciba leche de su propia especie. Es más lógico pensar que estos mecanismos constituyen reaseguros de la naturaleza para que la lactancia natural sea una práctica ligada íntimamente con la supervivencia y por ende inherente a la especie. Los humanos en los últimos 100 años nos las hemos ingeniado -no con poco esfuerzo por cierto- para lograr que lo que fue una característica celosamente custodiada por la naturaleza durante los miles de años de nuestra evolución biológica pudiera ser obviada. Algunas de las consecuencias sobre la morbimortalidad y la calidad de vida y desarrollo de no recibir leche de la madre han sido expuestas y es un terreno que se enriquece con nuevas investigaciones. Sin embargo, se ha discutido acerca de la validez metodológica de comparar resultados entre poblaciones que amamantan y no. Se ha dicho que las familias que amamantan y no amamantan -dentro de un mismo contexto sociocultural- guardan diferencias básicas en muchos otros aspectos del cuidado del niño más allá de la lactancia. En realidad, la lactancia podría ser vista como un indicador -en el sentido estadístico del término- de un estilo de cuidado infantil.

Los datos estadísticos presentados por la Dra. Ageitos conforman un cuadro de situación bastante acabado de la práctica de la lactancia materna en Argentina de la que pueden extraerse algunas conclusiones con el propósito de orientar acciones concretas de promoción.

En primer lugar, surge que alrededor del 90% de las madres que salen de nuestras maternidades -públicas o privadas- de distintos ámbitos geográficos y condición social practican (o inician) la lactancia natural. Es decir que, la tasa de inicio aunque aun es mejorable resulta razonablemente adecuada pero que el abandono temprano de lactancia pareciera ser nuestro principal problema. De ser correcta esta aseveración las acciones de promoción, es decir el "cómo" deberían orientarse hacia evitar la introducción temprana de otros alimentos que "desplazan" a la lactancia, hacia el apoyo de las familias, el equipo de salud, los distintos grupos sociales de la madre que lacta especialmente en sus momentos de mayor riesgo, hacia la protección legal de los derechos de la madre nodriza que reingresa al trabajo, etc.

Un segundo comentario surge de la estratificación social de la lactancia materna. Según datos del Proyecto Tierra del Fuego y del informe del CLACYD la lactancia natural exclusiva es más prevalente en los estratos más acomodados de la sociedad que en los más bajos en los cuales la introducción de otros alimentos - diferentes de la leche de madre- es además mucho más temprana. Ya sea porque las campañas de promoción han tenido una penetración más efectiva

en los estratos sociales más elevados, porque los pediatras o están más comprometidos o simplemente pueden dedicarle más tiempo a la promoción de la lactancia porque no tienen que lidiar con otras urgencias sociales o por otras razones surge que los grupos en quienes las ventajas de la lactancia natural sobre la morbimortalidad serían más efectivas están relativamente menos motivados a lactar en forma exclusiva.

Un comentario final tiene que ver con la importancia que le asigna nuestra sociedad al nacimiento y cuidado de un nuevo hijo. No hablo de la importancia que le asigna a un recién nacido cada familia, sino la responsabilidad asumida por la sociedad en su conjunto. En Tierra del Fuego preguntamos a las madres si se sentían de alguna manera privilegiadas por su comunidad en virtud del embarazo (si le cedían el asiento, le permitían pasar antes en la cola del supermercado, etc.) La gran mayoría de las madres no solamente manifestó que no, sino que muchas comentaron que se sentían discriminadas y muy poco ayudadas. La sociedad exige que la mujer que está dando el pecho tenga tiempo para cocinar y cuidar de la familia, trabajar como siempre (o más que siempre después de la licencia por maternidad). Es necesario que reflexionemos sobre la carga (e indirectamente la culpa) que nuestra sociedad les impone a muchas madres cuando además de la lactancia y el cuidado infantil les exige al mismo tiempo la misma eficiencia laboral y en las tareas cotidianas. Más que una legislación apropiada se necesita que nuestra sociedad reflexione y asuma un compromiso sobre la importancia del cuidado infantil y las experiencias tempranas en la evolución y crecimiento del cuerpo social en su conjunto.

Sabulsky y Agrelo:

Es clara la discordancia entre lo que constituye el diseño para la especie mamífera, cuya supervivencia la lactancia garantizó generación tras generación y la realidad de cifras bajísimas de prevalencia de lactancia humana.

Hay distintas observaciones que nos parecen pertinentes y que, desde diferentes dimensiones abordan el problema:

a) La incompreensión generalizada en el ámbito médico de que la producción de leche y la duración del amamantamiento dependen de un proceso biológico y sociocultural de múltiples interacciones. Hay conductas “naturales” favorecedoras de una buena lactancia (contacto precoz, amamantamiento a demanda, prolongación de la lactancia materna completa, información pre y post parto) y otras “obstaculizadoras”, o “conductas medicalizadas” (contacto tardío, horarios, introducción precoz de complementos). Las instituciones y los profesionales desarrollan con alarmante frecuencia, estrategias obstaculizadoras. En nuestro estudio hemos encontrado una diferencia de hasta 20 puntos en la prevalencia de lactancia materna completa al mes de vida entre una institución pública (hospital Misericordia) que promueve las prácticas favorecedoras y otra de la misma jurisdicción que no lo hacía en aquel momento. Los datos advierten acerca de la responsabilidad ética y la factibilidad de actuar frente a una condición que ofrece una amplia vulnerabilidad al “tratamiento”.

b) La medicalización de campos de la vida que anteriormente competían al ámbito de lo familiar o social, como el embarazo, parto y nacimiento (algunos favorables como el parto institucional), genera una delegación del cuidado y la alimentación de los niños, de las madres hacia los profesionales. El niño nace institucionalizado, es recibido y atendido primeramente por médicos u otros profesionales, se demora el contacto madre-hijo, se organiza la alimentación en base a prescripciones horarias y también se delimita cada episodio de lactancia. Se establece así un estilo medicalizado de alimentación. La fe en los progresos tecnológicos y la biologización de los fenómenos humanos, admite rápidamente la complementación con fórmulas industriales. Se produjo una pérdida del protagonismo familiar; la madre no es informada ni consultada. Prevalece la omnipotencia y la autoridad profesional. Nuestros datos revelaron una brecha estadísticamente significativa en el amamantamiento de los niños según hayan tenido las madres soporte familiar o no y decisión previa respecto a la mejor conducta. La fragmentación en el trabajo profesional fue demostrada a través de la percepción de las madres respecto a la actitud

del obstetra respecto a la lactancia; según ellas, con un 60% de sus obstetras no habían conversado sobre la lactancia.

c) Como consecuencia de este “estilo”, el mecanismo de feedback demanda/oferta es desestimulado y aparece el síndrome de insuficiencia láctea, que potencia la prescripción de fórmulas iniciando el proceso de destete temprano. Las madres, incluso muchas de las que habían decidido amamantar, al no cuidar el proceso desde el nacimiento, llegan a este punto.

d) La mercantilización de la medicina profundiza este cambio. La introducción masiva de fórmulas lácteas es un experimento social a gran escala sin control y sin fundamentación científica. Todos los trabajos comparativos, muestran mejores rendimientos de la lactancia materna. Está corroborado en estudios observacionales y experimentales que la introducción temprana de fórmulas conduce a un rápido destete. En nuestro estudio, el 74 % (IC 95%: 74-78) de las madres había instaurado ya al mes, la complementación de la lactancia. La mediana de destete fue de 4 meses para ellas y de 9 meses para el 26 % restante, de madres que al mes sostenían la lactancia completa. Una diferencia esclarecedora.

En este contexto, se impone un replanteo a fondo de los caminos a seguir para revertir el panorama:

A nivel profesional:

1. Recuperar la racionalidad científica y ejercer los conocimientos sobre las ventajas de la leche de madre en la salud biológica, el vínculo familiar y el desarrollo psicológico, a corto y mediano plazo. La comprensión del mecanismo de la lactancia y consecuentemente la necesidad de actuar para favorecerlo.
2. Actuar “éticamente”, reconociendo el derecho de las madres a participar y decidir acerca de la alimentación de sus hijos; para ello requieren información abundante y apropiada. Resistir y neutralizar las presiones que parten del campo comercial para modificar prácticas, vigilando el cumplimiento del Código de Comercialización de Alimentos Complementarios.

A nivel comunitario:

1. Transferir poder de decisión a la madre y la familia en la alimentación infantil.
2. Promover el compromiso de grupos comunitarios, profesionales y no profesionales en la promoción y en el acompañamiento de las madres en su decisión de amamantar. Nuestra experiencia interdisciplinaria y con agentes comunitarios es muy rica en este terreno. Hemos desarrollado, junto a la comisión de Lactancia Materna de SAP Córdoba, un grupo de apoyo que en este momento está constituido por más de 20 personas, incluyendo profesionales, promotoras comunitarias, de la liga de la leche y también madres de niños del Estudio CLACYD. El desarrollo de estrategias de comunicaciones como la red electrónica Lacmat, coordinada en Argentina, que permiten el establecimiento de verdaderas redes horizontales de intercambio de información y de propuestas de acción, desde un ámbito interdisciplinario y participativo, que incluye además a las propias madres necesitadas de apoyo e información.

Onaíndia:

El documento presentado por la Dra. Ageitos traza una perfecta hipérbola partiendo de la medicalización del parto hasta llegar a la medicalización del vínculo.

En efecto, creo que nadie duda de los beneficios que han acercado la ciencia y la técnica al área de la salud. Sin embargo, una hipertrofia de las mismas solo causa desorientación entre las personas que buscan respuestas que los orienten en su intento de encontrar un existir más humano. En este sentido las cifras crecientes de partos por cesáreas en el sector privado o semiprivado, la desatención de las normas que apuntan al fortalecimiento de la relación madre hijo, pero también las que tienen como resultado la despersonalización de la relación médico paciente, midiendo todo acto médico en función de costos y beneficios en detrimento de los intereses de las familias, atentan contra la salud en su concepción más básica, ya no al estado completo de bienestar físico, síquico y social, estado que resulta hoy por demás ilusorio, sino al de ser reconocidos como sujetos pasibles de ser entendidos, escuchados, comprendidos en su singularidad.

Un bebe que sea pensado como una persona, es un bebe que demanda su derecho a ser amamantado. Pero también demanda su derecho a no ser transformado en el punto de inflexión de luchas internas por poder económico o institucional. La Verdad no tiene dueños, solo huéspedes. La defensa de la propia subjetividad en las familias, es la defensa de su derecho a la felicidad, a la autoestima, a su sano devenir.

En esto la defensa de la lactancia materna es quizás el primer paso, pero no debe ser el único. La protección del medio ambiente, la diversificación del vínculo en conductas estimulantes, la defensa de la madre y el niño en su medio, la accesibilidad del padre al hogar como portador del mensaje de la cultura también deben ser defendidos, y contribuirán en forma completa a robustecer el ambiente donde se facilite un desarrollo mas completo.

Por ultimo, y sin dejar de reconocer el valor de aquellas normas que difundidas en forma universal contribuyen a la implementación de conductas a favor del desarrollo, no debe negarse la posibilidad de adecuar las que así lo necesiten a los valores culturales propios de cada grupo social en que se implementen.

Agrelo:

Quisiera comentar algunos aspectos relacionados con el crecimiento físico y la lactancia materna. Dentro de los múltiples factores que determinan un buen amamantamiento deben tenerse en cuenta las características del crecimiento de los niños alimentados al pecho.

Al respecto presentamos datos del estudio CLACYD. Los objetivos del trabajo son: a) comparar el crecimiento en peso y longitud desde el nacimiento hasta los 24 meses, de dos grupos de niños con distinto tipo de lactancia (TL): lactancia natural exclusiva (LNE) y lactancia artificial (LA) ; b) comparar el crecimiento de los niños amamantados respecto a: 1) normas NCHS/OMS 2) "12 breast-fed pooled data set" (OMS). El Estudio CLACYD investiga una cohorte representativa, estratificada socialmente, de niños nacidos en 1993 en la ciudad de Córdoba (Argentina). Se analizan datos antropométricos registrados según técnicas estandarizadas, al nacimiento, 6, 12 y 24 meses, de 74 niños que fueron amamantados exclusivamente con leche materna durante los primeros 4 meses y de 108 niños alimentados artificialmente. Los dos grupos son homogéneos respecto a edad y escolaridad de los padres, estrato social, orden de nacimiento, talla materna, peso y longitud al nacimiento. Las condiciones de vida (vivienda y saneamiento) son más favorables en el grupo con LA ($p=0,04$). Los niños amamantados registran a los 6, 12 y 24 meses menor peso y longitud que los alimentados artificialmente y muestran respecto a NCHS/OMS una desaceleración del crecimiento a partir del segundo semestre. Aunque el "pool de amamantados" representa a una población de estrato social alto/medio, los valores hallados en el grupo con LNE se asemejan más a esta referencia. Se concluye que las normas NCHS/OMS no son totalmente adecuadas para evaluar el crecimiento de niños amamantados de nuestro medio, especialmente en longitud, a partir de los 12 meses.

Las diferencias halladas en el crecimiento de amamantados y no amamantados coinciden con otros estudios y abren el interrogante acerca de los conceptos de crecimiento óptimo vs. crecimiento máximo, teniendo en cuenta que se trata de niños que en general gozan por igual de adecuadas condiciones socioambientales.

Lejarraga:

Con respecto a los estándares de crecimiento para niños con alimentación a pecho exclusivo, quiero comentar que es verdad que los estándares nacionales (recomendados por la Sociedad Argentina de Pediatría y la Dirección de Maternidad e Infancia) han sido construidos con niños en quienes el tipo de alimentación no fue especificado. De esta manera, sería deseable, sabiendo que los niños alimentados a pecho pueden ser un poco más cortos y de menor peso que los alimentados en forma artificial, contar en la Argentina con estándares nacionales construidos con niños alimentados a pecho exclusivo los primeros seis meses. Por otro lado, la OMS ha aceptado las grandes deficiencias del uso de los estándares NCHS como estándares internacionales. Sobre estas bases, ha iniciado un estudio longitudinal para construir estándares

de peso y estatura para niños con alimentación de acuerdo a las normas de la OMS (pecho exclusivo hasta los seis meses, etc.). Hay nueve países que participan en este estudio.

Al mismo tiempo, quiero rescatar la importancia que tiene para la Argentina haber logrado hace ya muchos años un acuerdo interinstitucional entre la Sociedad Argentina de Pediatría y la Dirección de Maternidad e Infancia para el uso de los estándares nacionales. Estos estándares son usados por todos los pediatras, e implicaron, además de un progreso en la calidad de atención médica de los niños, la posibilidad de comparar resultados de estudios y encuestas que se realizaron en el país que antes, con la falta de una normatización en ese sentido, resultaba imposible.

El logro de cualquier acuerdo nacional en nuestro país debe ser considerado un hecho de la mayor importancia.

Mercer:

Con respecto al comentario realizado por Carmuega sobre "porqué medir lo que supuestamente no hay que medir" (con referencia a la medición de la prevalencia de las prácticas de lactancia materna), deseo comentar que si bien desde la perspectiva de lo natural no sería necesario evaluar esta práctica ancestral, la realidad nos muestra la necesidad de evaluarla en forma permanente. Lo cierto es que no disponíamos de una metodología para evaluar la prevalencia del hábito de amamantar y debimos desarrollar nuestra propia modalidad en base a una propuesta realizada por el Dr. Juan Roqués, pediatra del Municipio de Gral. Alvarado. Esta semana estamos realizando nuestra tercera evaluación. Hoy ya otras provincias del país han incorporado esta metodología (basada en la evaluación de las prácticas de lactancia en vacunatorios sobre la base de encuesta de las últimas 24 hs, tal como lo recomienda la OMS).

Por otra parte, cabe recordar que en los Estados Unidos, la evaluación de las prácticas de lactancia materna las realiza el Laboratorio Ross (productor de sucedáneos) tal como lo informa la publicación anual del Maternal and Child Health Bureau (equivalente a nuestro Programa Materno Infantil). Si un laboratorio productor de fórmulas monitorea las metas de lactancia natural debe tener su justificación en conocer el estado de su competencia.

Por este motivo, consideramos más que apropiado monitorear las prácticas de lactancia natural. Antes no disponíamos de información y estábamos preocupados por lo que desconocíamos. Ahora que disponemos de la información, estamos alarmados por saber lo distante que nos encontramos de las metas previstas para lactancia materna.

Con relación al Monitoreo del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna, deseo rescatar tres hechos: en primer lugar, cuando se hizo la evaluación, no sólo participó la Provincia de Buenos Aires, sino que además la evaluación se realizó en establecimientos de la Ciudad de Buenos Aires y la Maternidad Martín de Rosario. Participaron además organismos no gubernamentales (IBFAN, UNICEF, Liga la Leche, Amamanta). Este hecho demuestra que es posible y necesario articular recursos e instituciones en función de un interés común. En segundo lugar, cuando realizamos la presentación del informe ante los gerentes de marketing de las empresas productoras de sucedáneos, el Representante de UNICEF en la Argentina, Edgar Madinger, dijo "ahora disponemos de un instrumento". Esta es la realidad, hoy podemos visualizar en forma objetiva de qué manera las empresas fabricante violan los aspectos contenidos en el Código de Comercialización elaborado por la OMS. Ya no tenemos justificación para ignorar estos hechos. El tercer punto hace referencia al hecho de haber sido nominado el Programa Materno Infantil como fiscalizador del cumplimiento del Código en la Provincia de Buenos Aires. A partir de ese entonces comenzamos a recibir denuncias sobre la violación del Código y a actuar en consecuencia. Hay un largo camino por recorrer en este sentido y es un buen momento para que las empresas comprendan que no nos oponemos a que comercialicen sus productos pero que entiendan la necesidad de respetar los contenidos del Código y todas las resoluciones ulteriores que lo avalan.

Calvo:

Uno de los factores que podría estar limitando la estrategia de promoción de la lactancia es su falta de integración con otros contenidos de la salud materno-infantil.

Por ejemplo, me alegra saber que se va a reconsiderar en la estrategia Hospital Amigo de la Madre y el Niño, la inclusión de otros factores para la acreditación, dado que resultaba un poco irónico que algunas instituciones con muy altos porcentajes de cesáreas - por citar sólo un caso - fueran designados "amigos de la madre y el niño".

En este mismo sentido, creo que sería muy útil integrar la capacitación sobre lactancia materna con contenidos sobre alimentación complementaria adecuada, teniendo en cuenta especialmente que la inseguridad de muchos pediatras - como aquí se mencionó - tiene también relación con el desconocimiento de lo que puede aportar la alimentación complementaria, cómo contrarrestar las presiones familiares y sobre cuándo y cómo indicarla.

Vinocur:

Con el fin de ser más efectivo en la promoción de hábitos y modificación de conductas dirigidas a promover la lactancia, se propone llevar a cabo estudios de tipo cualitativo sobre las diferentes causas que conducen a las mujeres a abandonarla. Los mismos deben cubrir situaciones diversas tales como nivel de instrucción de las madres, condición de actividad (trabaja o no trabaja fuera del hogar), número de hijos y edad, entre otros.

Así mismo es importante promover que el Estado en sus distintos niveles (nacional, provincial y municipal) asigne recursos a la promoción de la lactancia materna, traducido en cargos de técnicos y profesionales a cargo de las actividades de capacitación, promoción, educación para la salud y diseñar los contenidos de la comunicación social.

Moreno:

Es necesaria la creación de la Comisión Nacional de Lactancia Materna a nivel del Ministerio de Salud, asignándole presupuesto y la responsabilidad de formulación de programas concretos.

Cuñasco:

Me parece importante resaltar la ya mencionada relevancia de brindar información accesible acerca de los beneficios de la lactancia materna. El acceso a la información se ha presentado como un tema recurrente en los documentos de este taller, en relación a las diferentes temáticas abordadas. Los padres, así como los diferentes adultos significativos que rodean al niño tienen el derecho a ser informados adecuada y continuamente sobre cuestiones vitales (embarazo, lactancia, desarrollo infantil, nutrición, etc.) a lo largo de los distintos momentos por los que atraviesan, y no juzgados.

Otro punto que quisiera resaltar es el que menciona María Luisa Ageitos en relación al efecto beneficioso de la lactancia sobre la autoestima materna. Ésta comprendería los sentimientos relacionados con una mayor competencia para asumir y satisfacer las responsabilidades de ser madre, como el estar cuando es necesitada, enseñarle y transmitirle a su hijo todo lo que va a necesitar saber, otorgarle todos los cuidados necesarios y ser afectuosa con él. Considero que éste es un tema de suma importancia ya que la autoestima materna actúa como un factor fundamental en relación a la calidad de la conducta de la madre hacia su hijo. Una madre que puede alimentar a su hijo a pecho se sentirá más competente para cuidarlo, lo que elevará su autoestima, lo que a su vez la hará más facilitadora del desarrollo de su hijo.

Estudios como los de E. Shea y E. Z. Tronick ponen como uno de los primeros factores que contribuyen a la autoestima materna el contacto temprano con su bebé mencionado por la Dra., en su documento.

Arce:

Enfatizar el valor de la lactancia materna a todo el equipo de salud, desde los médicos obstetras y parteras que controlan el embarazo, hasta los asistentes sociales que conocen la situación

familiar y lógicamente los neonatólogos, pediatras y enfermeras encargadas del control y atención de los niños. Estos mensajes se ven reforzados por la difusión a los medios de comunicación y en la comunidad en general.

La legislación protectora de la embarazada y madre que amamanta debería ser favoreciendo al empleador o empresario, para estimularlo a cumplirla: reducción de impuestos, complemento salarial a la mujer a cargo del Estado y no del empleador, etc.

En nuestra actitud hacia la lactancia materna y en especial hacia las madres, seamos fundamentados pero no fundamentalistas, paternales pero no paternalistas, hablemos con autoridad pero no con autoritarismo.

Una visión de la problemática nutricional de los niños argentinos

Alejandro M. O'Donnell

INTRODUCCIÓN

A pesar de las circunstancias económicas y sociales nada felices por las que transcurre nuestro país y América Latina, siento que se puede ser optimista respecto al futuro de nuestros niños. Hemos querido que este optimismo trascienda en el título y en el temario de este Taller. Vida implica supervivencia e implícitamente, calidad de vida, una vida sin trabas para la salud, el crecimiento y el desarrollo de los niños, de manera que puedan expresar a pleno su potencial genético para que tengan una vida saludable, feliz y productiva.

En este sentido me parece óptima definición de salud “el estado que permite a una persona su plena integración social y laboral en la sociedad en la que vive”. Esta definición implica no estar enfermo ni padecer secuelas de enfermedades o de accidentes, haber tenido una adecuada educación durante muchos años y haber nacido en el seno de una familia capaz de haberle brindado el adecuado estímulo para su desarrollo intelectual y el amor que genera seguridad y capacidad para transmitir amor. Y cuando adulto tener una satisfactoria posición laboral, con un ingreso digno y sin los avatares económicos y cesantías que hoy nos acosan, que permita darles a los hijos la tranquilidad que necesitan para resultar adultos felices y productivos en el futuro.

Argentina está ante una coyuntura epidemiológica, social y demográfica que se debe comprender y analizar para el futuro inmediato y mediano. El análisis de la situación deberá extenderse a los programas asistenciales, a la organización del sistema sanitario, al cuidado del embarazo y del parto, a la lactancia materna, a la mejor y más completa alimentación de los niños, al cuidado del desarrollo temprano de los niños, a los sistemas comunitarios de apoyo a madres y familias para el mejor cuidado de sus hijos, y a la valorización de las experiencias educativas más tempranas. Deberá además tomarse conciencia de que los problemas de salud y nutrición de la infancia tienen repercusión en la edad adulta lo cual es de enorme relevancia en una sociedad cada vez más longeva como la nuestra. Del análisis surgirá un nuevo modelo de sistema sanitario, un nuevo modelo de médico, pediatra o generalista, mucho más integrados con la familia y con los distintos vectores de la comunidad que contribuyen a la salud, al bienestar y a la felicidad de los niños.

Mi optimismo emana del análisis de muchos indicadores de salud, bienestar y educación de América Latina (O'Donnell, 1997). En casi todos los países de la Región se han logrado descensos sustantivos en las tasas de mortalidad infantil y de los preescolares (Figura 1). En algunos países los progresos han sido espectaculares - Cuba, Chile, Costa Rica - a pesar de las

diferencias en los regímenes políticos vigentes en su momento en ellos. En el Cuadro 1 hemos calculado, siguiendo con el espíritu optimista de esta presentación, en lugar de las tasas de mortalidad infantil, el número de niños que sobrevive, de cien que nacen, por cada uno que muere antes de su primer cumpleaños. El cuadro también muestra que poco podemos enorgullecernos de nuestra cifra al compararnos con otras naciones hermanas de la Región, que tienen PBI y gasto social per cápita sustancialmente más bajos y peores indicadores de educación de sus poblaciones.

Cuadro 1

Número de niños que sobreviven por cada 100 que nacen, por cada uno que muere antes de su primer cumpleaños*

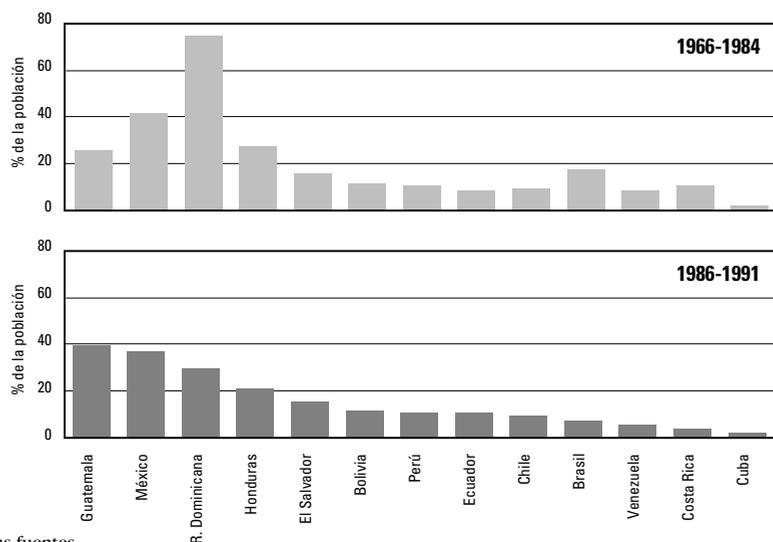
Cuba	99	Paraguay	41	Honduras	19
Costa Rica	70	Panamá	39	Brasil	17
Chile	67	Venezuela	39	Perú	17
México	47	Colombia	25	Nicaragua	13
Uruguay	46	Ecuador	25	Bolivia	12
Argentina	43	Guatemala	19	El Salvador	12
				Promedio mundial	14

* Tomado de O'Donnell AM (1997)

Esta forma de mostrar la situación de nuestros niños es más demostrativa que las cifras de mortalidad para meditar sobre la calidad de sus futuras vidas. La mortalidad de nuestros niños será analizada en este Taller por Elsa Moreno, con su reconocida idoneidad.

Figura 1

Cambios en la prevalencia de desnutrición (niños de 5 años) en varios países de América Latina en los últimos 25 años (en porcentajes)*



* diversas fuentes.

Volviendo a la calidad de vida de los niños que sobreviven es necesario que puedan expresar a pleno el potencial genético con el que fueron dotados por sus progenitores. Ello dependerá de

una concepción deseada, de un embarazo controlado y protegido por la comunidad, de un parto con todas las garantías, de una lactancia materna prolongada, de una alimentación adecuada en los años más tiernos de la vida en los que el crecimiento es tan rápido y tan exigentes los requerimientos nutricionales. También de una niñez sin enfermedades y de una crianza donde el niño reciba la estimulación adecuada para su desarrollo y pueda establecer relaciones de apego fuertes y sanas que lo dotarán de seguridad, capacidad de socialización y de amor que les permitirán formar familias que perpetuarán estilos de crianza adecuados.

Todos estos temas serán discutidos en este Taller por expertos de trayectoria en los respectivos temas.

LA SITUACIÓN NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS ARGENTINOS

Nadie discute que la inadecuada nutrición en la infancia tiene importantes repercusiones sobre el crecimiento, desarrollo y salud en general de los niños. También sobre enfermedades en la vida adulta y sobre la posibilidad de educarse adecuadamente. También para no afectar la aptitud reproductiva en el caso de las mujeres.

La información sobre el estado nutricional de los niños argentinos es lamentablemente muy escasa. Aún la información más sencilla de obtener que es el peso y la talla. Ello se debe a que no se la obtiene, a que no se la difunde cuando existe, a que no se procesa, o que no se lo hace adecuadamente, utilizando distintos puntos de corte o diferentes indicadores antropométricos, lo cual impide hacer comparaciones entre regiones, estimar tendencias y evaluar el impacto de acciones de salud y asistencia nutricional. Existe todavía menos información alimentaria, que es tan importante para inferir sobre la existencia de deficiencias nutricionales específicas en una comunidad y para programas de fortificación a través de la identificación de alimentos que pudieran servir de vehículos para los nutrientes deficitarios. Y aún menor es la información disponible sobre deficiencias de micronutrientes, uno de los pocos problemas nutricionales que pueden ser resueltos rápidamente y a muy bajo costo.

Cuatro son los problemas nutricionales de los niños argentinos:

- a) la desnutrición aguda, expresada como deficiencia de peso para la talla o la edad
- b) la desnutrición crónica, expresada como deficiencia de talla para la edad
- c) el sobrepeso y la obesidad, expresados como exceso de peso para la talla y
- d) la carencia de micronutrientes, en lo que se suele denominar “desnutrición oculta”.

Todas estas formas de inadecuada nutrición pueden tener consecuencias inmediatas, a mediano y a largo plazo sobre el futuro de los niños.

1. Desnutrición

Tomando información de diversas fuentes, se puede inferir que la desnutrición aguda grave ha disminuido, pudiéndose decir que tiene relativamente poca trascendencia epidemiológica, aunque cada caso de desnutrición severa represente una bofetada a la sociedad y un fracaso de los programas de atención primaria. Datos de distintas fuentes permiten estimar en no más del 2-3% el porcentaje de niños con deficiencias de peso para la talla, con notables diferencias regionales, especialmente en pozos de pobreza bien conocidos.

La forma más prevalente de desnutrición, como en todo el mundo en vías de desarrollo, es

la forma crónica de desnutrición manifestada por una estatura baja para la edad del niño (ACC/SCN,1997; Victora, 1992; Popkin, 1994; Frongillo et al, 1997; Keller, 1994; Monteiro et al, 1995; UNICEF, 1995). Este tipo de desnutrición se denomina en inglés stunting y en castellano se ha adaptado a acortamiento. Un estudio a nivel nacional, aún no publicado, y varios otros elevan la cifra de los niños con retraso de talla a 3-9 % , tomando como punto de corte <2 SD de talla para la edad, que es bastante exigente. La OMS (ACC/SCN, 1997) da para la Argentina una cifra de 4,7% basada en el estudio CIDES-OEA, metodológicamente discutible.

En relación al indicador peso/edad, los sistemas de monitoreo del crecimiento en atención primaria toman como punto de corte el percentilo 10, especialmente en los menores de tres años en los que habitualmente no se registra la talla o longitud corporal. Con este tipo de registro se puede observar que el porcentaje de niños que se ubica por debajo del mencionado punto de corte aumenta paralelamente con la edad de los niños. Una explicación es que las consultas al sistema de salud primaria de los niños mayores son habitualmente debidas a enfermedades o a problemas nutricionales, produciéndose de esta manera un sesgo en la población asistida.

Sin embargo, la explicación más plausible es que como existe en la población una elevada prevalencia de deficiencia T/E que es progresiva, el indicador P/E se deterioraría como consecuencia del menor tamaño corporal de los niños, los que pueden tener un P/T adecuado, o aun alto, o sea que técnicamente no pueden ser considerados desnutridos. De todas maneras en una comunidad en la que prevalece el bajo P/E, puede inferirse, con elevada certeza, que las condiciones de vida de los niños son inadecuadas, de tal forma que aún en aquellos de talla normal que vivan en esa comunidad deberá sospecharse que no han logrado desarrollar a pleno su potencial genético de crecimiento (Radimker et al, 1992).

Existen varios estudios con aceptable representatividad poblacional para avalar que la mayor prevalencia de desnutrición es de tipo stunting.

En las Encuestas del Gran Buenos Aires (Calvo y col, 1991) y de Tierra del Fuego (CESNI, 1995), realizadas por CESNI, se detectaron retrasos de talla en niños de 9 a 24 meses de edad que justificaron deficiencias de peso para la edad pues en la mayoría de estos niños el P/T era normal o aun elevado.

Godichet y col (1988) encuestaron cuatro asentamientos urbanos del Gran Buenos Aires con características de extrema pobreza y marginalidad. Allí habitaban 841 familias con 1718 niños, de los cuales 34% tenían una estatura inferior al percentilo 10 del patrón nacional; el retraso de crecimiento era más común en los varones y en ambos sexos era de comienzo temprano, antes de los dos años de vida. En estos niños, el déficit de P/T no alcanzaba al 5%.

En la ciudad de Córdoba, en una amplia muestra de escolares, se encontró 22% de niños con desnutrición por P/E, de los cuales 19% eran de 1er Grado según Gómez. Sin embargo, en estos mismos niños por déficit de P/T, el porcentaje se reducía a 6%, de los cuales 5% eran de 1er. Grado. En esta misma población, la prevalencia de sobrepeso y obesidad era de 28% por P/E y de 29% por P/T. El déficit de T/E en esta población era de 21% (Roch E y col., 1994)

El Módulo Nutricional de la Encuesta Permanente de Hogares (INDEC, 1995), realizada en muestras representativas de niños de dos a seis años de edad, en seis localidades del país, se encontró un porcentaje relativamente elevado de niños con talla baja, pero casi nulo, de niños con bajo P/T, aun en familias NBI. En algunas localidades, el sobrepeso era extremadamente común (Cuadros 2, 3, 4, 5 y 6)

Cuadro 2

Evaluación Antropométrica de niños menores de 6 años en Región Centro según Peso/Edad, año 1994

Aglomerado	Niños de 0 a 24 meses		Niños de 25 a 72 meses	
	Peso / Edad		Peso / Edad	
	Menor a Pc 10 %	Mayor a Pc 90 %	Menor a Pc 10 %	Mayor a Pc 90 %
G. Bs. As.	9.8	15.3	13.6	10.9
Rosario	4.6	19.1	8.0	13.7

Fuente: (1) Módulo de Monitoreo de Metas Sociales-Encuesta Permanente de Hogares: Encuesta Antropométrica De Niños Menores de 6 años, 1995.

Evaluación Antropométrica de niños de 2 a 5 años en Región Centro según Talla/Edad y Peso/Talla, año 1994

Aglomerado	Talla / Edad		Peso / Talla
	Menor a Pc 10 %	Menor 90 %	Mayor 110 %
	G. Bs. As.	12.0	11.3
Rosario	10.0	6.1	20.5

Fuente: (1) Módulo de Monitoreo de Metas Sociales-Encuesta Permanente de Hogares: Encuesta Antropométrica De Niños Menores de 6 años, 1995.

Cuadro 3

Provincia de Neuquén y Santa Cruz:

Evaluación Antropométrica de niños menores de 6 años en base a Peso/Edad, año 1994

Aglomerado	Niños de 0 a 24 meses		Niños de 25 a 72 meses	
	Peso / Edad		Peso / Edad	
	Menor a Pc 10 %	Mayor a Pc 90 %	Menor a Pc 10 %	Mayor a Pc 90 %
Neuquén	7.4	29.1	14.1	29.1
R. Gallegos	9.7	14.5	8.1	17.0

Fuente: Módulo de Monitoreo de Metas Sociales - Encuesta Permanente de Hogares: Encuesta Antropométrica de Niños Menores de 6 años, 1995.

Evaluación Antropométrica de niños menores de 6 años en Talla/Edad y Peso/Talla, año 1994

Aglomerado	Peso / Edad		Peso / Edad	
	Menor a Pc 10 %	Menor 90 %	Mayor 110 %	
	Neuquén	14.6	11.0	14.3
R. Gallegos	10.1	9.8	25.2	

Fuente: Módulo de Monitoreo de Metas Sociales - Encuesta Permanente de Hogares: Encuesta Antropométrica de Niños Menores de 6 años, 1995.

Cuadro 4

Retardo de la Talla en Escolares de Primer Grado en la Región NEA

Jurisdicción	Tala Baja %	Talla Muy Baja %	Total Tallas Bajas %
Chaco	9.3	7.2	16.5
Formosa	10.6	6.9	16.9
Misiones	10.7	7.8	18.5

Fuente: Elaboración Instituto Nacional de Investigaciones Nutricionales ININ sobre Censo de Talla de Escolares de 1° Grado (Niños de 6 y 7 años) realizado a partir de 1991, para el Plan Nacional para la Alimentación y la Nutrición, PNAN, 1996 MSAS.

Cuadro 5

Evaluación Antropométrica de niños de 2 a 5 años en la Provincia de Mendoza según Talla/Edad y Peso/Talla, año 1994

	Talla / Edad		Peso / Talla	
	Menor a Pc 10		Menor 90	Mayor 110
	%		%	%
Mendoza	13.6		3.4	28.6

Fuente: Módulo de Monitoreo de Metas Sociales-Encuesta Permanente de Hogares: Encuesta Antropométrica De Niños Menores de 6 años, 1995.

Cuadro 6

Resumen antropométrico: Evaluación Antropométrica en niños de 2 a 5 años en la Provincia de Buenos Aires según Talla/Edad y Peso/Talla, 1995

Área evaluada	Niños de 25 a 72 meses	
	Talla/Edad Menor Pc 10 (%)	Peso/Talla Menor 90 %
	Total Pcia. Bs. As.	21.1
Conurbano	21.6	11.8
Resto de la Pcia.	19.0	18.8

Fuente: Encuesta Provincial Nutricional de Niños y Embarazadas. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Programa Materno Infantil 1996.

El estudio CLACyD, (Sabulsky y col,1996)en la ciudad de Córdoba identifica el inicio del deterioro de la talla de los niños entre el 6° y el 12° mes de vida. A los 12 meses 12,6% de los niños y 16,8% de las niñas se encontraba por debajo del Percentilo 10 de T/E; a los 24 meses las cifras habían aumentado a 18,3 y 19,6%.

El Censo de Peso y Talla al Ingreso Escolar de la Pcia del Neuquén, que comprendió a 14.326 niños mostró que 40% de ellos estaba por encima del Percentilo 50 de T/E y 18% por debajo del Percentilo 10, evidenciando una desviación a la izquierda en T/E de esta población infantil. 51% de los niños estaba por encima del Percentilo 50 de P/E y 10% por debajo del Percentilo 10. Al

mismo tiempo, 61% de los niños estaba por encima del Percentilo 50 de P/T, y sólo 6% por debajo del Percentilo 10. Esto muestra un desplazamiento hacia la derecha de la distribución P/T (Reeves, 1995).

Wagener y Beltramino (1994), en el área programática del Hospital de Niños de Santa Fe, hallaron, en niños NBI menores de 5 años, 10% de desnutridos de 1er. Grado por P/E y 6% de II Grado también por P/E. Sin embargo, la mitad de ellos tenían peso adecuado a su talla.

En Mendoza (EVAM 91; Rodríguez Papini y col), sobre casi 10.000 escolares beneficiarios de los comedores infantiles, encontraron 3,3% con retraso de talla y 12% con sobrepeso (>P97 de P/E).

2. Sobrepeso y obesidad

La información sobre la prevalencia de sobrepeso y obesidad adolece también de los problemas mencionados para el caso de la desnutrición. Sin embargo algunos de los estudios anteriores, más los que se comentan a continuación, contribuyen a mostrar que nos encontramos ante un problema sanitario de magnitud creciente, de gran relevancia para los futuros adultos.

En la muestra de Tierra del Fuego, la prevalencia de sobrepeso y de obesidad aumenta con la edad de los niños: de 6 a 8% en los niños pequeños (varones y mujeres) a 27% y 22% en los adolescentes (CESNI, 1995).

Abeyá Gilardón y Lejarraga (1995) realizaron el primer análisis de los pesos y tallas de los conscriptos con motivo del examen médico del Servicio Militar Obligatorio, Clase 1967. Tomando un punto de corte de $IMC > 25 \text{ Kg/m}^2$ encontraron a nivel nacional una prevalencia de 14,7%, con los valores más altos en la Pcia del Neuquén y Capital Federal (18%) y los más bajos en el NEA (7,3%) y NOA (10,1%).

Posteriormente Calvo y col analizaron las Clases 1974 y 1975 encontrando un IMC promedio a nivel país de $22,4 \text{ Kg/m}^2$ con una prevalencia de sobrepeso ($IMC > 25$) de 19,5% y de obesidad franca ($IMC > 30$) de 4,1% (MSAS, 1996). Entre la Clase 1967 y las últimas analizadas se nota un aumento de 5 puntos en el IMC; como referencia, nuestros jóvenes de 18 años son 1 Kg más pesados y 6 cm más bajos que los de EEUU. Son también 1,3 Kg más pesados que los franceses. La mediana de talla de los conscriptos es 7 cm inferior al patrón de referencia de la SAP y del MSAS.

En los 5 y 6 años que median entre el primer y el último análisis de los conscriptos, se registró un aumento de 30% entre los muchachos con sobrepeso ($IMC > 25$) y 86% en los obesos ($IMC > 30$).

Debe tenerse en cuenta que estas mediciones fueron hechas en muchachos que tenían en su momento 18 años, con lo que con seguridad la situación se ha agravado en los últimos años en razón de las circunstancias que se comentarán más adelante. Este salto en la prevalencia que acabamos de describir representa una aceleración en la tendencia secular del crecimiento que ocurre en todas las comunidades a medida que las condiciones de vida y salud mejoran. En 1938 la Dra. Perlina Winocur realizó el primer estudio de talla en niños argentinos; si se comparan sus datos con los de los conscriptos de la Clase 1967, en los casi 50 años que median entre ambos estudios, nuestros jóvenes han crecido 1,2 cm y 3,5 Kg por década, con lo que el IMC se incrementó de 19,5 a 22,8 en ese lapso (O'Donnell y Carmuega, 1998).

El riesgo de padecer obesidad y sobrepeso es mayor en los niños con retraso de crecimiento que

en los niños de talla normal. En la Encuesta Permanente de Hogares INDEC (1995) el RR de sobrepeso y de obesidad es de 1,78 (IC 1,2-2,6) y 1,63 (IC 1,24-2,14) ($p < 0.05$), respectivamente. Entre los conscriptos con score Z en talla $< 1SD$ el porcentaje de sobrepeso y obesidad es 3,67% (Clase 1967) y 3,89% (Clase 1975); en estas mismas clases el porcentaje respectivo es de 2,2 y 2,24% en aquellos con score Z de talla $> 1SD$.

3. Deficiencia de micronutrientes

El diagnóstico poblacional de la deficiencia de micronutrientes es complejo y costoso, además de ser bastante resistido por la población de la cual se obtienen las muestras biológicas. Su logística es compleja pues parte del procesamiento de las muestras debe ser hecho en el campo para ser luego remitidas a un laboratorio central para su análisis definitivo. No debe extrañar entonces que la información disponible sea muy escasa, y referida preferentemente a anemia por deficiencia de hierro.

Los estudios más completos sobre anemia y deficiencia de hierro disponibles hasta hoy son las Encuestas del Gran Buenos Aires (Calvo and Gnazzo, 1990), de Misiones (Calvo y col, 1987) y de Tierra del Fuego (CESNI, 1995). De estos estudios, más otros dos, (Calvo y col, 1989; Abeyá Gilardón y col, 1982a y 1982b) se cuenta con información sobre la alimentación de los niños, tema que será discutido en este Taller por el Esteban Carmuega.

El Cuadro 7 resume los hallazgos de los tres estudios principales. La prevalencia de anemia en niños de 8 a 24 meses de edad va desde 21% en la Pcia. de Tierra del Fuego, la provincia con los mejores indicadores sanitarios del país, hasta 58% en Misiones rural. Según se discutirá más adelante esta cifra es la habitual en todos los países del mundo que no han encarado programas masivos de fortificación de alimentos infantiles con hierro; en los países que lo hacen, la prevalencia no suele ser mayor a 5% en el mismo grupo etario. En los estudios nacionales la principal causa de la deficiencia de hierro es la ingesta insuficiente del mineral, aún cuando se corrija la cantidad de hierro de la dieta que es absorbido por su disponibilidad ya que el consumo de carne es una práctica común.

Cuadro 7

Deficiencia De Hierro En Argentina. Estudios poblacionales (niños 9-24 meses)

Estudio	GBA (1)	Misiones (2)	Tierra del Fuego (3)
Año de realización	1985	1986	1994
Prevalencia de anemia (5)			
$< 11g$ Hb/dl	49(55-34)(4)	55(62-39)	24(13-44)
$< 10g$ Hb/dl	26	24	8.6
$< 9g$ Hb/dl	13	23	0.9
Indicadores nutricionales de hierro (%)			
-VCM $> 80fl$	38	ND	ND
-PLE $> 100\mu mol/mol$ heme	57	ND	42
-FS $< 12\mu g/L$	60	55	52
-Respuesta al tratamiento con Fe de lactantes anémicos (%)	78	ND	ND
-% suficiente en hierro (Hb > 11 ;FS > 12 ,PLE < 100)	15	ND	38
-% deficientes en hierro no-anémicos (Hb > 11 ;FS < 12 ,PLE < 100)	12	ND	25
-% deficientes de hierro - eritropoyesis alt.			

(Hb>11;FS<12,PLE<100)	12	ND	11
-% deficiencia de hierro - anémicos (Hb<11;FS<12,PLE>100)	30	ND	14
Información Dietaria Hierro			
Ingesta de hierro (mg/día)	5.6±3.5	4.0±2.6	5.9±4.5
Ingesta de hierro heme (mg/día)	0.9	0.4	0.8
% ingesta total	18	10	14
Ingesta de hierro no-heme (mg/día)	4.5±0.8	4.0±0.8	5.1±4.5
Ingesta de hierro no-heme absorbible (mg/día)(6)	0.5±0.4	0.3±0.3	0.3±0.2
Densidad de hierro dietario (mg/1000Kcal)	4.55	ND	4.7
Ingesta de hierro biodisponible< 1 mg/día	90%	96%	95%
Ingesta de hierro total < 15 mg/día	98%	100%	96%
Ingesta de hierro total< 10 mg/día	92%	90%	88%
Suplementación con hierro			
<3 m (%)	78	88	9
<6 m (%)	92	98	12
Acido ascórbico			
% bajo RDA	61	80	40
Peso al nacer			
< 2.500 gr.	7.5	6.8	7.2
2.500-3.000 gr.	8.4	9.2	9.8
> 3.000 gr.	84.5	83.7	84.8
Alimentación al pecho (% de niños destetados a los)			
< 3 m	40	26	18
< 6 m	57	36	40
< 9 m	66	49	56
Leche de Vaca			
Edad de introducción (% de lactantes)			
< 3 m	52	41	21
< 6 m	78	-	55
< 9 m	89	-	75

ND: No disponible; VCM: Volúmen Corpuscular Medio; PLE: Protoporfirina Libre Eritrocitaria; FS: Ferritina sérica;

- (1) Muestra al azar por conglomerados, estratificados por nivel de educación de la cabeza de familia. Fracción de la muestra 1:300 hogares. NSE bajo a alto edades 9-24 meses (n=593)
- (2) Diseño probabilístico, estratificado por criterio geográfico en dos estadios y peso propio. Fracción de la muestra 1/67 hogares NSE: alto a bajo edades 9-24 meses (n=464)
- (3) Muestra aleatoria simple, fracción muestral 1/4 hogares en la ciudad de Ushuaia. NSE bajo a alto (n=231)
- (4) (Bajo NSE - ALTO NSE)
- (5) Dallman y Simes, 1979
- (6) Monsen y Balintfy, 1982

La prevalencia de anemia comienza a disminuir a partir del segundo año de vida, a medida que disminuye la velocidad de crecimiento de los niños y por lo tanto la exigencia de sus requerimientos nutricionales; por otra parte, la dieta comienza a hacerse más variada.

Cuadro 8

Porcentaje de niños que no cubren las ingestas recomendadas de calcio (estudios poblacionales publicados)

Lugar del estudio	Prevalencia
Gran Buenos Aires, 1985	49% (8 - 24 meses)
Misiones, 1986	51% (8 - 24 meses)
Ushuaia, 1994	33% (8 - 24 meses)
Ushuaia, 1994	53% (preescolares)
Salta, 1978	55% (preescolares)

Deficiencia de Vitamina A (estudios poblacionales publicados)

A - Por encuesta alimentaria

Lugar del estudio	Prevalencia
Gran Buenos Aires, estudio 1	19% (< 12 meses)
Gran Buenos Aires, estudio 2	21% (1 - 2 años)
Gran Buenos Aires, estudio 3	42% (< 12 meses)
Gran Buenos Aires, estudio 4	45% (1 - 2 años)
Salta	43% (preescolares)
Ushuaia	25% (lactantes)
Ushuaia	38% (preescolares)
Ushuaia	25% (lactantes)

B- Por niveles plasmáticos de retinol

Lugar del estudio	Prevalencia
Ushuaia, 1994	14% (lactantes)
Ushuaia, 1994	9% (preescolares)

Porcentaje de niños que no cubren las ingestas recomendadas de Vitamina C (estudios poblacionales publicados)

Lugar del estudio	Prevalencia
Gran Buenos Aires, 1985	61% (8 - 24 meses)
Misiones, 1986	72% (8 - 24 meses)
Ushuaia, 1994	40% (8 - 24 meses)
Ushuaia, 1994	55% (preescolares)
Salta, 1978	50% (preescolares)

Otra deficiencia sobre la que existe menos información es la de vitamina A. En Tierra del Fuego, único estudio publicado, la prevalencia en niños menores y en embarazadas llega a más de 12%, porcentaje que según OMS e IVACG (1996) es suficiente para encarar programas de fortificación de alimentos con esta vitamina. En razón del patrón alimentario de la población fueguina y de su nivel de salud y nutrición, es seguro que la prevalencia debe ser mucho mayor en el NOA y

el NEA. Encuestas alimentarias -con las limitaciones que tienen en el caso de la vitamina A- sugieren que más del 40% de la población infantil tiene ingestas inadecuadas de la vitamina (Ovando y Finetti, 1982; Carmuega y col, 1989; Carmuega y col, 1995).

La deficiencia de vitamina D es propia de nuestro sur patagónico en razón de la tangencialidad de los rayos del sol en los meses de invierno, lo que afecta la conversión de los precursores en la piel en la vitamina biológicamente activa. El arropado de los niños, con poca piel expuesta al sol agrava la situación. La situación es obviamente más severa cuanto más austral el territorio. En Tierra del Fuego se han encontrado prevalencias de deficiencias severas y moderadas en 30% de los lactantes, 29% en niños pequeños y casi 85% en mujeres gestantes y nodrizas, a pesar de que la administración cotidiana de vitamina D en gotas es un concepto muy incorporado en el equipo de salud y entre la población (CESNI 1995; Olivieri y col, 1995).

Muy poco es lo que sabemos de la deficiencia de zinc en nuestros niños pequeños. El diagnóstico de la deficiencia de zinc es muy difícil ya que no existe prueba de laboratorio o estudio funcional que sea definitivo. Como la deficiencia de zinc afecta el crecimiento y el apetito de los niños, el diagnóstico de deficiencia se basa en la suplementación con el mineral durante meses, comparando los resultados obtenidos con grupos control no suplementados. Del análisis de las dietas habituales de nuestros niños menos privilegiados puede inferirse que es muy probable que sea una deficiencia común (Carmuega, este Taller). Sobre todo debería sospecharse en comunidades con alta prevalencia de stunting, con inadecuado saneamiento ambiental y alta incidencia de enfermedad diarreica, en niños con alimentación muy monótona, y cuando la talla de los niños sea más afectada que la de las niñas ya que los varones son más sensibles que las mujeres a la deficiencia de zinc por su mayor potencial de crecimiento; el zinc interviene en la síntesis del IGF-1, que es el mediador a nivel óseo de la hormona de crecimiento (Xuan et al, 1996; ACC/SCN, 1997; Beherens et al, 1990; Cavan et al, 1993; Castillo-Durán, 1994, Gibson RS, 1994, Hambidge, 1992, 1997).

Calcio, ácido ascórbico y folatos son nutrientes también habitualmente deficitarios en nuestros niños aunque sus manifestaciones clínicas de carencia sean muy raras. La información sobre vitamina C procede de encuestas alimentarias; en las Encuestas de Misiones y del GBA 60% de los niños no alcanzaban a cubrir las recomendaciones de vitamina C, lo cual seguramente no es suficiente para producir escorbuto clínico, pero sin duda interviene muy negativamente en la inmunidad, y en la peroxidación celular, además en la absorción del hierro alimentario, agravando el precario estado nutricional de ese mineral en nuestros niños. Téngase en cuenta que el ácido ascórbico es el más potente facilitador de la absorción de hierro no-heme (Cuadro 8).

De folatos en plasma y glóbulos rojos sólo hay información poblacional en Tierra del Fuego en niños y en embarazadas, con una prevalencia de deficiencia de 48% y 23%, respectivamente (CESNI, 1995).

En las encuestas realizadas no se ha registrado -salvo en un mínimo porcentaje- que las proteínas sean deficitarias en las dietas de los niños argentinos. Existe alguna duda sobre la calidad biológica de las mismas, cuestión que es actualmente objeto de estudio (Carmuega, este Taller).

CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LOS PROBLEMAS NUTRICIONALES DE LA NIÑEZ ARGENTINA

1. Desnutrición crónica y retraso del crecimiento

El stunting es un proceso crónico que puede iniciarse en la vida intrauterina, o en los primeros

meses de la vida, continuando a lo largo de los primeros dos a tres años de la vida, que son los de más rápido crecimiento; posteriormente al desacelerarse el crecimiento, y por lo tanto al hacerse los requerimientos nutricionales menos exigentes, y al madurar el sistema inmunológico, cesa la desviación de la curva normal de crecimiento para mantenerse paralela pero en los percentilos más bajos. Todas las agresiones nutricionales, infecciosas y de todo tipo que pueda sufrir un niño en estos años tempranos de la vida se manifestarán con retraso de crecimiento.

El bajo peso de nacimiento, en especial de los recién nacidos de término pero de bajo peso para la edad gestacional, y más cuando son de peso bajo pero adecuado para la longitud corporal es el más claro determinante de baja talla no genética en los niños sea en el mundo en desarrollo o en comunidades afluentes. En nuestro país el bajo peso de nacimiento (< 2500g) tiene una cifra intermedia, 6,9% (MSAS, 1997) entre los países desarrollados (5,9 %) y los en vías de desarrollo (12 a 29%) (de Onis et al, 1998). De los recién nacidos de bajo peso en nuestro país casi la mitad son de bajo peso para su edad gestacional.

Las causas del bajo peso de nacimiento son múltiples, siendo unas de índole obstétrico, como la hipertensión materna, pre-eclampsia, edad de las gestantes (añosas y adolescentes), síndromes genéticos; el uso de alcohol, cocaína y tabaco son los principales condicionantes en los países centrales.

En los países en vías de desarrollo los principales determinantes del bajo peso de nacimiento se relacionan con el estado nutricional de la madre: a) escasa ganancia de peso durante el embarazo, habitualmente relacionada con inadecuada ingesta de energía, b) bajo IMC preconcepcional, que es indicador de desnutrición crónica materna, c) baja estatura materna, que se relaciona con inadecuada nutrición e infecciones reiteradas durante la infancia.

Parasitosis e infecciones respiratorias repetidas durante el embarazo también se han asociado con bajo peso de nacimiento. La malaria, en zonas endémicas, es un condicionante indiscutido. El hábito de fumar, cada vez más difundido entre las mujeres del mundo en desarrollo, es otro importante factor.

La relación comprobada entre estado nutricional marginal de las madres y bajo peso de nacimiento ha llevado a considerar a programas de suplementación alimentaria a las gestantes como una estrategia lógica. Sin embargo, una reciente revisión de todos los estudios controlados de suplementación realizados en el mundo (de Onis et al, 1998) muestra que los resultados han sido magros, obteniéndose incrementos máximos en el peso de los recién nacidos de alrededor de 100 gr -de casi nula significación sobre la morbimortalidad de los recién nacidos- y sólo en los estudios que han empleado suplementos de energía y proteína de alto valor biológico, pero no cuando los suplementos son alimentos habituales en la comunidad. La suplementación continuada a lo largo de un embarazo, la lactancia sucesiva y el nuevo embarazo pareciera tener un efecto beneficioso sobre el peso de nacimiento (Villar and Rivera, 1988)

Otros estudios han suplementado hierro y folatos conjuntamente, con resultados aparentemente positivos en comunidades con alta prevalencia de anemia severa entre las gestantes; los argumentos fisiológicos que subyacen a la suplementación con folatos son altamente plausibles por lo que son necesarios estudios definitivos.

Otros , muy interesantes, han suplementado zinc (25mg/día) (Goldenberg et al, 1995) o magnesio (15 mmol/día) con resultados alentadores, pero que requieren de más confirmación (Kovacs et al, 1988). Hay evidencias de que la suplementación con magnesio disminuiría además la incidencia de parálisis cerebral en los niños más pequeños (Nelson and Grether,1995).

Diversos estudios no han podido demostrar efectos beneficiosos de la suplementación con calcio a pesar del reconocido efecto que tiene sobre la preeclampsia y eclampsia (Sanchez Ramos et al, 1988).

En Jamaica, en medios ambientes con mal saneamiento, la administración profiláctica de antibióticos para evitar infecciones del aparato genitourinario contribuyó a disminuir una tasa de por sí baja de recién nacidos de bajo peso. Lo mismo ocurre con la desparasitación en zonas endémicas de malaria y otros parásitos (Gulmezoglu et al, 1997).

Dependiendo de las circunstancias del período neonatal, de la causa del retraso de crecimiento intrauterino, del tamaño al nacer y del cuidado postnatal que reciban será la supervivencia de estos niños y la recuperación de su tamaño y nivel intelectual final. Pero se trata de un grupo tan frágil que, en nuestro país, estos niños contribuyen a la mitad de la mortalidad infantil total.

La prevención del bajo peso de nacimiento y los cuidados perinatales son tratados por Schwarcz y Larguía en este Taller. Sólo deseo puntualizar algunos problemas relacionados con la nutrición de las embarazadas.

El estado nutricional de las mujeres previo al embarazo tiene influencia sobre el tamaño de los recién nacidos. Una mujer de pequeño tamaño por haber sido desnutrida en su infancia seguramente tendrá hijos pequeños por el tamaño de su pelvis y placenta; además por otros factores aún no bien conocidos. De esta manera, el tamaño materno tiene influencia intergeneracional sobre el tamaño de su descendencia, destacando una vez más la importancia de la prevención del retraso de crecimiento en los niños más pequeños.

Lo mismo se aplica a la deficiencia de micronutrientes. La anemia en la embarazada es extremadamente común dados los requerimientos extraordinarios de hierro que derivan del crecimiento de los órganos reproductivos y del feto. La anemia en la embarazada, cuando severa, se ha asociado con muertes maternas y fetales; grados menos severos, con bajo peso de nacimiento y una vez producido el nacimiento una madre anémica que tiene que ocuparse de su familia y de su hijo recién nacido amamantado y de otros, seguramente lo hará inadecuadamente por el cansancio y la depresión propias de la anemia. En el estudio de Tierra del Fuego se encontró una prevalencia de anemia de 17 % en el primer trimestre, de 23 % en el segundo, y de 23% en el tercero (CESNI, 1995).

La anemia en la embarazada es prácticamente imposible de tratar después del primer trimestre por lo que es fundamental que las mujeres lleguen al embarazo con un adecuado estado nutricional en hierro, lo cual implica programas de suplementación preventiva en atención primaria y de educación nutricional de las mujeres en edad fértil (Viteri, 1997). En la muestra del Gran Buenos Aires, se encontró 17% de mujeres en edad fértil, no embarazadas, y un porcentaje de casi el doble de mujeres sin depósitos de hierro (Calvo, 1993); Perez Somigliana y col hallaron una prevalencia aún mayor en Salta (1982). En un estudio de adolescentes en la ciudad de Buenos Aires, la prevalencia de anemia en niñas con desarrollo puberal casi completo fue 18% (Carmuega y col, 1997).

En la Encuesta de Tierra del Fuego también se encontró una elevada prevalencia de deficiencia de folatos en las embarazadas (50 % en plasma y 31% en glóbulos rojos) (CESNI, 1995). El ácido fólico es esencial en el metabolismo de los ácidos nucleicos. La deficiencia de folatos durante el embarazo se asocia con malformaciones del tubo neural (mielomeningocele, espina bífida), además de anemia megaloblástica. Como el cierre ocurre antes del 2do mes de gestación, cuando muchas mujeres ignoran que están embarazadas, o no han concurrido aún a la consulta obstétrica, son necesarios programas preventivos y de

educación nutricional de las gestantes para que incrementen la ingesta de folatos ante de embarzarse (Bendich, 1993; Czeizel and Dudas, 1992).

Una alternativa para resolver este problema es la fortificación masiva de alimentos con folatos, que tiene además un rol muy importante en la disminución de la homocisteinemia, considerada hoy un factor de riesgo principal en la génesis de la aterosclerosis. EEUU, varios países europeos y Chile, en nuestro continente, ya lo han comenzado a hacer con este doble propósito (Welch and Loscalzo, 1998).

Los RN de bajo peso tienen deficiencias inmunológicas a nivel de la inmunidad celular y humoral; muchos de ellos la superan después del primer año, pero en numerosos otros, las deficiencias son evidenciables hasta los nueve años de vida (Chandra,1982). Esto, más su fragilidad perinatal, y el medio ambiente de pobreza en que estos niños nacen con más frecuencia justifican la elevada contribución que hacen a las tasas de mortalidad perinatal y postnatal; sin embargo, el bajo peso de nacimiento per-se justifica más del 30% de las causas de mortalidad. El riesgo de mortalidad neonatal es cuatro veces mayor en niños nacidos con 2000-2499g que el de los que nacen con 2500-2999g y estos a su vez tienen 2,5 veces más riesgo de morir que los que pesan entre 3000-3499g al nacer (Ashworth et al, 1988). El riesgo de mortalidad postneonatal de los niños nacidos con 2000-2499g es dos veces mayor que el de los niños nacidos con 2500-2999g, y estos a su vez tienen el doble de riesgo de morir que los nacidos con 3000-3499g.

El bajo peso de nacimiento tiene repercusiones sobre el desarrollo y el crecimiento ulterior de los niños, que son más evidentes cuanto más severo es el retardo. La evaluación de las secuelas en el desarrollo es compleja debido a la frecuencia de eventos pre y perinatales negativos. Los déficits son más severos cuando coexiste desnutrición, pobre estimulación temprana y bajo nivel socioeconómico y educativo de los padres, condiciones que confluyen en la pobreza.

En los países desarrollados los niños con retraso de crecimiento intrauterino muestran cierta recuperación de la longitud corporal durante los dos primeros años de vida, para luego mantenerse en el Z Score que alcanzaran a esa edad; como grupo son entre 5 y 7 cm más bajos que los niños nacidos de tamaño apropiado. En comunidades pobres, en las que el crecimiento postnatal de los niños sin retardo de crecimiento intrauterino suele ser inadecuado, los niños nacidos con bajo peso, salvo un transitorio crecimiento postnatal, persisten en los niveles inferiores entre niños que muestran alta prevalencia de stunting. Las diferencias de estatura final en la adultez son las mismas que las observadas en los países desarrollados entre niños nacidos con bajo peso o con tamaño normal, con la diferencia de que los adultos son más pequeños en los países en desarrollo (Martorell et al, 1998).

Cuando adolescentes y adultos, los que fueron RN con retraso de crecimiento intrauterino, tienen menos masa grasa y menos masa magra corporal (Martorell et al, 1995). Esto se traduce en menor resistencia al trabajo físico continuado y en menor fuerza, lo cual afecta la situación de individuos que seguramente no podrán obtener calificación laboral por sus minusvalías intelectuales y que deberán obtener su sustento con tareas manuales.

Los estudios que han examinado las consecuencias a largo plazo del bajo peso de nacimiento sobre el desarrollo intelectual de estos niños, eliminando aquellos que hayan padecido anoxia severa, o infecciones del sistema nervioso, o que padezcan de síndromes genéticos, permiten aseverar que padecen de deficiencias leves que se ponen de manifiesto con creciente claridad durante la escolarización (Goldenberg et al, 1988). En los niños que nacen en ambientes familiares favorables y que reciben estimulación adecuada y temprana, el

desempeño educativo mejora sensiblemente. Lamentablemente estas circunstancias ambientales no son las habituales en medios de pobreza donde nacen con mayor frecuencia niños de bajo peso de nacimiento. Las familias de estos niños se beneficiarían mucho con redes de apoyo social.

2. Obesidad

La obesidad comienza a aparecer en el mundo en desarrollo como un problema sanitario de magnitud, tanto que la próxima Asamblea Mundial de la Salud (OMS,1998) declarará a la obesidad como una pandemia mundial, iniciándose una guerra en su contra, al estilo de otras enfermedades. La obesidad que ocurre en países como el nuestro difiere en su patogénesis de la de los países centrales, en los que la disponibilidad de alimentos y el tipo de éstos ha sido la causa más importante, a lo que se ha sumando recientemente el sedentarismo (WHO, 1998).

En nuestro país los grupos más afectados por el sobrepeso y la obesidad son los de menores ingresos, asociados a estilos de vida propios de la pobreza. Este fenómeno se puede apreciar en toda América Latina donde en algunos países, en especial los caribeños, alcanza a más de los 2/3 de la población de menores recursos, en particular a las mujeres adultas (Martorell y col, 1997).

Cada vez nuestros niños, sobre todo los de medio urbano pobre, tienen menos posibilidades para la práctica de actividades deportivas, o simplemente para juegos de correr y saltar. Existen escasas facilidades públicas para la realización de deportes, y las privadas suelen estar fuera del alcance de las familias de menores recursos. Las comidas más baratas y las más fáciles de cocinar son las de mayor densidad energética y más alto contenido graso, comidas a las que naturalmente recurre una madre cansada luego de un largo día de trabajo. Las frutas y verduras en las ciudades tienen un elevado costo debido a las intermediaciones entre productor y consumidor. Muchos niños quedan al cuidado de las abuelas, las que son muy poco estrictas para limitar las horas que los niños pasan frente al televisor y los alimentos fuera de hora, así como para tolerar los rezongos de los nietos a los que se les desea limitar la ingesta. Las familias con ansias de progreso saturan a sus hijos con actividades extracurriculares como idiomas, computación, etc.; en nuestro estudio de Tierra del Fuego se encontró una significativa correlación entre la cantidad de horas destinadas a estas actividades y el sobrepeso de los niños (CESNI, 1995).

En los suburbios de las ciudades, donde los niños tendrían posibilidades de jugar en la calle, las madres hoy lo limitan temiendo a la violencia, las drogas y las malas compañías. Este estilo de vida es semilla para el sedentarismo en la vida adulta; los niños desarrollan escasa habilidad en sus movimientos, disminuyendo su aptitud física, que difícilmente se adquiere a edades más tardías.

La obesidad en los niños se asocia habitualmente con escasa aptitud física para la práctica de actividades físicas y deportivas. Esto es más grave si se tiene en cuenta que nuestros niños en general no descollan por su aptitud física. El único estudio del que tengo conocimiento sobre la aptitud física de escolares, sin discriminación de peso corporal es el realizado por Lentini y col (1994) en escuelas de la ciudad de Azul, Pcia. de Buenos Aires, que mostró resultados deplorables.

La obesidad es uno de los padecimientos más frustrantes para tratar. Los éxitos terapéuticos son pocos y los pacientes que logran bajar de peso en su mayoría vuelven a ganarlo al poco tiempo. De allí que la prevención, que debe iniciarse en la niñez temprana, sea el arma más importante en la lucha contra la obesidad del adulto, que es factor contribuyente en prácticamente todas las enfermedades crónicas degenerativas del adulto. La progresiva longevidad de nuestra población hace que problemas como el de la obesidad infantil deba ser cuidadosamente tenido en cuenta

pues las enfermedades degenerativas de la adultez representan un elevado y creciente costo para el sistema sanitario, aparte del sufrimiento de quienes las padecen.

Salvo casos extremos, ni la obesidad ni el sobrepeso implican un riesgo de salud inmediato para los niños y adolescentes, con excepción de que sea una obesidad extrema y de los problemas psicológicos que padecen muchos niños y adolescentes obesos en una sociedad que sacraliza la delgadez. Sin embargo, su persistencia a lo largo de la niñez se asocia estrechamente con obesidad en la edad adulta, siendo la asociación más fuerte a medida que transcurren los años. Así la correlación entre obesidad en la infancia y en la adultez es de 0.2 a los 12 meses de vida y 0.8 a los 18 años (Guo et al, 1994); a conclusiones similares llegan numerosos estudios similares al mencionado.

La prevención de la obesidad a nivel familiar se inicia con la educación de las madres en alimentación y estilos de alimentación de los niños; debe hacerse comprender que la aptitud física indispensable para disfrutar del deporte cuando mayores se gesta en los primeros años de la vida. En atención primaria se debería incorporar alguna evaluación de la aptitud física de los niños para lo cual existen pruebas muy simples de realizar en el reducido ámbito de los consultorios y centros de salud. A nivel de autoridades comunales deberán hacerse todos los esfuerzos para que los niños puedan acceder a facilidades para la práctica de deportes, o siquiera que estimulen la posibilidad de movimiento a través de juegos atractivos para los niños más pequeños.

CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO DE LA DESNUTRICIÓN TEMPRANA

Tanto la desnutrición global, sea aguda como crónica, como la deficiencia de algunos micronutrientes, tienen repercusión sobre el presente y el futuro de los niños. Algunas secuelas son indelebles dependiendo de la magnitud, duración y de la edad de ocurrencia de la deficiencia. La circunstancia de que las deficiencias nutricionales se produzcan en niños criados en ambientes de pobreza y marginación ha hecho muy difícil aislar el efecto nocivo de la desnutrición sobre el desarrollo intelectual de los niños de los derivados del medio ambiente en el que han vivido. La conclusión hoy es que la desnutrición tiene efectos muy negativos sobre el nivel intelectual de los niños, el que puede ser recuperado bastante si el niño es transplantado a un medio ambiente sano y estimulante. Y pleno de afecto y amor (Pollitt, 1996).

Como se dijera antes, la desnutrición predominante en nuestro país es el stunting por lo que es interesante revisar algunos estudios sobre la relación entre este tipo de desnutrición y desarrollo intelectual. Como el stunting es prevalente en comunidades en las que confluyen una serie de condiciones típicas de la pobreza es necesario tener en cuenta estas influencias tan negativas sobre el desarrollo de los niños. Es decir si el stunting es un indicador más de pobreza o si el pobre desarrollo de los niños es debido a deficiencias nutricionales.

La mayoría de los estudios transversales han encontrado significativa asociación entre baja talla para la edad y el desarrollo cognitivo de niños pequeños y escolares. Se ha encontrado asociación entre baja talla para la edad con pobre desarrollo psicomotor, motricidad fina e integración neurosensorial (Pollitt and Oh, 1994; Simeon and Grantham-McGregor, 1989). El único estudio de suplementación alimentaria en niños stunted demostró que en parte el retraso de desarrollo se debe a la desnutrición (Grantham-McGregor, 1991). En comunidades con alta prevalencia de stunting, la estatura en la temprana niñez es predictora del CI en la edad escolar. La función cognitiva de los stunted se ve más afectada por el ayuno que en los no stunted, lo cual es importante al momento de definir beneficiarios para los programas alimentarios escolares (Simeon and Grantham-McGregor, 1989). Los niños stunted tienen circunferencias

craneales más pequeñas, y se ha observado que cabezas pequeñas son un fuerte predictor del CI a los siete años de edad (Grantham-McGregor et al, 1997).

La causa de este retraso madurativo se puede relacionar con el nutriente que es prioritariamente deficiente, o a varios mecanismos que pueden estar actuando simultáneamente. La desnutrición puede causar apatía y mal desarrollo motor, lo que puede privar a los niños de los beneficios de la exploración del medio ambiente que es fundamental para el desarrollo (Levitsky, 1979). La reducción de la actividad física ha sido descrita en la deficiencia de energía, en la de hierro y en la de zinc. Otra posibilidad es que el menor tamaño de los niños haga que sean tratados como otros de menor edad, no recibiendo de esta manera la estimulación apropiada.

Barker (et al 1994) esbozó la hipótesis de que el bajo peso de nacimiento era un factor predisponente para el desarrollo en la edad adulta de enfermedades como diabetes tipo II, hipertensión arterial, obesidad, resistencia periférica a la insulina y síndrome X. La hipótesis, basada en información epidemiológica de Gran Bretaña, aunque todavía discutida, está recibiendo confirmación a través de estudios realizados tanto en sociedades afluentes como en el mundo en desarrollo (Scrimshaw, 1998). Más aún, la predisposición se ha detectado también en niños stunted por desnutrición postnatal, lo que impone una preocupación más sobre la prevención de este tipo de desnutrición crónica que prevalece en nuestro país.

La deficiencia de hierro tiene consecuencias negativas sobre el desarrollo intelectual de los niños y sobre el desempeño de los escolares. Si bien la anemia por deficiencia de hierro es también más común en niños criados en ambientes de pobreza, con lo que sus consecuencias sobre el desarrollo intelectual pueden estar influidas por el medio ambiente, las evidencias sobre su efecto negativo en el desarrollo intelectual son muy claras. Los estudios más importantes, realizados con metodologías prácticamente similares, en Chile (Walter, 1990; Andraca y col, 1997) y en Costa Rica (Lozoff, 1990), muestran un efecto muy negativo sobre el desarrollo intelectual de los niños anémicos. Otros estudios, realizados en distintos lugares del mundo, sugieren que el daño producido en los niños más pequeños es detectable todavía en ocasión de su ingreso al sistema escolar formal, a pesar de haber sido resuelta la anemia mediante el tratamiento adecuado.

En escolares la deficiencia de hierro claramente afecta el desempeño escolar. El tratamiento con hierro mejora el rendimiento de los niños (Idjadrinata and Pollitt, 1993; Pollitt, 1997).

La anemia por deficiencia de hierro es más prevalente entre los 8 y 24 meses de edad, y se debe, al menos en nuestro país, a ingestas insuficientes del mineral ya que los requerimientos en esta edad de la vida son prácticamente imposibles de satisfacer a no ser que se recurra a alimentos fortificados con sales de hierro de adecuada absorción; en dos de los estudios mencionados en el Cuadro 6, el consumo de leche de vaca pasteurizada sin fortificar aparece como una de las causas de la anemia.

Afortunadamente hoy existen sales y compuestos de hierro que no tienen las complicaciones tecnológicas de las sales tradicionales de hierro -alteraciones en el sabor y color de la leche- que pueden ser usadas para la fortificación de la leche de vaca pasteurizada (Uicich y col, 1996; Boccio y col, 1997; Valencia y col, 1996). Este es el alimento más importante en la alimentación de niños pequeños y la forma de presentación en que es más comúnmente consumida en el país. Es difícil comprender las razones por las cuales la leche que los programas estatales materno-infantiles distribuyen no es aún fortificada con hierro dadas las evidencias de la amplia prevalencia de anemia y de las consecuencias de la deficiencia de hierro en la niñez temprana (Carmuega y O'Donnell, 1997).

Anteriormente hemos mencionado que la deficiencia de zinc tiene consecuencias negativas

sobre el crecimiento de los niños. Estudios recientes han confirmado, tanto en animales de experimentación como el niño, que el efecto de la deficiencia se extiende también al desarrollo intelectual y a la actividad física (Golub et al, 1995). Son razones complementarias para enfatizar en las campañas de educación nutricional la importancia del zinc - y sus fuentes en la dieta habitual - y para contemplar seriamente programas de fortificación de alimentos con este mineral, por lo menos de aquellos que distribuye el Estado con destino a los niños más pequeños.

La deficiencia de yodo es la principal causa nutricional de deficiencia mental. En comunidades en riesgo de deficiencia de yodo, el CI global de esa comunidad es 10 puntos menor que en comunidades sin riesgo (Boyages et al, 1989). La iodización de la sal de consumo doméstico (Ley Oñativia) ha significado la casi total eliminación del bocio endémico y del cretinismo en nuestro país, así como de las formas menores de deficiencia. La OMS a través de una agencia específica (WHO-UNICEF-ICCIDD, 1993) estima que diez millones de personas en nuestro país están en riesgo de deficiencia de yodo. Es indispensable que se continúe con la iodización universal de la sal para consumo humano y animal en nuestro país, manteniendo vigentes los mecanismos de control de la iodización en el ámbito de los productores.

La pregunta del millón es si el retraso de talla de causa nutricional/social es recuperable a partir de cuando los niños se hacen más accesibles a los programas asistenciales (p.ej, en las escuelas). La respuesta, basada en un sinnúmero de estudios realizados en distintos países es no. Diría más, los 24-30 meses de edad marcarían el límite para la recuperación. Si bien hay descripciones de recuperaciones del tamaño corporal en enfermedades luego de ser resueltas con el tratamiento apropiado a la patología causante del retraso (celíacos, algunas cardiopatías), y también evidencias de significativo crecimiento compensatorio en niños que fueran adoptados - siempre y cuando hayan cambiado de ambiente antes de los 24 meses de edad -, las evidencias que demuestran que no se produce crecimiento compensatorio en los retrasos tempranos de crecimiento de causa social, son múltiples. Más aún, cuando los niños acceden en forma sistemática a programas de asistencia alimentaria, o sea que disponen de alimentos de buena calidad sin limitaciones, como en los comedores escolares, no crecen en longitud lo que aumentan en peso, tendiendo a engordar sistemáticamente.

En el estudio de Carmuega y col (1989), en General Rodríguez, la proporción de niños con sobrepeso u obesidad para la talla, que ya era elevada en 1er grado (17%), casi se triplicaba en 7º grado (48.3%), sin ningún incremento correlativo en su talla. El riesgo relativo de ser obeso, en las tres evaluaciones antropométricas de conscriptos antes citadas, era el doble en los muchachos con talla baja. En Chile, 50% de los niños que por razones sociales califican para el programa de comidas escolares, tiene sobrepeso (Riumallo J, comunicación personal). También en Chile, algunos estudios muestran que 25% de niños de familias de muy bajos recursos concurrentes a Jardines Infantiles presenta sobrepeso y 15%, obesidad; otros estudios dan cifras entre 9 y 15 % dependiendo de la edad de los niños. Entre estos niños la prevalencia de baja talla era también muy elevada (Klain B y col, 1998).

De esta manera se da la cruel paradoja de que niños que han sido desnutridos en su más tierna infancia tienen más tendencia a padecer obesidad en la niñez, en la adolescencia y en la adultez, con lo que tendrán más riesgo de enfermedades degenerativas en las cuales la obesidad es factor de riesgo principal. Si a ello se agregan los riesgos descriptos por Barker (1994) en los niños nacidos con bajo peso para su edad gestacional, se completa un triste cuadro de la repercusión del daño nutricional temprano sobre el futuro de miles de argentinos (Leon, 1998).

CAUSAS DEL RETRASO DE CRECIMIENTO POSTNATAL

Como antes se mencionara, el retraso de crecimiento que afecta a nuestros niños menos favorecidos es un proceso continuo que puede iniciarse en la vida intrauterina o luego del nacimiento y prolongarse a lo largo de los dos o tres primeros años de vida, en los que el crecimiento es más veloz. Las causas del retraso son múltiples, entre las que deberíamos mencionar las nutricionales, las infecciones, y el cuidado que los niños reciben de sus madres o cuidadores.

1. Infecciones:

Desde hace más de cuatro decenios se reconoce epidemiológicamente el rol que las infecciones juegan sobre el estado nutricional de los niños. Las enfermedades infecciosas aumentan los requerimientos de casi todos los nutrientes, por malabsorción, derivación a depósitos, por pérdidas urinarias, destino de proteínas a la síntesis de reactantes de fase aguda o para proveer la energía que requiere la multiplicación de los glóbulos blancos.

En razón de ello, las agencias internacionales y los gobiernos han dado prioridad a la disminución de las enfermedades infecciosas a través de los programas GOBI, auspiciados por la OMS y UNICEF. GOBI es la sigla que engloba a los programas de vigilancia del crecimiento de los niños, rehidratación oral, lactancia materna e inmunizaciones. Tres de estas actividades se relacionan con las enfermedades infecciosas, y han sido sumamente efectivas. En nuestro país la poliomielitis ha sido erradicada, el sarampión es esporádico, lo mismo que la coqueluche; las meningitis bacterianas han disminuido sustancialmente, las deshidrataciones gravísimas por diarrea -una de las causas más frecuentes de desnutrición grave- también han disminuido dramáticamente. Las infecciones respiratorias así como las diarreas prologadas se tratan más razonablemente, y con mejores resultados.

Sin embargo, no ha disminuido sustancialmente la morbilidad por enfermedades entéricas y respiratorias, que sin ser necesariamente de gravedad, seguramente cobran un impuesto al crecimiento de los niños. La pesquisa de enfermedades subclínicas a través de marcadores muy sensibles como interleukinas, TNF o reactantes de fase aguda ha permitido demostrar infecciones en niños clínicamente sanos. Esto se aplica también a los niños alimentados al pecho en comunidades muy pobres y de mal saneamiento ambiental. Butte et al (1992,1993) encontraron que niños que vivían en tales condiciones ambientales ganaban menos peso que otros que vivían en condiciones más favorables a pesar de que consumían el mismo volumen de leche de sus madres. Los niños menos favorecidos tenían un gasto energético total y en reposo mayor, únicamente explicable por infecciones subclínicas.

Esta situación nos debe llevar a meditar sobre la etapa que sigue a GOBI en la transición epidemiológica. Los programas GOBI son esencialmente programas de supervivencia, pero no actúan sobre los problemas ambientales que son la causa de las enfermedades. En el futuro próximo deberá ser prioridad el mejoramiento del medio ambiente en que crecen los niños, haciéndolo más higiénico, lo cual requiere de acciones en el ámbito personal y familiar pero también mediante la provisión de agua segura y sistemas cloacales de eliminación de excretas, y de desechos del consumo familiar.

Las normas de higiene personal y familiar deben enfatizarse mediante campañas de educación sanitaria, y a los niños desde las escuelas. Estas medidas pueden ser muy efectivas cuando existe algún motivo particular, cuando son continuadas y bien planificadas. El ejemplo más claro es la disminución de las diarreas que se observó en nuestro país como subproducto de la campaña contra el cólera.

Pero la prevención de enfermedades a través del mejoramiento de la higiene individual y familiar tiene un límite fijado por la contaminación del medio ambiente contra la cual es posible luchar sólo hasta cierto punto. Como ejemplo mencionaremos un estudio que realizáramos años atrás en una comunidad de muy bajos recursos en el Conurbano Bonaerense donde los niños más pequeños consumían uno de cada dos días de su vida por lo menos un biberón con leche de vaca contaminada por gérmenes entéricos hasta niveles incompatibles para el consumo humano según la legislación bromatológica vigente. Esto ocurría a pesar de que la mayoría de las familias contaba con refrigeradores y hervían la leche según las recomendaciones (O'Donnell y col, 1985).

La década del 80 fue, para las Naciones Unidas, la Década del Agua. En la Conferencia de Río de Janeiro todos los países participantes, entre ellos el nuestro, se comprometieron a extender la accesibilidad de agua segura a la mayor parte de la población. Paradójicamente, a fines del 79 se publicó en el prestigioso *New England Journal of Medicine* un estudio (Walsh and Warren, 1979) sobre el costo/beneficio de actividades GOBI vs agua corriente por vida infantil salvada, resultando netamente favorecido GOBI (U\$S 250 por muerte infantil evitada vs U\$S 3.600), con lo que cesó drásticamente la presión de los funcionarios de salud, y de las agencias internacionales, para la extensión de las redes.

Sin embargo estos cálculos tienen el defecto de comparar manzanas con peras. Los programas GOBI son actividades puntuales que se focalizan en la reducción de la mortalidad a través del fortalecimiento de los niños para resistir a las infecciones, pero no tienen casi ninguna influencia sobre el mejoramiento de las causas productoras de la morbilidad. La provisión de agua segura y mejoramiento ambiental son actividades de amplio espectro que sirven muchas necesidades, incluyendo económicas y sociales, y especialmente en el mejoramiento de la calidad de vida. Más importante aún, no tienen como meta reducir la mortalidad; su principal rol es impedir la transmisión de enfermedades y a través de ello reducir la morbilidad en una población; ello se logra a través de cambios en el medio ambiente (construcción de infraestructura) y de cambios conductuales en la población en lo que hace a higiene y salud. Estos cambios son la esencia del enfoque preventivo del control de las enfermedades mientras que la mayoría de las intervenciones selectivas en el ámbito de salud primaria se basan en enfoques curativos.

El enfoque curativo persiste aún entre las agencias internacionales preocupadas por la salud de los niños. La reciente Iniciativa para el Niño Enfermo de WHO y UNICEF, tampoco hace mención de acciones para el mejoramiento del medio ambiente (WHO 1997).

Estudios recientes (Varley, 1996) muestran que en el análisis costo/beneficio de diversas intervenciones de salud, la provisión de agua segura y excretas -descontado el costo de las instalaciones, que no suele ser responsabilidad del sector salud- e incluyendo en los cálculos no sólo las vidas salvadas sino también el costo de la morbilidad, las acciones sanitarias (U\$S 689 por vida salvada y U\$S 21 por DALY salvada) son más costo/efectivas que la rehidratación oral (U\$S 800 y U\$S 24, respectivamente). DALY combina en un solo indicador los años de vida productiva perdidos por muerte prematura más los años vividos con una discapacidad (World Bank, 1993).

Cuadro 9

Porcentaje de la Población Servida con Agua Potable Segura y Cloacas

Zona Cuyo	Agua Potable	Cloacas
Mendoza	71	37
San Juan	76	16
San Luis	75	24
La Rioja	85	22

Zona Noroeste Argentino

Catamarca	98	32
Jujuy	85	44
Salta	79	86
Sgo. Del Estero	54	44
Tucumán	56	20

Región Centro

Pcia. Buenos Aires	54	27
Córdoba	70	22
Santa Fe	71	29
Capital Federal y Gran Bs. As.	70	58
Capital Federal	99	99

Región Patagonia

La Pampa	98	45
Neuquén	82	31
Río Negro	84	40
Chubut	90	48
Santa Cruz	86	51
Tierra del Fuego	87	78

Región Noreste Argentina

Corrientes	55	26
Chaco	52	11
Entre Ríos	74	33
Formosa	52	20
Misiones	44	6

Promedio Nacional	66	35
-------------------	----	----

Nuestro país, aún dentro del contexto latinoamericano, no puede enorgullecerse del porcentaje de su población que dispone de agua segura y de cloacas (Cuadro 9). Y dentro del país hay diferencias regionales importantes en los porcentajes de población servidos.

La ampliación de las redes debería ser de ahora en más, en esta nueva etapa de nuestra transición epidemiológica y mirando hacia el futuro, una de las prioridades de salud, sin que ello signifique olvidarse del GOBI, que de todas maneras, salvo el problema de la lactancia materna, ya está internalizado en el equipo de salud y en la población.

Lamentablemente el tendido de redes sanitarias es costoso, tanto que difícilmente puede ser afrontado por las comunidades que más lo necesitan. Generalmente la financiación corre por cuenta del Estado nacional, provincial o municipal y es decidida por funcionarios del área económica o de planificación que siempre encuentran otras inversiones más estratégicas que la extensión de las redes sanitarias. Al sector salud le corresponde el liderazgo de una campaña para que la mayor cantidad de los habitantes de nuestro país cuente con agua corriente higiénica y abundante, así como de sistemas de eliminación de excretas.

2. Deficiencias alimentarias:

En varias secciones de este documento nos hemos referido a las consecuencias de diversas deficiencias nutricionales sobre la salud y el crecimiento de nuestros niños. Sin embargo estimo necesario hacer otras consideraciones al respecto.

La práctica de la lactancia materna es a todas luces insuficiente en nuestro país, lejos de las metas fijadas por nuestros gobiernos y sociedades científicas en diversos foros internacionales, debiéndose hacer todos los esfuerzos por estimular su práctica. La prevalencia de la lactancia materna es discutida por María Luisa Ageitos en este Taller.

Sin embargo cabe mencionar que en estudios realizados en nuestra Región se ha encontrado que el retraso de crecimiento comienza precozmente (primero o segundo mes de vida) en niños amamantados por madres con estado nutricional marginal (Rivera and Ruel, 1997; Hernandez-Beltrán et al, 1996; Scrimshaw and Martorell, 1995). Se sabe que madres marginalmente desnutridas son capaces de producir leche en cantidades adecuadas pero que su contenido en grasa depende básicamente de la masa grasa corporal de la madre, expresada como BMI (Prentice et al, 1994; Pérez Escamilla et al, 1995; Villalpando et al, 1992). Algunos niños pueden - y otros no, con deterioro de su crecimiento- compensar la menor densidad energética de la leche mediante el consumo de mayores cantidades (Barbosa et al, 1997). Madres con bajo BMI antes y durante el embarazo deberían recibir especial atención nutricional, incluso durante la lactancia.

Además poco es lo que se sabe del contenido en micronutrientes -particularmente zinc y cobre- en leche de madres desnutridas, que en nodrizas bien nutridas disminuye con los meses de lactancia. Los efectos de la suplementación con zinc -al niño y/o a la nodriza- deben ser confirmados, existiendo dos estudios que muestran mayor velocidad de crecimiento en grupos de niños amamantados que fueron suplementados con este mineral (Walravens et al, 1992).

La calidad de la alimentación de nuestros niños más pequeños será discutida por Esteban Carmuega. Este es un tema de capital importancia para evitar el deterioro del crecimiento de nuestros niños, y al que no se ha dado un enfoque científico basado en la realidad de la alimentación de nuestros niños.

La monotonía de la alimentación es característica de las familias de menores recursos, con lo que si algún nutriente, particularmente algún micronutriente, es deficitario en la alimentación, la monotonía perpetuará y agravará la deficiencia. Además el aburrimiento sensorial es causa de inapetencia.

En cuanto a la alimentación familiar y la distribución intrafamiliar de alimentos, si se cocina una sola comida para toda la familia es posible que no se alcance la densidad de nutrientes - mg o gr. de nutriente por 1000 Kcal - conveniente para los niños más pequeños pero que puede ser adecuada para los adultos y niños mayores.

La disponibilidad familiar de alimentos, relacionada con la pobreza extrema como causa de desnutrición en los niños debe ser examinada críticamente. Algunos estudios muestran que los niños desnutridos son particularmente inapetentes, dejando en el plato alrededor del 30% de lo que se les ofrece (Brown et al, 1995), lo que no haría una persona hambrienta por falta de alimento. Numerosos estudios muestran que sólo en un porcentaje relativamente modesto de hogares de niños con desnutrición severa hay carencia de comida (Cheermulay D, 1997). Es una observación clínica común que los progenitores de un niño severamente desnutrido sean obesos, o que los restantes hermanos estén bien nutridos.

Estas observaciones realzan el concepto de que la desnutrición infantil no es sólo un problema de disponibilidad de alimentos sino que resulta de una compleja interacción de múltiples factores entre los cuales la falta de alimentos en el hogar, es una de ellas. También que la pobreza

no es un determinante absoluto de la desnutrición, pero sí un factor que no puede ser ignorado (Pelletier et al, 1995).

Un fuerte indicador de que la carencia de alimentos en un hogar es la principal causa de la desnutrición de un niño, es el estado nutricional del jefe de familia: si éste muestra evidencias de desnutrición, la posibilidad de que sus hijos estén desnutridos por falta de comida en el hogar es tres veces mayor que si muestra un estado nutricional adecuado (Monteiro et al, 1997).

El cuidado que reciben los niños, en el que la alimentación y la higiene son parte, es fundamental para su salud y crecimiento. Hay familias generadoras de salud y buena nutrición aún en los medios ambientes más adversos, mientras que otras que viven en circunstancias más favorables generan desnutrición y enfermedad (Zeitlin et al, 1990). Las causas para que esto suceda son complejas, sea en el ámbito personal de las cuidadoras -analfabetismo, ignorancia de conceptos mínimos de salud y nutrición, enfermedad materna deficiencias mentales, patología psiquiátrica, crisis familiares- o de las condiciones generales de vida de la familia - familias numerosas, falta de tiempo de la madre para alimentar al niño más pequeño, trabajo materno excesivo, falta de alimento -. Es en estos últimos casos en los que las redes de apoyo comunitario a estas familias pueden ser críticas para salvaguardar la salud y el crecimiento de los niños (Engle and Huffman, 1996).

EL CUIDADO DE LOS NIÑOS

La observación de Zeitlin et al no es novedad para quienes somos pediatras. Siempre hemos tenido pacientes que viven en la pobreza extrema y sin embargo crecen sanos y se educan adecuadamente; la situación inversa es también común. Es obvio que las familias que crían adecuadamente a sus hijos, a pesar de un sinnúmero de circunstancias adversas tienen motivaciones y estrategias que es necesario estudiar en el ámbito sociológico, antropológico y psicológico. Personalmente creo que los progenitores tienen arraigados conceptos de cuidado de los hijos desde edades muy tempranas de la vida, mucho antes de haber engendrado a los propios. Creo también que esa valoración de la descendencia es uno de los elementos que hacen a la atracción entre dos personas de distinto sexo (¿enamoramamiento?), tanto como cuestiones físicas o intelectuales. Cuidar bien a los hijos significa cuidar a la especie, como lo hacen los animales; también es observación común que hay perras o gatas, o lo que sea, que son mejores madres y que cuidan mejor a sus cachorros.

La escuela puede jugar un rol muy importante en arraigar conceptos de cuidado infantil desde la más tierna niñez. Por otro lado, los niños que han recibido buen cuidado con seguridad transmitirán ese estilo de cuidado a su descendencia; la situación inversa también es cierta, como se viera al estudiar los patrones de estimulación de las familias en el estudio de Tierra del Fuego (CESNI, 1996). Así las pautas de cuidado pueden autoperpetuarse, necesitándose de intervenciones múltiples en el ámbito personal, familiar y comunitario.

Las intervenciones comunitarias en cuidado infantil deben iniciarse con el embarazo. Primero con una procreación responsable, haciendo fácilmente accesible métodos anticonceptivos a toda mujer que lo solicite; recordemos que la asociación más fuerte a nivel macro de stunting es con la tasa de natalidad.

La sociedad debería proteger y valorizar a la mujer embarazada. No sólo proveyendo el adecuado cuidado prenatal, sino también ante los ojos de los niños con campañas tan simples como ceder el asiento en los medios de transporte, darles prioridad en las colas de los mercados o del pago de impuestos. Desde las escuelas deberían lanzarse estas campañas, con fuerte participación de los progenitores.

Estas campañas son previas a la lactancia materna. Un embarazo adecuadamente llevado, aunque no sea deseado, necesariamente desembocará en una adecuada conducta de lactancia.

Otro factor de importancia son las redes solidarias de cuidado infantil. Estas redes pueden surgir del Estado, o de la misma comunidad. Para muchas madres son fundamentales, sobre todo para aquellas que deben trabajar, que son jefas de familia, o que están atravesando una grave crisis económica o familiar. Un niño que es dejado al cuidado de un hermano mayor con seguridad no recibirá el alimento en los horarios adecuados, con la temperatura requerida para hacerlo más apetecible, ni se le destinará el tiempo que requiere para ingerir el alimento que necesita. Lo mismo puede suceder con algún cuidador incompetente.

Una madre que tiene numerosos hijos, y debe ocuparse de los quehaceres de la casa, posiblemente no tenga el tiempo para darle de comer a su hijo más pequeño las cinco o seis veces que éste requiere.

Considero que estas redes de apoyo comunitario, para algunas familias de muy bajos recursos son tanto o más importantes que la distribución de alimentos en la prevención de la desnutrición y del retraso de crecimiento.

COMENTARIO FINAL

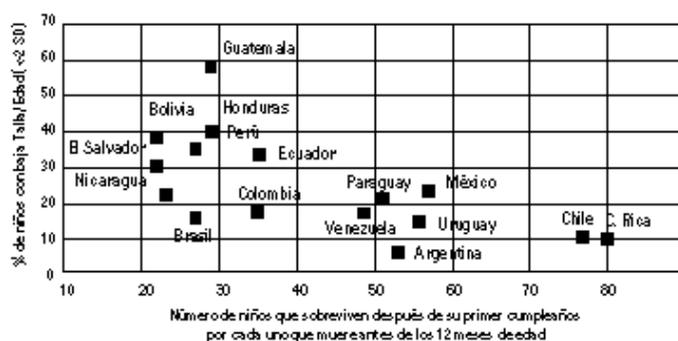
Al examinar la Figura 2 en la que se relaciona supervivencia infantil con prevalencia de retraso del crecimiento de los niños, resulta obvio que los países con menor supervivencia tienen mayor prevalencia de desnutrición, revelando que las condiciones en que se crían los niños son inadecuadas. Pero en relación con nuestro país resulta interesante la comparación con Chile, que tiene mayor prevalencia de retraso de crecimiento pero mayor supervivencia que nosotros. Ello puede significar que en Chile, hay menor disponibilidad de alimentos a nivel familiar pero a la vez un sistema sanitario más eficiente que el nuestro, que evita las muertes de muchos más niños que nosotros (O'Donnell, 1997).

La circunstancia de que el patrón de desnutrición infantil se haya volcado en todo el mundo, y también en nuestro país, hacia una forma menos severa de desnutrición crónica manifestada básicamente por disminución de la talla es sin duda un progreso. ¿Cómo es que puede suceder esto en el contexto de pobreza que nos afecta, así como a casi todo el continente latinoamericano? En nuestro país, los favorables indicadores macroeconómicos no se han traducido aún en mejorías del ingreso de los sectores menos privilegiados, ni han disminuido sustancialmente las tasas de desempleo. La brecha entre los ingresos de los más ricos y de los más pobres es más amplia que nunca en nuestra historia moderna, y es reconocido que los países que ostentan los mejores indicadores de salud y bienestar no son los que tienen el mayor ingreso per cápita sino aquellos en los cuales la brecha entre los más ricos y los más pobres es menor.

En otras palabras, el ser pobre en términos de ingreso no necesariamente significa estar desnutrido; inclusive deja una ventana de optimismo pues aún cuando no haya posibilidades en el mediano término de eliminar la pobreza, mucho puede hacerse para eliminar la desnutrición (ACC/SCN/WHO, 1997).

Figura 2

Relación entre supervivencia infantil y prevalencias de desnutrición crónica



Fuente: O'Donnell, 1997

La primera razón de esta posibilidad para el progresivo mejoramiento del estado nutricional de nuestros niños es que la pobreza hoy prevalente es urbana, por la cantidad absoluta de niños afectados en razón de la rápida urbanización que ha padecido nuestro país (hoy, 90% de nuestra población es urbana, casi el nivel de los países centrales). La urbanización ha traído una serie de problemas negativos en lo social así como cambios en las pautas de cuidado infantil que son decididamente desfavorables, pero ha tenido algunas facetas positivas para la salud, nutrición y educación de los niños.

En primer lugar, los niños se hacen más accesibles a los programas de atención y nutrición primarias; la oferta de servicios de salud es más abundante y accesible que en el medio rural. También el acceso a agua corriente y cloacas es más factible en el medio urbano.

Segundo, al ser poblaciones con gran cantidad de habitantes tienen más posibilidad de presionar a gobernantes, políticos y funcionarios para que satisfagan sus demandas, incluyendo las sanitarias. Otra de las razones por las cuales debemos cuidar nuestra adolescente democracia.

Tercero, en razón de la crisis económica y desocupación, gran número de mujeres ha tenido que ingresar a la fuerza laboral (en el Censo de 1991, 38% de las mujeres adultas trabajaban fuera del hogar, porcentaje que debe ser hoy sustancialmente más alto), lo cual las ha puesto más en contacto con el mundo moderno, con sus derechos y con los derechos de los niños. Los medios masivos, incluyendo la enorme cantidad de radioemisoras barriales que existen, también contribuyen a este "aggiornamiento" de las mujeres de los niveles sociales más bajos; su educación sanitaria es indudablemente mayor año tras año. Además las mujeres al trabajar perciben salarios, que no importa cuan altos sean, pero que con seguridad tienen mejor destino en el cuidado, salud y educación de los hijos que cuando los percibe un cónyuge masculino.

Muchas mujeres que trabajan suelen hacerlo en tareas directa o indirectamente relacionadas con los niños. De esta manera se convierten de alguna manera, en sus abogados, trabajando aún sin saberlo por su bienestar. Las mujeres escuchan y avalan mensajes de políticos y gobernantes referidos a los niños, los que pesan sobremanera en sus decisiones electorales.

Por otro lado, la educación de las mujeres, medida por años de escolarización, ha aumentado paulatinamente, facilitando su acceso a mejores oportunidades laborales y con ello de ingresos familiares (En Argentina, 9,5 años es el promedio de años de escolarización de nuestras niñas). La escuela, por más imperfecta que sea, transmite mensajes de salud que quedan indeleblemente grabados en los alumnos. La calidad de la educación que se brinda en las escuelas urbanas suele ser

superior a la de las escuelas rurales.

Pero el trabajo femenino tiene también una cara oscura, que es el exceso de trabajo y el cansancio de las madres, con la consecuente desatención de la familia. En el último Censo (1991), 29% de los hogares argentinos tenían como cabeza a una mujer, cifra que tiene que haber aumentado en los últimos años por motivos culturales diversos y por las rupturas familiares que produce la desocupación y el desempleo que padece Argentina.

Estudios en todo el mundo muestran que los niños de hogares con sólo un progenitor se enferman más, tienen más accidentes hogareños e incompletos sus calendarios de vacunaciones, asisten más a las consultas de emergencia y suelen no tener un seguimiento pediátrico anticipatorio por la incompatibilidad entre los horarios de la madre y los del centro sanitario cercano. En nuestro estudio de Tierra del Fuego los niños de hogares con padres ausentes tenían siete puntos de CI menos que los niños de hogares con los dos progenitores presentes (CESNI 1996).

El desempleo y la falta de dinero en efectivo en un momento determinado son causas comprobadas de depresión en una familia; la depresión materna es a su vez la causa individual más común de descuido y aun de maltrato de los niños (Fendrich et al, 1990). En Gran Bretaña, país de los grandes estudios epidemiológicos, se ha demostrado que las personas que sufren altibajos económicos reiterados, o que los sufren desde niños, mueren antes o padecen enfermedades degenerativas más precozmente que aquellos que no los experimentaron (Anselson et al, 1997).

Estas son las familias -y las madres- que más se beneficiarían de sistemas de apoyo comunitario, que las ayuden a criar adecuadamente a sus hijos pequeños en forma permanente o mientras se superan crisis familiares de todo tipo. La creación de redes sociales de cuidado infantil -inclusive para los niños menores de un año de edad- seguramente contribuirá a mejorar la salud, crecimiento y desarrollo de los niños más pequeños de los sectores más desprotegidos.

La Argentina tiene el gasto médico per cápita más alto del continente y uno de los más altos en gasto social, incluyendo los programas de asistencia alimentaria (Britos, 1994) que son analizados por Sergio Britos en este Taller. Es obvio que las inversiones no han logrado los resultados buscados con ellas; las causas son muchas y sólo podrán ser esbozadas en este documento. Una es la segmentación de las políticas de salud y nutrición entre diferentes efectores nacionales, provinciales y municipales, que no actúan coordinadamente ni con una ideología común. Otra pudiera ser que la adjudicación de recursos a salud es exagerada con respecto a otras alternativas de prevención [en todo el mundo la asociación más fuerte con estado nutricional de los niños es la tasa de fecundidad y la accesibilidad a agua segura, cloacas y medio ambiente saludable (Esrey, 1997; Lechtig, 1997)].

Otra es que la "ley del cuidado inverso" (Hart, 1971) se cumpla en nuestro país más que en otros; la ley establece que la disponibilidad de buen cuidado de la salud tiende a variar inversamente con las necesidades de la población servida. La adjudicación de recursos por parte del Estado es sólo una parte de la oferta de servicios a la población; los restantes componentes -organización, gerenciamiento, y recursos humanos- probablemente estén fallando en nuestro país.

Por último, que los recursos existentes se estén destinando fundamentalmente a programas para escolares y preescolares -que son importantes- y no a programas efectivos y bien evaluados focalizados en los niños más pequeños, desde el nacimiento hasta los dos años, y a las embarazadas. Seguramente esto sucede porque no se sabe cómo hacerlo, porque hay conflictos ideológicos entre gobiernos, agencias y sociedades científicas, o porque no se ha tomado conciencia cabal de que este es el grupo más estratégico para las acciones si es que se desean mejorar nuestros indicadores de salud y nutrición infantil. Y también para evitar las secuelas que antes he mencionado, que tienen que ver con la futura educabilidad de los niños.

RESUMIENDO

- La desnutrición aguda en Argentina ha disminuido, teniendo cada vez menos relevancia epidemiológica.
- La desnutrición crónica, manifestada como retraso de la talla es la forma actualmente prevalente, afectando a decenas de miles de nuestros niños. Si bien este tipo de desnutrición crónica no tiene el “glamour” social, político, asistencial y médico de la desnutrición severa y aguda, produce secuelas importantes, per-se y por la deficiencia de micronutrientes que casi inevitablemente la acompaña. Este tipo de desnutrición si bien no es tan dramática conlleva también un mayor riesgo de muerte comparado con niños normales (Pelletier et al, 1993).
- Que estamos asistiendo a un progresivo e importante aumento de la obesidad en nuestra población, cuyo origen puede rastrearse en las edades más tempranas de la vida. La obesidad en nuestro país acompaña a la pobreza, y los niños con retraso de crecimiento de causa no genética tienen más riesgo de padecer obesidad. En razón de la asociación de la obesidad con casi todas las enfermedades degenerativas de los adultos, y del creciente riesgo de los niños de resultar adultos obesos a medida que transcurren los años en que tienen obesidad o sobrepeso, es indispensable la puesta en marcha de programas preventivos, basados en educación alimentaria y en la estimulación del movimiento y del deporte desde los años más tiernos.
- Que es muy alta la prevalencia de deficiencia de hierro entre nuestros niños más pequeños y entre nuestras embarazadas. En vista de que las recomendaciones oficiales de dar hierro suplementario han demostrado ser ineficaces para disminuir la prevalencia de anemia en los niños más pequeños -como en todo el mundo-, es indispensable la puesta en marcha de programas de fortificación con hierro de alimentos infantiles y de otros destinados a los niños mayores y a la población en general (Carmuega y O´Donnell, 1977). Considero que no hay justificación para seguir demorando estas acciones vistas las consecuencias de la deficiencia de hierro, la factibilidad de esta estrategia preventiva, y la experiencia que con ellas existe en el mundo (Hurrell, 1997).
- Que, aunque no exista información de las áreas menos favorecidas de nuestro país, la deficiencia de vitamina A probablemente tenga una prevalencia que justifique programas de fortificación de alimentos infantiles, y dosis únicas a madres con nutrición marginal inmediatamente después del parto dado que es posible que su leche, que será el único alimento del niño, sea pobre en vitamina A (Gillespie and Mason, 1994).
- Que la deficiencia de zinc, aunque no existan estudios en nuestro país, es sospechosa de ser prevalente en comunidades como la descriptas anteriormente. Por lo tanto, dada su casi nula toxicidad y efectos negativos, su bajo costo, y la simplicidad de la tecnología de fortificación, deberían fortificarse con zinc los alimentos específicamente destinados a los niños, especialmente los que distribuye el Estado a los sectores de menos recursos (Kinsey et al, 1994).
- Que la leche de los programas materno infantiles que se destina a las provincias Patagónicas, así como otros alimentos destinados a este grupo étnico en esa Región, deberían estar también, fortificados con vitamina D.
- Que por sus consecuencias sobre el normal crecimiento del feto -además de su benéfico efecto en la prevención de la arteriosclerosis- la harina de trigo y de maíz debería fortificarse universalmente con ácido fólico, con las mismas cantidades con que lo están haciendo los

países desarrollados.

- Que no debe esperarse a tener más información antes de instrumentar programas de fortificación en razón de que existe para algunos nutrientes (Fe, vitamina D) la información necesaria para justificarla, información que es lo suficientemente sólida para evaluar el impacto del programa de fortificación. Para el caso de otros nutrientes, (Zn, folatos) que no presentan riesgo para la población que no es deficiente, se debe aprovechar la masiva experiencia existente en el ámbito mundial para la instrumentación de políticas de fortificación de alimentos.
- Que sobre la base del conocimiento existente sobre carencias de los micronutrientes que pueden estar afectando el crecimiento de nuestros niños, no es necesario realizar costosísimas encuestas en el ámbito nacional como la dispuesta por el Banco Mundial a través del PROMIN, además del tiempo que demanda para su ejecución y procesamiento, que demorará en años la puesta en marcha de programas de fortificación. Bastará con hacer relevamientos en lugares críticos del país para obtener información de base que servirá para medir el impacto de los programas. Si a pesar de lo dicho, la encuesta se lleva a cabo, la información recabada deberá ser puesta a disposición de la comunidad científica a la brevedad, al estilo de los datos censales, o como se hace con las encuestas sanitarias y nutricionales en todo el mundo desarrollado, sin ninguna consideración ni restricción de tipo político.
- Que los Censos de Talla en Escolares, propuestos por UNICEF, si bien muestran el pasado nutricional de los niños, son un instrumento útil y económico para una evaluación permanente de la salud y nutrición de nuestros niños.
- Que el estado nutricional de la embarazada y de la nodriza debe ser motivo de especial cuidado, estableciéndose programas preventivos de la deficiencia de hierro y de folatos, y de vitamina D donde corresponda (¿y de zinc?). Ello incluye también la ganancia de peso durante la gestación y el registro e interpretación del peso preconcepcional.
- Que es fundamental proceder a la reevaluación de la alimentación de nuestros niños más pequeños, sobre la base de estrictos criterios nutricionales, y del análisis de la información poblacional existente sobre la composición de la dieta habitual de estos niños y sobre la frecuencia de consumo de determinados alimentos. De ello surgirán recomendaciones más sólidas, sobre todo para los niños entre 6 y 24 meses de edad, que es el momento en que se produce el enlentecimiento irreversible de su crecimiento. También servirá para el diseño de programas de asistencia alimentaria destinados a la más temprana infancia, renovando a la nunca evaluada pero tradicional dación de leche de vaca en polvo.
- Que es momento de dar el máximo énfasis a las acciones de saneamiento ambiental y a la higiene familiar si es que se desea disminuir la incidencia de enfermedades infecciosas que tanto influyen sobre la salud, nutrición y crecimiento de nuestros niños.
- Que por una multiplicidad de razones, cada cual más importante que la otra, es indispensable continuar trabajando en la promoción de la lactancia materna. Se trata de un área en la que existe gran experiencia en el mundo, y también en nuestro país. Las intervenciones más exitosas deberían ser estudiadas y mejoradas, a la vez que dejadas de lado aquellas que son más atractivas que efectivas.
- Que las pautas de cuidado infantil como concepto que engloba las acciones que protegen a los niños de infecciones, que le proveen alimentación adecuada, adecuada estimulación, afecto, y seguridad, deben ser prioridad de investigación con enfoques humanísticos y biológicos.

REFERENCIAS

- Abeyá G.E. Lejarraga H: Prevalencia de obesidad en 88.861 varones de 18 años. Argentina, 1987. Arch Arg Pediatr 1995; 93: 71-79.
- Abeyá GE, Gnazzo N, Calvo EB, O'Donnell AM: Encuesta alimentaria de niños de 6 a 24 meses de edad en Buenos Aires y áreas suburbanas. IV. Adecuación de la ingesta de energía, proteína, calcio, ácido ascórbico y retinol. Abstract # 67. Actas, VI Congreso Latinoamericano de Nutrición. Buenos Aires, 1982.
- Abeyá GE, Galindo A, Gnazzo N, O'Donnell AM: Encuesta alimentaria de niños de 6 a 24 meses de edad en Buenos Aires y áreas suburbanas. I. Características generales. Abstract # 64. Ibid anterior. 1982.
- Allen L: Nutritional influences on linear growth: a general review. Europ J Clin Nutr 1994;S1:S71-S79.
- Armellini P: Prevalencia de anemia en lactantes de la Región Centro. En : Abeyá GE, Calvo EB, O'Donnell AM y Escasany M (eds) Seminario sobre la Situación Nutricional de los Niños Argentinos. CESNI-SAP. Publicación CESNI # 4. Buenos Aires. 1985
- ACC/SCN: Nutrición and Poverty. ACC/SCN Nutrición Policy Paper #16. WHO. Geneva.1997.
- ACC/SCN: Third Report on the World Nutrición Situation. WHO. Geneve. 1997
- Ashworth A: Effects of intrauterine growth retardation on mortality and morbidity in infants and young children. Europ J Clin Nutr 1998;52 (S 1) S34-S42.
- Bakketeig LS, Butte N, O'Donnell AM, Kramer M: Report of the IDECG Working Group on definitions, clasification, causes, mechanisms and prevention of IUGR. . Europ J Clin Nutr 1998;52 (S 1) S94-S97.
- Barbosa L, Butte N, Villalpando S, Wong W , O'Brien Smith: Maternal energy balance and lactation performance of mesoamerindians as a function of body mass index. Am J Clin Nutr 1997;66:575-583.
- Barker DJP: Mothers, babies and disease in later life. BMJ Books. London 1994.
- Behrens RH, Tomkins AM, Roy SK: Zinc supplementation during diarrhoea, a fortification against malnutrition? Lancet 1990; 2: 442-3.
- Bendich A: Folic acid and neural tube defects. Ann NY Acad Sci 1993; 678: 108-11
- Boccio JR, Zubillaga MB, Caro R, Gotelli C, Gotelli M, Weill R: Nuevo procedimiento para fortificar productos lácteos con sulfato ferroso de alta disponibilidad. En: O'Donnell AM, Viteri F, Carmuega E (eds): Deficiencia y hierro: desnutrición oculta en América Latina. Publicación CESNI # 18. Buenos Aires, 1997.
- Boyages SC, Collins JK, Marbely GF, Jupp JJ, Morris JG, Eastman CJ: Iodine deficiency impairs intellectual and neuromotor development in apparently normal persons. Med J Aust 1989; 150: 676-9.
- Britos S: Racionalidad de los programas de asistencia alimentaria (partes 1 y 2) Boletín CESNI, 1994;3: 9-13 y 39-41.
- Butte NF, Villalpando S, Wong WW, Flores-Huerta S, Hernandez-Beltran M de J, O'Brian Smith E: Higther total energy expenditure contributes to growth faltering in breast-fed infants living in rural Mexico. J Nutrition 1993; 123: 1028-1035.
- Calvo EB, Gnazzo N: prevalence of iron deficiency in children aged 9-24 months from a large urban area of Argentina. Am J Clin Nutr 1990;52:534-8
- Calvo EB, Islam J, Gnazzo N : Encuesta nutricional en niños menores de dos años en la Pcia de Misiones. II) Indicadores dietéticos y hematológicos. Arch Arg Pediat 1987;85:260-9.
- Calvo EB, Sosa EM: Iron status in non-pregnant women of child bearing age. Europ J Clin Nutr 1991;45:215-220.

Calvo EB, Gnazzo N, Steinel I, Baiocchi M: El patrón alimentario durante los primeros 9 meses de vida en la población del Gran Buenos Aires. Arch Arg Pediatr 1989; 87:4-14.

Calvo EB, Carmuega E, Gnazzo N, Sosa E, González S: Evaluación del estado nutricional de la población de niños de 9 a 24 meses de edad residentes en los partidos del Gran Buenos Aires. Arch Arg Pediatr 1991; 89: 124-131.

Carmuega E, Anigstein C, Britos S, Calvo EB, Du Mortier A: Encuesta alimentaria y nutricional del partido de General Rodríguez (GBA). Evaluación de comedores escolares. 1989. Premio Soc Arg de Nutrición.

Carmuega E, Bianculli C, Durán P, Uicich R, Rovirosa A, O'Donnell AM, Machain C, Calvo EB: Estudio de ciertos factores de riesgo de salud y de la situación nutricional de adolescentes urbanos. Medicina Infantil (Bs As) 1995;2:71-79.

Carmuega E, O'Donnell AM: Fundamentos para una ley para la prevención de la deficiencia de hierro en Argentina. Documento elevado al Ministerio de Agricultura, Ganadería, Pesca y Alimentación de la Nación. Documento CESNI No. 13/97.

Castillo-Durán C, García H, Venegas P, Torrealba I, Panteón E, Concha N, Pérez P: Zinc supplementation increase growth of male children and adolescents with short stature. Acta Pediatr 1994; 83: 833-7.

Cavan K, Gibson R, Grazioso C, et al: Growth and body composition of periurban Guatemalan children in relation to zinc status: A cross-sectional study. Am J of Clin Nutr 1993; 57: 334-43.

CESNI: Proyecto Tierra del Fuego. Diagnóstico Basal de Salud y Nutrición. Edición Fundación Jorge Macri. Buenos Aires. 1995.

CESNI: Proyecto Tierra del Fuego . Diagnóstico Basal del Desarrollo Infantil. Edición de la Fundación Jorge Macri. Buenos Aires, 1996.

Czeizel AE, Dudas Y: Prevention of the first occurrence of neural-tube defects by periconceptional vitamin supplementation. N Engl J Med 1992; 327: 1832-5.

Chandra R: Serum Thymic hormone activity and cell-mediated immunity in healthy neonates, preterm infants and small for gestational age infants. Pediatrics 1981;67:407-411.

Chirmulay D: Child Nutrición, care and poverty. In: ACC/SCN: Nutrición and Poverty. 1997.

De Andraca I, Castillo M, Walter T: Desarrollo psicomotor y conducta en lactantes anémicos por deficiencia de hierro. En: O'Donnell AM, Viteri FE, Carmuega ES (eds): Deficiencia de hierro: desnutrición oculta en América Latina. Publicación CESNI No. 18. CESNI. Buenos Aires, 1997.

De Onis M, Villar J and Gulmenzoglu M: Nutritional interventions to prevent intrauterine growth retardation: evidence from randomized controlled trials. Europ J Clin Nutr 1998;52 (S 1) S83-S94.

De Onis M, Blossner M, Villar J: Levels and patterns of intrauterine growth retardation in developing countries. Europ J Clin Nutr 1998;52 (S 1) S5-S15.

Frongillo E, de Onis M, Hanson KMP: Socioeconomic and demographic factors are associated with patterns of stunting and wasting of children. J Nutr 1997;127:2302-2309.

Golub MS, Keen CL, Gershwin ME, Hendrickx AG: Developmental Zinc Deficiency and Behavior, J Nutr 125 Suppl. 1995; 2263s-2271s.

Gorstein J, Sullivan K, Tip R et al: Issues in the assessment of nutritional status using anthropometry. Bull WHO 1994; 72:273-283.

Gibson RS: Zinc nutrition in developing countries. Nutr Res Rev 1994; 7: 151-73.

Gillespie S, Mason J, (Eds): Controlling vitamin A deficiency. ACC/SCN State of the Art Series. Nutrition Policy Discussion Paper No 14. ACC/SCN, Geneva, 1994.

Grantham-McGregor S, Powell CA, Walker SP, Himes JH: Nutritional supplementation, psychosocial stimulation and mental development of stunted children: the Jamaica study. *Lancet* 1991;338:1-5.

Fendrich M, Warner V, Weissman M: Family risk factors, parental depression and psychopathology of offspring. *Dev Psychol* 1990; 26: 40-50

Engle P and Huffman S: Care for Life. Guidelines for Assessment, Analysis and Action to Improve Care for Nutrition. UNICEF 1996.

Goldenberg RL, Hoffman HJ, Cliver SP: Neurodevelopmental outcome of small for gestational age infants. *Europ J Clin Nutr* 1998;52 (S1):S54-S58.

Goldenberg RL, Tamura T, Neggers Y: The effect of zinc supplementation on pregnancy outcome. *JAMA* 1995;274:463-468.

Gulmenzoglu M, de Onis M, Villar J: Effectiveness of interventions to prevent or to treat impaired fetal growth. *Obst Gynec.,Surv* 1997;52:139-149.

Hart J: The inverse care law. *Lancet* 1971;1:405-412

Hernandez Beltrán M, Butte N, Villalpando S, Flores-huerta S, Smith EO: Early growth faltering of rural mesoamerindian breast-fed infants. *Ann Hum Biol* 1996;23;223-235.

Hurrell R: Estrategias para la prevención de la deficiencia de hierro: fortificación de los alimentos con hierro. En: O'Donnell AM, Viteri FE, Carmuega ES (eds): Deficiencia de hierro: Desnutrición oculta en América Latina. Publicación CESNI No. 18. CESNI. Buenos Aires, 1997.

Hambidge KM: Zinc and diarrhoea. *Acta Paediatr* 1992; 381: 82-6.

Hambidge KM: Editorial: Zinc deficiency in young children. *Am J Clin Nutr* 1997;65:161-164.

INDEC: Módulo de Monitoreo de Metas sociales, Encuesta Permanente de Hogares: Encuesta Antropométrica de niños menores de 6 años. 1995.

INDEC: Infancia y condiciones de vida. INDEC. Buenos Aires. 1995.

INDEC: Situación y evolución social. Síntesis # 3. Pag 173. INDEC. Buenos Aires. 1995.

INDEC: Censo Nacional de Población 1991. INDEC. Buenos Aires. 1995

Idjadrinata P & Pollitt E: Reversal of developmental delays in iron-deficient anemic infants treated with iron. *Lancet* 1993; 41: 1-4.

Kain J, Orellana I, Andrade M: Alimentación y actividades de preescolares que asisten a jardines infantiles estatales. INTA Informe Junio 1998.

Keller W: The epidemiology of stunting. In: Waterlow JC, (de): Linear growth retardation in less developed countries. New York: Nestec/Raven Press, 1988: 17-39. (Nestlé Nutrition Workshop Series No. 14).

Kinsey A, Wachs TD, Yunis F, Srinath, Rahnminatar A, McCabe A, Harrison GG: Relation of maternal zinc nutriture to pregnancy outcome and infant development in an Egyptian village. *Am J Clin Nutr* 1994;60:782-792.

Kovacs L, Molnar BG, Huhn G, Bodis B: Magnesium substitution in pregnancy. A prospective, randomized, double blind study. *J Clin Obs.* 1988;45:595-600.

Latham MC, Stephenson LS, Kinoti SN, Zaman MS & Jurz KM: Improvements in growth following iron supplementation in young Kenyan school children. *J Nutrition* 1990; 6: 159-165.

Lentini R, Abreu AM y col: Comunicación personal. 1993

Leon DA: fetal growth and adult disease. *Europ J Clin Nutr* 1998;52 (S 1) S72-S82.

- Levitsky DA: Malnutrition and the hunger to learn. In: Levitsky DA: Malnutrition , Learning and Behaviour. Ithaca NY. 1979.
- Lozoff B, Jimenez E, Wolf AW: Long term developmental outcome of infants with iron deficiency. *N Engl Med J* 1991;325:687-694
- Martorell R, Ramakrishnan U, Schoroeder DG, Melgar P, Neufeld L: Intrauterine body size, body composition and physical performance in adolescence. *Europ J Clin Nutr* 1998;52 (S 1) S43-S53.
- Martorell R, Schoroeder GD, Rivera JA, Kaplowicz HJ: patterns of linear growth in rural children and adolescents. *J Nutrición* 1995;125(Suppl 4S):1068S-1077S.
- Monteiro CA, Mondini A, M de Souza A, Popkin BM: The nutritional transition in Brazil. *Europ J Clin Nutr*. 1995;49:105-113.
- Monteiro CA, Mondini L, Torres AM, dos Reis AM: Patterns of intra-familial distribution of undernutrition: Methods and applications for developing societies. *Europ J Clin Nutr* 1997; 51:800-803.
- MSAS: Estadísticas Vitales. Información básica. 1996. Buenos Aires. 1997.
- MSAS Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud: Evaluación de Estado Nutricional de la Población de Varones de 18 años. República Argentina. Años 1992-3.
- O'Donnell AM , Carmuega E: Situación nutricional de los niños argentinos. *Boletín CESNI* . Marzo de 1998.
- O'Donnell AM, Carmuega E, Durán P: Deficiencia de hierro en la Argentina. En: O´Donnell AM, Viteri F, Carmuega E: Deficiencia de hierro: desnutrición oculta en América Latina. Publicación CESNI # 17. Buenos Aires, 1997.
- O'Donnell AM, Carmuega E, Machain C: Recomendaciones para la alimentación de niños normales menores de 6 años. Publicación CESNI #15. Buenos Aires. 1996.
- O'Donnell AM: The Nutritional Status of Children in Latin America. In: Bartell E and O´Donnell AM (eds): The changing status of children in Latin America: issues in child health and children´s rights. Notre Dame University Press. South Bend, Indiana.1988
- O'Donnell AM , Barilaro MT, Ruboglio E, Schugurensky A, Aracama A: Contaminación de alimentos a nivel domiciliario. *Rev Hosp Niños Bs As*. 1982;24:132-138.
- O'Donnell AM: Nutritional strategies for feeding low-birth-weight. *Europ J Clin Nutr* 1998; 52 (S1) S76-S80.
- O'Donnell AM: Alimentación del niño normal. En: O´Donnell AM, Bengoa JM, Torún B, Caballero B, Peña M (eds): La alimentación del niño menor de seis años. OPS/OMS-CESNI-Fundación Cavendes. Serie de libros PALTEX, OPS. Washington DC,. 1997.
- Olivieri B, Casinelli H, Ayala M, Mauthalen C: Prevención del deficit de vitamina D en Ushuaia. *Arch Arg Pediatr* 1995; 93:66-70.
- Ovando MT, Finetti GM: Encuesta Nutricional de la Pcia de Salta. III. Estudio alimentario. Abstract # 68. Actas, VI Congreso Latinoamericano de Nutrición. Buenos Aires. 1982.
- Pelletier DL, Frongillo EA Habicht JP: Epidemiological evidencie for a potentiating effect of malnutrition on infant mortality. *Am J Pub Health* 1993; 83:1130-1133-
- Pelletier DL, Deneke K, Kidane Y, Haile B, Negussie F: The food-first bias in nutrition: lessons from Ethiopia. *Food Policy* 1995;20:279-298-
- Penland JG, Sanstead HH, Alcock NW, Dayal HH, Chen XC, Li JS, Zhao F, Yang JA: Preliminary report: Effects of zinc and micronutrient repletion in growth and neurological function in urban Chinese children. *J Am Coll. Nutrition* 1997; 16:268-272.
- Perez Escamilla R, Cohen RJ, Brown KH, Rivera LL, Canahuati J, Dewey KG: Maternal anthropometric status and lactational performance in low-income Honduran population: evidence for the role of the infant. *Am J Clin Nutr* 1995;61:528-534.

Perez Somigliana MC, Nordera JV, Dándrea S: Evaluación del nivel de hematocrito y hemoglobina en la población de la ciudad de Salta. Actas, VI Congreso Latinoamericano de Nutrición. 1982.

Pollitt E: Deficiencia de hierro y deficiencia educacional. En: O'Donnell AM, Viteri FE, Carmuega ES (eds): Deficiencia de hierro: desnutrición oculta en América Latina. Publicación CESNI No. 18. CESNI. Buenos Aires, 1997.

Pollitt E, Husaini MA, Harahap H, Halati S, Nugrahem A, Sherlock A: Stunting and delayed motor development in West Java. Am J Human Biol 1994; 15:208-215.

Pollitt E: A reconceptualization of the effects of undernutrition on children's biological, psychosocial and behavioral development. Social Policy Report 1996;10:1-22.

Popkin B: The nutritional transition of low income countries. Nutr.Rev 1994;52:285-298.

Prentice AM, Goldberg GR, Prentice A: Body mass index and lactational performance. Europ J Clin Nutr 1994;48 (Suppl):S78-S89.

Radimker, KL, Olson CM, Greene JC et al: Understanding hunger and developing indicators to assess it in women and children. J.Nutr 1992; 24:36S-44S

Reeves C: Informe de la Subsecretaría de Salud. Direcciones de Acciones de Salud de la Pcia. del Neuquén. 1995

Rivera J, Ruel MT: Growth retardation starts in the first three month of life among rural Guatemalan children. European J Clin Nutr 1997; 51: 92-96..

Rodríguez Papini N: EVAM 1991. Monografía. Mendoza. 1992.

Sabulsky J, Agrelo F, Brizuela M, Lobo B, Batruoni L, Quiroga A, Reyna S, Sesa S: Estudio CLACYD. Preliminar de resultados. Córdoba. 1996.

Sanchez Ramos L, Briones DK, Kautzniz AM, del Valle GO, Walker GD: Prevention of pregnancy-induced hypertension by calcium supplementation in angiotensin II-sensitive patients. Obst Gynecol 1994;84:349-353.

Sasawal S, Bentley M, Black R, Dhingra P, George S, Bhan MK: Effect of zinc supplementation on observed activity in low socioeconomic indian preschool children. Pediatrics 1996;98:1131-1137.

Sasawal S, Black R, Bhan MK, Bhandari N, Sina A, Jalla S: Zinc supplementation in children with acute diarrhea in India. N Engl J Med 1996;333:839-844.

Scrimshaw N: The relation between fetal malnutrition and chronic disease later in life. Brit Med J 1997;315:825-826.

Simeon DT, Grantham-Mc Gregor S: Effects of missing breakfast on the cognitive function on school children of different nutritional status.

UNICEF: UNICEF strategies in water and environmental sanitation. UNICEF New York. 1995

UNICEF: The state of world's children. UNICEF New York. 1995.

Valrey RCG: Child survival and environmental interventions: a cost-effectiveness analysis. EHP Applied Study # 4. USAID. Washington DC. 1996.

Victoria CG: The association between wasting and stunting: an international perspective. J Nutr 1992; 122: 1105-1110.

Villar J and Rivera J: Nutritional supplementation during two consecutive pregnancies and the interim lactation period: effect on birth weight. Pediatrics 1988;81:51-57.

Viteri F: Suplementación con hierro para el control de la deficiencia de hierro en poblaciones en riesgo. En:

O'Donnell AM, Viteri F y Carmuega E (eds): Deficiencia de hierro: desnutrición oculta en América Latina. Publicación CESNI #18. Buenos Aires. 1997.

Uicich R, Pizarro F, Almeida C, Díaz M, Carmuega E, O'Donnell AM: Absorción de hierro de leche de vaca fortificada con sulfato ferroso encapsulado. *Medicina Infantil (Bs As)* 1996;3:9-13.

Wagener M, Beltramino D y col: Actas, XXIX Congreso Argentino de Pediatría. Santa Fé, 1995.

Walsh JA, Warren KS: Selective primary care: an interim strategy for disease control in developing countries. *NEJM* 1979;301:967-974.

Warner DB: Environmental sanitation and child health: the missing link in child survival. En Bartell E and O'Donnell AM (eds): *The Changing status of children in Latin America: Issues in child health and children's rights*. Notre Dame University Press. 1988.

WHO-UNICEF-ICCIDD: Global Prevalence of Iodine Deficiency Disorders. MDIS Working Paper #1. WHO. 1993.

Welch GN, Loscalzo J: Homocysteine and atherothrombosis. *NEJM* 1998;338:1042-1050.

WHO: Physical status: The use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO technical Reports Series # 854. WHO. Geneva. 1995.

WHO: Global database on child growth and malnutrition. WHO. Geneva. 1997

WHO: Indicadores for assessing vitamin A deficiency and their application in monitoring and evaluating intervention programmes. Micronutrient Series. WHO/NUT/96.10. WHO. Geneva. 1996

WHO: Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. WHO. Geneva. 1998

WHO: Health and environment in sustainable development: five years after the Earth Summit. WHO/EHG/97.8. WHO. Geneva. 1997.

Winocur P: Peso y talla de escolares argentinos pertenecientes a la ciudad de Buenos Aires. *Revista Argentina de Higiene y Medicina Escolar*. 1943; 2: 11.

Xuan NN, Thissen JB, Collette L, Gerard G, Huy Khoi H, Ketelslegers JM: Zinc supplementation increase growth and circulating insulin-like growth factor I (IGF-I) in growth-retarded Vietnamese children. *Am J Clin Nutr* 1996; 63: 514-9.

Zeitlin M, Ghassemi H, and Mansour M: *Positive Deviance in Child Nutrition*. The United Nations University, 1990.

COMENTARIOS AL DOCUMENTO PRESENTADO POR ALEJANDRO M. O'DONNELL

Mercer:

Comparto plenamente los comentarios realizados por O'Donnell en el sentido que se han mejorado ciertos indicadores de prevalencia de desnutrición tal como lo demuestran los análisis comparativos realizados en diferentes países de América Latina. Esta situación es a veces rechazada y cuestionada por ciertos sectores que interpretan que la desnutrición infantil muestra altas prevalencias como en el pasado. La realidad nos demuestra que hay una serie de indicadores de problemática de salud infantil que muestran una tendencia favorable. Un ejemplo es el de la mortalidad infantil que exhibe tendencias declinantes pese a los programas de ajuste y a los fenómenos de exclusión social. Otro hecho lo constituye la emergencia de la obesidad en sectores pobres. También ocurre con la deshidratación por enfermedad diarreica aguda en donde ya no observamos las formas graves de deshidratación que se atendían hace más de diez años. Estos no significan ignorar la realidad. Por el contrario, implica entender que la realidad es cambiante. Hoy no alcanza con reducir la mortalidad infantil, si no mejoramos la calidad de vida de aquellos que sobreviven. Hoy no podemos restringir el diagnóstico de la problemática nutricional con el uso de la antropometría en forma exclusiva como se comentara oportunamente.

Rescato un párrafo de la presentación en la que se hace referencia a estudios en la población escolar. En este sentido deseo destacar que en la Provincia de Buenos Aires se ha realizado un censo de talla en escolares sobre 200.000 niños de primer grado. Este estudio surgió de una propuesta colaborativa entre el sector educativo y de salud, y el asesoramiento de UNICEF. De este estudio surge que la deficiencia de talla (como expresión de deficiencias nutricionales crónicas) no es un problema de salud pública, pero sí afecta selectivamente a grupos poblacionales vulnerables (en zonas con alta densidad de población en situación de pobreza o en el análisis comparativo de la menor talla media de niños de escuelas del sector público con relación a las del sector privado).

Es evidente la falta de difusión de los diferentes estudios, hecho que nos preocupa. Por nuestra parte la información que generamos es de dominio público y puede accederse a ella a través de los Referentes de las 12 Regiones Sanitarias de la Provincia de Buenos Aires, a través del Programa en su sede central o a través de la página de Internet (<http://www.fmed.uba.ar/mspba/>).

Agrelo y Sabulsky:

Quisiéramos a modo de contribución enriquecer los datos presentados por Alejandro O'Donnell con la información antropométrica del estudio CLACYD.

Punto de corte: <2 DE de la norma de referencia NCHS

Indicador	Porcentaje de niños
Peso/ Edad	2.8
Talla/ Edad	5.3
Peso/ Talla	0.7

El análisis longitudinal muestra que la velocidad de crecimiento de los niños de Córdoba (en peso y longitud) es similar hasta los seis meses a los datos de Guo y col. A partir de esta edad se produce en longitud una desaceleración importante en ambos sexos (<2 DE entre 7 y 12 meses). Respecto al peso, la desaceleración en este mismo período es leve (-0.6 DE y -0.7 DE en varones y mujeres respectivamente).

Calvo:

Uno de los factores de riesgo repetidamente señalados de baja talla durante la infancia es el bajo peso al nacer. Quisiera aportar otros datos que avalan esta hipótesis provenientes de un estudio transversal realizado entre 1995 y 1996 sobre una muestra representativa de la población de niños menores de 6 años que demandan atención en el sistema público de salud. Esta encuesta se realizó en 18 jurisdicciones, pero presentaré datos sólo de aquellas que han sido publicadas previamente y cuyo tamaño muestral supera los 14000 sujetos (Pcias. de Buenos Aires ya citada y Salta).

PREVALENCIA DE BAJA TALLA (<-2 DE) SEGÚN PESO AL NACER

Provincia	Peso al nacer			c ² (6)
	< 2500 g	2500-2999 g	3000 g ó >	
Buenos Aires	31.8%	17.1%	9.6%	882.6, p<0.0001
Salta	30.9%	20.6%	12.0%	512.3, p<0.0001

Quiero destacar el hecho de que las prevalencias de baja talla para la edad no sólo se triplican en el grupo de niños de bajo peso al nacer, sino que se duplican en el grupo de niños que nacieron con peso insuficiente. Este último no es considerado habitualmente como de alto riesgo y no se realizan acciones preventivas especiales. Sin embargo, teniendo en cuenta que la incidencia de peso insuficiente al nacer en esta muestra es de 19% en Buenos Aires y de 21% en Salta, el riesgo poblacional atribuible es mucho mayor.

Con referencia a la posible edad de comienzo de las alteraciones de la talla si se utilizan los datos transversales de las Encuestas de Salta y Buenos Aires para explorar en qué subgrupos etáreos es más prevalente la talla baja (menor a -2 desvíos estándar), estratificando por categoría de peso al nacer para evitar el efecto confusor de esta última variable, se observan claramente dos patrones diferentes al estratificar por peso al nacer. En los niños de bajo peso al nacer no existe una tendencia al aumento de la prevalencia con la edad, por el contrario, las prevalencias son en general más altas en el primer semestre de la vida. En los niños con peso de nacimiento normal se observa en las dos muestras una clara tendencia al aumento de la prevalencia de baja talla con el aumento de la edad. Las pruebas estadísticas que miden tendencia son altamente significativas en este último grupo.

Aparentemente, el retardo de crecimiento lineal que se verifica en la población tendría dos orígenes diferentes. Los niños de bajo peso contribuyen con su déficit durante todo el período analizado, es decir, no se observaría un crecimiento compensatorio adecuado en los primeros 2 años de vida. Los niños que nacen con peso normal, presentan prevalencias crecientes de baja talla con la edad, fundamentalmente a partir de los 12 meses. Las prevalencias son mínimas en el primer semestre de la vida en este grupo. Estos datos provienen de un estudio transversal; se requieren estudios longitudinales para evaluar las causas asociadas con el retardo del crecimiento lineal y su timing.

PREVALENCIA DE BAJA TALLA EN NIÑOS DE BAJO PESO AL NACER.

	Peso al nacer menor de 2500 gramos			
	0 - 6 meses	6 -12 meses	12 - 18 meses	18 - 24 meses
Salta ¹	49.35 %	28.74 %	43.42 %	33.33 %
Buenos Aires ²	51.94 %	31.25 %	37.21 %	31.71 %
1 : ??(trend) = 3.39 , p <0.1		2 : ??(trend) = 14.63, p <0.001		

PREVALENCIA DE BAJA TALLA EN NIÑOS DE PESO INSUFICIENTE AL NACER.

	Peso al nacer entre 2500 y 3000 gramos			
	0 - 6 meses	6 -12 meses	12 - 18 meses	18 - 24 meses
Salta ¹	16.72 %	18.38 %	27.19 %	30.67 %
Buenos Aires ²	16.69 %	17.30 %	24.85 %	21.89 %

1 : ??(trend) = 23.88 , p <0.001 2 : ??(trend) = 11.26, p <0.001

PREVALENCIA DE BAJA TALLA EN NIÑOS DE PESO NORMAL AL NACER.

	Peso al nacer 3000 gramos o mayor			
	0 - 6 meses	6 -12 meses	12 - 18 meses	18 - 24 meses
Salta ¹	4.98 %	9.68 %	17.90 %	21.30 %
Buenos Aires ²	4.60 %	8.89 %	12.44 %	14.73 %

1 : ??(trend) = 204.49 , p <0.001 2 : ??(trend) = 143.42, p <0.001

Arce:

Cuando el médico va a trabajar a zonas rurales y más aún si predomina la población aborigen, generalmente ignora las características de la alimentación local y trata de enseñar “lo que deben comer” cuando la gente solamente “come lo que puede”. Por ejemplo el consumo de carne de cordero con mucha grasa, la cual contiene provitamina A y preserva a la población de esa carencia. Se cree que la yerba mate puede contener pequeñas cantidades de vitamina C, no observándose escorbuto a pesar del escaso consumo de verduras y frutas. Se encuentran bastantes secuelas de raquitismo, a pesar del abundante sol (Neuquén está a la misma latitud que Bahía Blanca y Mar del Plata y que Sicilia e Israel en el hemisferio norte), motivado por la vestimenta abrigada debido al clima cordillerano riguroso. Actualmente se administra a todos los lactantes que se controlan vitaminas A, C, D, flúor y el hierro a partir del 4º mes.

Sería ventajoso recuperar las técnicas agrícolas de la civilización andina, incaica y los precedentes para utilizar mejor el agua cultivando tierras áridas y laderas montañosas en terrazas.

La carencia de yodo en zonas montañosas es causa de bocio endémico y de cretinismo. Mediante la sal yodada se ha podido erradicar este problema en los Alpes europeos y también reducido en la Argentina, en Salta, Mendoza, Neuquén y otras provincias cordilleranas. Pero hay poblaciones indígenas que usan su propia sal de cuajo, no yodada y el consumo de piñones, fruto del pehuén o araucaria araucana, además de buenas calorías (40% de hidratos de carbono y 14 % de proteína), lamentablemente suministra la goitrina, sustancia bloqueadora del metabolismo del yodo. La población pehuenche padece en algunas regiones hasta 80% de bocio endémico. La profilaxis más efectiva consistiría en administrar aceite yodado (Lipiodol) 1 cc oral una vez al año, y 0.5 cc a los niños, formando un depósito subcutáneo de yodo que cubre holgadamente ese período.

Lejarraga:

Quiero comentar que lo que describió O'Donnell sobre una mayor prevalencia de varones en el grupo de niños desnutridos, es un hallazgo constante en todos los estudios, no sólo cuando se trata de una evaluación nutricional, sino en estudios de morbilidad en general. Esto se debe a que las mujeres están mejor canalizadas, es decir, tienen una más fuerte regulación

genética; ante una misma injuria nutricional, los varones se desvían más del canal del centilo por el que venían creciendo que las mujeres. La mortalidad a cualquier edad también es mayor siempre en varones. La naturaleza lo sabe, por eso nacen ligeramente más mujeres que varones (creo que 103 varones por cada 100 mujeres).

A medida que disminuya la prevalencia de niños emaciados (con baja relación peso / talla), va a adquirir mayor interés el grupo de niños con talla baja para la edad. En este grupo yo identifiqué varios subgrupos. Uno de ellos es el que tiene retardo del crecimiento intrauterino (ya sea por desnutrición materna, toxemia, enfermedad crónica, desnutrición, etc.). Otro es el de los niños pre-término con un buen crecimiento fetal, pero con retardo del crecimiento en el período post-natal inmediato; otro es el de niños con retardo del crecimiento en el período de destete, debido a una escasa complementación; otro grupo es aquel denominado como “failure to thrive”, o retardo del crecimiento en los primeros dos años de vida, entidad cuya etiología es multifactorial; son niños cuyo problema de crecimiento es de origen multifactorial, entre cuyas causas se identifican factores psicológicos, alimentarios, del vínculo madre - hijo, enfermedades (anemia, infecciones, etc.). Otra causa es la baja talla materna, Agrelo ya comentó en el estudio CLACYD la importancia de la baja talla materna en la prevalencia de bajo peso al nacer. Esta baja talla materna tiene a su vez que ver con experiencias desfavorables del crecimiento de la madre cuando era niña, de manera tal que se requiere más de una generación para revertir el efecto de un retardo del crecimiento con secuelas en las niñas.

La calidad de la dieta de los primeros dos años de vida

Esteban Carmuega*

* El autor agradece muy especialmente la colaboración de la Lic. Carolina Chevallier, del Dr. Pablo Durán y de Santiago Carmuega quienes trabajaron contra reloj para que el re-análisis de la encuesta de Salud y Nutrición de Tierra del Fuego pudiera enriquecer este documento.

INTRODUCCIÓN

Durante los primeros años de la vida la selección de los alimentos depende íntimamente de las elecciones que padres y cuidadores en general realicen para sus hijos. Estas decisiones acerca de cuándo iniciar la alimentación, con qué alimentos y su forma de preparación, a su vez están condicionadas no solamente por factores económicos y de disponibilidad regional o estacional, sino por hábitos y creencias que se transmiten de generación en generación. Los alimentos tradicionalmente utilizados para la alimentación infantil varían tanto geográfica como culturalmente. Mientras que el puré amarillo (generalmente sobre base de hortalizas como el zapallo y la zanahoria) forma parte de nuestro acervo cultural, las frutas son el primer alimento en el Caribe, o los “baby foods” en EEUU, etc.

La alimentación de los primeros años se encuentra fuertemente influenciada por el estilo de “cuidado infantil” tal como conceptualmente lo definiera la UNICEF, como ...las conductas de los cuidadores relativas a la lactancia materna, el diagnóstico de las enfermedades, saber determinar cuándo el niño está preparado para los alimentos suplementarios, estimular el lenguaje, y otras capacidades cognitivas así como proveerle adecuado apoyo emocional....

La Argentina, a pesar de su extensión y economía agrícolaganadera, es un país de características netamente urbanas. Se ha dicho que la urbanización, especialmente en los sectores socialmente más desfavorecidos, es un factor que puede erosionar las prácticas de cuidado infantil ya sea tanto al inducir modificaciones en el estilo de cuidado tradicional como en el deterioro de la lactancia materna así también como en el tiempo que las madres pueden destinar a la selección y preparación de los primeros alimentos destinados a los niños¹. Pero también es cierto que la urbanización significa en términos generales una mejor provisión de servicios sanitarios, de cobertura en salud, de acceso a alimentos industrializados (de calidad uniforme y bromatológicamente controlada), condiciones que en todos los países se han asociado con un mejor estilo de vida, crecimiento y desarrollo infantil. Aunque los beneficios de la urbanización se extienden a toda la trama social son más evidentes en los sectores que son efectivamente beneficiarios de estas ventajas. En nuestro país, el retraso crónico de crecimiento, el bajo e insuficiente peso de nacimiento, la prevalencia de infecciones prevenibles y la morbimortalidad infantil se concentran en los sectores sociales más desprotegidos, en “pozos” de marginalidad y pobreza dentro de los ámbitos urbanos así como en los rurales. Mientras que en el campo algunas estrategias basadas en la autoproducción familiar de alimentos pueden ser efectivas, en las ciudades es necesario contemplar otros factores que influncian el estilo de cuidado infantil

como por ejemplo la inserción de la mujer en la fuerza laboral, el mayor tiempo que transcurre fuera del hogar, el hacinamiento y cambios en la estructura familiar. El cuidado de la calidad de la alimentación en todos los niños pequeños -pero especialmente en los grupos sociales urbanos más expuestos a padecer retraso crónico de crecimiento e infecciones- reviste importancia por las consecuencias a corto y mediano plazo de la desnutrición crónica u oculta. No solamente es necesario garantizar cuantitativamente el acceso a alimentos sino que la alimentación infantil en su conjunto tenga cualitativamente una composición y biodisponibilidad adecuadas.

Es importante enfatizar que las necesidades nutricionales de los niños en los primeros años son diferentes (más elevadas) que las del resto de la vida y que las consecuencias sobre el crecimiento y el desarrollo de las carencias alimentarias son también mayores. Por lo tanto, requieren del diseño de estrategias educativas referidas a la lactancia materna y a la selección y preparación de los primeros alimentos (tanto dirigidas al equipo de salud como a la población general), programas asistenciales específicos para los más pequeños, nuevos alimentos fortificados en los nutrientes deficitarios, acciones todas ellas que promuevan un crecimiento y desarrollo infantil que permita la plena expresión del potencial que todo niño encierra. Este fue el fundamento de un ambicioso programa de desarrollo comunitario el "Proyecto Tierra del Fuego"²³, del que se ha obtenido mucha de la información que conforma este documento tanto del "Diagnóstico Basal de situación" como del diseño de los nuevos alimentos y estrategias de intervención que se idearon durante los más de cuatro años de su ejecución, muchas de las cuales lamentablemente no pudieron concretarse. El lema del proyecto que se compartió con toda la comunidad y por el que más de 1200 familias prestaron participación en las etapas diagnósticas fue "Para que los niños sean todo lo que pueden ser". Aunque las acciones de intervención diseñadas y la evaluación de su impacto no hayan podido llevarse a cabo. Estamos convencidos que la información obtenida sobre el estilo de cuidado infantil de una comunidad altamente motivada, con adecuado control en salud y disponibilidad de alimentos será al menos una contribución para el desarrollo de mejores programas destinados a la protección del cuidado infantil temprano. La concentración de los esfuerzos de la comunidad en esta vulnerable etapa de la vida es probablemente el mejor -sino el único- camino para que dicho lema pueda finalmente convertirse en una realidad para todos los niños de nuestro país independientemente de su condición social y ubicación geográfica.

Calidad de dieta en el contexto del cuidado infantil

El hombre adulto requiere de una cantidad de energía y de nutrientes que son necesarios para reemplazar las pérdidas cotidianas sean estas por orina, piel, descamación intestinal o para reponer la energía imprescindible para su metabolismo basal y actividad física. Los niños, además necesitan una cantidad adicional (tanto de energía como de otros nutrientes) para satisfacer las demandas del crecimiento. Desde una perspectiva estrictamente nutricional puede conceptualizarse a una dieta de calidad como el conjunto de alimentos que proporcionan la totalidad de los nutrientes biodisponibles para satisfacer el crecimiento y reponer las pérdidas cotidianas. Desde una perspectiva más amplia podrían incorporarse otros atributos a esta definición, relacionados con la aceptabilidad, la seguridad bacteriológica, la oferta de alimentos con diversidad de gustos, texturas y sabores, el acto de la alimentación como un momento de vínculo y estímulo, etc.

Se sabe que como consecuencia de la elevada velocidad de crecimiento que caracteriza a los primeros años de la vida la selección de alimentos con escaso valor o calidad nutricional puede afectar la ingesta de nutrientes críticos y constituir uno de los factores involucrados en el retraso de crecimiento. Este riesgo es especialmente importante en niños sometidos a mayores exigencias como los que han nacido con bajo o insuficiente peso de nacimiento y los que

padecen una mayor prevalencia de infecciones a consecuencia de un inadecuado saneamiento ambiental y/o familiar.

Los niños dependen de la alimentación que les provee su núcleo familiar que se encuentra condicionado por el contexto social, pautas culturales y accesibilidad económica del medio ambiente.

Como en muchas otras áreas relacionadas con el crecimiento y desarrollo tempranos, la alimentación está fuertemente influenciada por el “estilo de cuidado infantil” de cada familia. Entre los aspectos más importantes del cuidado infantil directamente relacionados con la alimentación pueden mencionarse:

- Momento de iniciación de la lactancia
- Tiempo de lactancia exclusiva
- Tiempo de lactancia total
- Momento de introducción de semisólidos
- Cantidad y progresión en la introducción de semisólidos
- Densidad nutricional de las papillas
- Frecuencia de administración diaria
- Digestibilidad de los alimentos
- Biodisponibilidad de los nutrientes
- Sabor y características organolépticas de los alimentos
- Forma de alimentación
- Contaminación de los alimentos

La calidad de la alimentación se encuentra implícita en el cuidado de cada uno de los factores mencionados (podría entonces definirse una alimentación infantil complementaria de buena calidad como aquella que en forma concomitante a una lactancia exitosa es iniciada oportunamente, en la cantidad y ritmo de progresión apropiados para satisfacer las demandas del crecimiento, que provee alimentos con variedad de sabores y texturas, que es segura desde un punto de vista bacteriológico y toxicológico, se encuentra libre de contaminantes y aporta todos los nutrientes en condiciones de digestibilidad y biodisponibilidad adecuadas a cada etapa biológica).

Es muy difícil discriminar el efecto sobre el crecimiento y desarrollo de un niño determinado por la “calidad de la dieta” de los muchos otros condicionantes del bienestar infantil. Niños que se crían en condiciones de cuidado adecuadas, que reciben el afecto y cariño de sus padres, que son inmunizados, que asisten regularmente a sus controles pediátricos longitudinales, que reciben una prolongada lactancia materna además, suelen recibir alimentos de adecuada calidad en sus primeros dos años de vida.

Sin embargo, existen evidencias de que la calidad de los alimentos durante el destete guarda relación con la velocidad del crecimiento o el tamaño corporal final alcanzado . Por ejemplo, se ha demostrado que la proporción de la ingesta de carne, o de alimentos de origen animal como una aproximación (proxy en el sentido estadístico del término) de calidad de la dieta guarda relación con el tamaño final alcanzado por lactantes y niños ⁴⁵⁶⁷. Algunos de estos factores son muy difíciles de objetivar y evaluar.

Antes de analizar la información disponible en nuestro país acerca de las características de la alimentación de los primeros años es necesario establecer un patrón de referencia y un modelo teórico que permita comparar la calidad nutricional de los alimentos y definir las características ideales de los alimentos complementarios.

¿Qué patrón de referencia puede utilizarse para evaluar la calidad de la alimentación en el contexto del cuidado infantil?

Es obvio al analizar la definición de calidad de la alimentación que no existe un criterio o indicador que por sí solo permita hacer objetivable la calidad de un alimento. Sin embargo cuando se considera exclusivamente la composición de nutrientes, la densidad nutricional es un indicador más apropiado que la composición centesimal. Es decir, la proporción de cada nutriente relativo a la cantidad de energía que contiene un alimento o en términos generales el conjunto de la dieta. En la tabla 1 se presentan las recomendaciones de nutrientes (RDA/NRC,1989) expresadas en forma absoluta (cantidad de nutriente recomendada por día), por Kg de peso (el mismo valor dividido por el percentilo 50 del peso para la edad promedio del intervalo) y por 100 Kcal (dividido la ingesta recomendada del nutriente por cada 100 Kcal recomendadas)

Tabla 1

Recomendaciones nutricionales durante la infancia
RDA/NRC, 1989

	Necesidades por día				Por kg y por día				Por 100 Kcal			
	0-6 m	6 m-1	1 a 3	4 a 6	0-6 m	6 m-1	1 a 3	4 a 6	0-6 m	6 m-1	1 a 3	4 a 6
Peso en (kg)	6	9	13	20	6	9	13	20	6	9	13	20
Estatura (cm)	60	71	90	112	60	71	90	112	60	71	90	112
Energía	630	900	1326	1860	105	100	102	93	100	100	100	100
Proteína (g)	13	14	16	24	2,2	1,6	1,2	1,2	2,06	1,56	1,21	1,29
Vit A (ug RE)	375	375	400	500	62,5	41,7	30,8	25	59,52	41,67	30,17	26,88
Vit D (ug)	7,5	10	10	10	1,3	1,1	0,8	0,5	1,19	1,11	0,75	0,54
Vit E (mg β -TE)	3	4	6	7	0,5	0,4	0,5	0,4	0,48	0,44	0,45	0,38
Vit K (ug)	5	10	15	20	0,8	1,1	1,2	1	0,79	1,11	1,13	1,08
Vit C (mg)	30	35	40	45	5	3,9	3,1	2,3	4,76	3,89	3,02	2,42
Tiamina (mg)	0,3	0,4	0,7	0,9	0,1	0	0,1	0	0,05	0,04	0,05	0,05
Riboflavina (mg)	0,4	0,5	0,8	1,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,06	0,06	0,06	0,06
Niacina (mg NE)	5	6	9	12	0,8	0,7	0,7	0,6	0,79	0,67	0,68	0,65
Vit B6 (mg)	0,3	0,6	1	1,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,05	0,07	0,08	0,06
Folatos (ug)	25	35	50	75	4,2	3,9	3,8	3,8	3,97	3,89	3,77	4,03
Vit B12 (ug)	0,3	0,5	0,7	1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,05	0,06	0,05	0,05
Calcio (mg)	400	600	800	800	66,7	66,7	61,5	40	63,49	66,67	60,33	43,01
Fosforo (mg)	300	500	800	800	50	55,6	61,5	40	47,62	55,56	60,33	43,01
Magnesio (mg)	40	60	80	120	6,7	6,7	6,2	6	6,35	6,67	6,03	6,45
Hierro (mg)	6	10	10	10	1	1,1	0,8	0,5	0,95	1,11	0,75	0,54
Zinc (mg)	5	5	10	10	0,8	0,6	0,8	0,5	0,79	0,56	0,75	0,54
Yodo (ug)	40	50	70	90	6,7	5,6	5,4	4,5	6,35	5,56	5,28	4,84
Selenio (ug)	10	15	20	20	1,7	1,7	1,5	1	1,59	1,67	1,51	1,08

Si se considera este criterio de densidad energética como indicador de la calidad de un alimento podría definirse como un alimento "ideal" para un niño de 1 año a aquel que proveyera cada 100 Kcal 1.56 gramos de proteína, o 0.56 miligramos de zinc (valores en las últimas columnas de la tabla 1) y en forma similar con el resto de los micronutrientes . Sin embargo, este criterio encierra una incongruencia metodológica en razón de que las recomendaciones de cada uno de los nutrientes - con excepción de la de energía- contemplan valores algo superiores a las necesidades biológicas. Este aumento de la cantidad surge para compensar la diferencia inter-

individual (habitualmente dos desviaciones estándar de la distribución poblacional de necesidades) se le agrega un factor de biodisponibilidad y otro de incertidumbre o seguridad cuando no existe suficiente información para determinar un valor seguro de necesidad. Es decir, que es probable que los valores de calidad nutricional evaluados de esta manera puedan ser algo superiores a las necesidades reales. Pero estos factores de corrección -desde una perspectiva normativa- deben necesariamente ser contemplados tanto para asegurar que el 95% de la población cubra sus necesidades nutricionales como por la posible disminución de la biodisponibilidad de los nutrientes contenidos en alimentos diferentes de la leche materna.

Un ejemplo obvio que pone de manifiesto la sobreexigencia de este criterio de calidad surge de contrastar la composición de la leche de madre -alimento nutricionalmente ideal- con las RDA expresadas en forma de densidad energética. Puede observarse que cuando se satisface la ingesta energética de un niño de 6 meses de edad (con 935 ml día de leche materna de composición promedio a la leche madura) el porcentaje de cobertura de algunos nutrientes como por ejemplo el hierro, o la vitamina B1, parecieran según este criterio insuficientes, cuando en realidad la situación nutricional de los lactantes de esta edad alimentados exclusivamente al pecho es absolutamente normal. Esto sucede obviamente no por deficiencia en la calidad de la leche de madre, sino por que el patrón de referencia utilizado considera una biodisponibilidad de nutrientes en los alimentos menor que la que tienen en la leche materna. Sin embargo, cuando se introducen otros alimentos en la dieta infantil la biodisponibilidad de los nutrientes de la leche de madre disminuye y se hace necesario contemplar un valor mayor para evitar su deficiencia. Un ejemplo ilustrativo es el caso del hierro para el que las RDA consideran una absorción promedio de la dieta (biodisponibilidad) de 10%, mientras que la absorción real del hierro de la leche humana es superior. Si comparar la calidad de un alimento con las RDA puede resultar en un patrón más exigente, hacerlo con la leche humana tampoco es una solución en razón no solamente de que la biodisponibilidad de algunos nutrientes es diferente (hierro, calcio) sino que probablemente la composición de la leche humana represente el compromiso biológico de la especie entre proveer la mejor nutrición para la cría y disminuir el riesgo de depleción de la madre. Hipótesis que permite especular que la concentración de los nutrientes en la leche de madre representen un valor cercano al mínimo necesario para obtener un crecimiento y desarrollo óptimos.

Es probable que el verdadero patrón de comparación asuma valores que se encuentren entre un piso representado por la composición de leche de madre y un techo por las RDA. En el contexto del presente documento se adoptará como patrón de referencia para la estimación de la calidad nutricional de los primeros alimentos a la densidad energética de las recomendaciones nutricionales (RDA) conscientes de que representa un criterio algo más exigente de calidad.

Prevalencia y duración de la lactancia materna en nuestro país

Este aspecto es abordado en el documento de María Luisa Ageitos. Sin embargo, es necesario discutir algunos aspectos relacionados con su prevalencia y duración, factores íntimamente relacionados con el análisis de la calidad de la dieta infantil.

La introducción de otros alimentos distintos de la leche materna sucede en forma paulatina como un proceso que tiene su inicio alrededor de los 4 a 6 meses de edad y su finalización alrededor del año cuando se han incorporado la mayoría de los alimentos de la dieta del hogar, aunque resten aún varios meses para que el niño se encuentre apto para compartir en condiciones de igualdad biológica con sus hermanos y padres la mesa familiar.

El tiempo de lactancia materna exclusiva es un factor importante a considerar en la calidad de la dieta de un lactante. Una reciente encuesta de prevalencia de lactancia materna realizada a nivel

nacional con la metodología propuesta por la OMS demuestra que poco más del 3% de los niños de 6 meses recibía lactancia exclusiva; 6% lactancia completa y 63% aún mantenían el pecho en el contexto de otros alimentos⁸. En este mismo libro se presentan datos definitivos de la ENCOLAC que demuestran por el método del recordatorio del día anterior que la lactancia materna exclusiva al sexto mes es de 0,4%, y la lactancia completa (lactancia exclusiva más predominante) es de 26%.

En la encuesta de Tierra del Fuego², con un muestreo representativo de una población de características urbanas se describe que menos del 7% de las madres amamantaron menos de 1 mes, 20% entre 1 y 3 meses, 22% entre 3 y 6 meses, 13% entre 6 y 9 meses, 14% entre 9 meses y 1 año y 24% por más de un año.

En Córdoba el CLACYD⁹ describe en un muestreo representativo de la ciudad de Córdoba que forma parte de un estudio longitudinal de las condiciones de crecimiento, desarrollo y nutrición infantiles, que si bien inician lactancia el 98% de los niños al mes de vida 14% de los lactantes ya no recibía el pecho, y entre el 1° y el 3° mes abandonaron la lactancia el 33% de los niños. A los 3 meses de edad solamente 52% recibía leche materna y a los seis meses el 32%. Continuaban la lactancia un año o más 14%.

En madres de clase media de la Ciudad de Buenos Aires Coluccio M¹⁰ describe en un relevamiento prospectivo, una prevalencia de lactancia materna exclusiva y predominante al tercer mes de 74% y al sexto mes de 28% (considerando los criterios de definición de lactancia de la OMS).

En términos generales, podría concluirse que en nuestro país, la prevalencia de inicio de lactancia materna es relativamente alta (más de 9 de cada 10 parturientas), que al tercer mes dos terceras partes de las madres continúan lactando y que al sexto mes sólo una tercera parte de los niños reciben como principal alimento la leche humana.

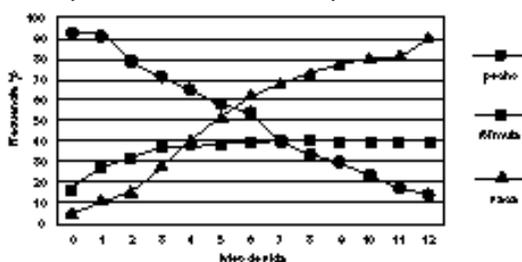
Prevalencia de Lactancia materna en diferentes estudios recientes

Tiempo de lactancia	Tierra del Fuego (2)	Córdoba (9)	Bs.As. (10)
Inicio	-	98%	100%
1 mes	93%	86%	-
3 meses	63%	52%	74%
6 meses	49%	32%	28%
1 año o más	24%	20%	-

Una consideración importante que surge de los estudios de Córdoba y Tierra del Fuego es que las madres de mejor nivel social presentaron mayores prevalencias de lactancia que los estratos urbanos más bajos de la sociedad y que la introducción de alimentos distintos de la leche materna -por lo menos para la mitad de los niños- aproximadamente sucede en el período comprendido entre los 3 y los 6 meses de edad.

Figura 1

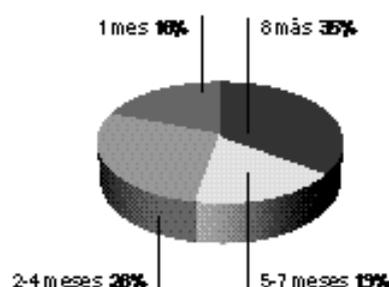
Prevalencia de lactancia natural y de utilización de fórmula y leche de vaca. Tierra del Fuego²



En la figura 1 se presenta la curva de decaimiento de la prevalencia de lactancia materna en Tierra del Fuego correspondiente con el aumento de la utilización de sucedáneos de la leche materna en el primer año de vida. Se observa un período amplio de superposición de sucedáneos y leche materna. Surge del análisis de estas tres distribuciones (leche de madre, fórmulas, leche de vaca) que coexisten por un espacio relativamente prolongado la lactancia con la utilización de sucedáneos. Según los datos relevados en la encuesta de Tierra del Fuego el tiempo que media entre la suspensión de la lactancia materna desde la introducción de los sucedáneos fue muy variable. Si bien una quinta parte de los niños abandonaron el pecho dentro del mes de introducción del biberón, la mitad de ellos pudieron mantener la lactancia por más de 5 meses.

Figura 2

Coexistencia de la lactancia materna con la incorporación de sucedáneos en Tierra del Fuego



Características y secuencia de la introducción de los primeros alimentos en Argentina

No existe una terminología clara en la lengua castellana para definir este período tanto en lo referente a su proceso (destete, ablactación) como a los alimentos que lo caracterizan (papillas, semisólidos, alimentos infantiles). La definición del proceso como destete o ablactación implícitamente considera que existe una dinámica de reemplazo de la lactancia materna más que de su complementación con otros alimentos. Se ha demostrado que existe un cierto desplazamiento de la lactancia materna por efecto de la introducción de los primeros alimentos y que este fenómeno es de mayor intensidad cuanto más temprano es el momento de introducción de los mismos. Este fenómeno se traduce como una disminución neta en la ingesta energética como resultado de la introducción muy temprana de alimentos¹¹.

Cuadro 2

Secuencia de introducción de alimentos en el primer año de vida en Tierra del Fuego

	Mes de introducción												
	<1mes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
hortalizas	0 ⁽¹⁾	0	2	22	44	61	84	91	95	97	98	98	100
cereales	0	1	3	12	29	41	66	73	82	89	92	93	99
gluten	0	1	1	10	27	42	62	75	82	89	91	92	99
galletitas	0	0	1	6	16	32	54	68	80	85	87	99	100
carne	0	0	0	2	9	20	42	57	70	78	81	83	94
huevo	0	0	0	5	14	23	44	57	74	80	85	85	98
jugos	0	1	5	22	42	55	75	84	91	94	95	96	100
miel	0	2	3	14	30	46	64	72	81	84	85	87	96
lacticiños (*)	0	0	1	15	37	52	75	83	90	93	94	95	99
pan	0	0	1	5	14	31	51	65	77	82	84	85	98
frutas	0	0	2	23	45	60	81	92	96	97	97	98	98

(*) Incluye a los derivados de la leche y excluye a la leche de vaca tanto fluida como en polvo que se describe separadamente.

(1) Prevalencia acumulativa % de niños que introdujeron el alimento.

En Tierra del Fuego alrededor de la mitad de los niños ya habían incorporado frutas u hortalizas en el 4º mes de vida, y una tercera parte de los alimentos ingeridos contenían gluten.

En Córdoba el patrón de introducción de alimentos no fue muy diferente. Las hortalizas (zapallo, zanahoria y papa) fueron incorporadas en promedio antes de los cuatro meses de edad. En el nivel socioeconómico bajo (NSE) a los 3.7 meses y en el alto a los 4.1 meses. Es interesante señalar que este estudio confirma nuevamente que los estratos socioeconómicos más bajos presentaron una tendencia a la introducción más temprana de alimentos distintos de la leche que los estratos sociales más altos. La manzana, la naranja y la banana se introdujeron a una edad promedio similar también antes del cuarto mes de vida. Los cereales (arroz, polenta y derivados del trigo se hicieron en promedio dos meses más tarde alrededor de los 6 meses de edad. La introducción de yogures y quesos osciló entre los distintos estratos sociales entre 4.0 y 4.8 meses y 6.1 y 6.8 según los estratos bajo y alto respectivamente respetando siempre la tendencia hacia la incorporación más temprana en los hogares más pobres. Las carnes fueron incorporadas en promedio alrededor de los 5 meses de edad, más tempranamente las de pollo e hígado que las de res.

Cuadro 3

Promedio de edad (en meses) de introducción de los primeros alimentos en Tierra del Fuego

Carne	7.8±3.2
Cereal	6.2±2.5
Cereal c/gluten	6.3±2.6
Cereal s/gluten	6.9±3.0
Espinaca	7.2±2.8
Galletitas	6.9±2.7
Hortalizas	5.1±1.9
Huevo	7.4±2.7
Jugo	5.5±2.6
Lácteos	5.7±2.4
Miel	6.5±3.3
Pan	7.1±2.9
Puré de frutas	5.1±2.0

Cuadro 4

Mes de introducción promedio de alimentos en Córdoba
(Datos obtenidos del Estudio CLACyD)⁹

Alimento	Estudio CLACYD	Pautas Municipales Sugeridas en Córdoba
Manzana	3,3	3
Banana	3,7	3
Naranja	3,8	9
Papa	3,9	4

Zanahoria	3,9	4
Calabacín	3,9	4
Aceite	3,9	s/d
Yogur	4,5	6
Carne de res o pollo	5,0	5
“Cerelac”	5,1	s/d
Avena	5,4	s/d
Hígado de res o pollo	5,6	5
Verduras hojas cocidas	6,1	8
Pan	6,1	8
Arroz	6,2	6
Polenta	6,5	6
Queso	6,6	6
Pasta	6,8	8
Huevo entero	7,2	12
Tomate	7,9	10
Lenteja	8,6	s/d
Soja	8,8	s/d

En el Conurbano de Buenos Aires, Piazza N.¹² Encontró en una muestra de niños que consultaban por demanda espontánea a un Hospital del Gran Buenos Aires que el promedio de edad en la que los niños introducían sus primeros alimentos fue de 4.4 + 1.5 meses sin diferenciación entre niveles sociales. Los principales alimentos elegidos en los primeros meses de vida fueron frutas (61%), papillas sin gluten (54.5%), con gluten (52%) y yogur (62.2%). El consumo de gaseosas y jugos artificiales fue de 55% y de “productos de copetín” de 78%.

Los estudios, CLACyD y Tierra del Fuego se realizaron en forma retrospectiva interrogando acerca del momento de introducción de alimentos. Si se analiza en un corte transversal la composición de la dieta de niños de 1 ó 2 años de edad mediante la frecuencia de aparición de los alimentos que constituyen la dieta “de un solo día” (el número de veces que un alimento es mencionado por los encuestados) en toda una población se puede obtener un panorama de lo que podría denominarse la “dieta habitual” en los menores de dos años. En el cuadro 5 se describe la frecuencia de mención de distintos alimentos en el grupo de niños menores de dos años encuestados por el método de 24 horas en ocasión del Diagnóstico de Salud y Nutrición del Proyecto Tierra del Fuego. Se han clasificado los alimentos más frecuentemente mencionados de acuerdo con un criterio arbitrario de calidad considerando la digestibilidad y el aporte de otros micronutrientes además de la energía. Puede observarse que la totalidad de los alimentos referidos en el cuadro representan prácticamente el 70% de las menciones de las madres y que la mitad de ellos corresponden a alimentos de pobre calidad nutricional como el puré de papa, de zapallo, el pan y galletitas, las gaseosas y jugos artificiales.

Cuadro 5

Frecuencia de mención espontánea de alimentos en el recordatorio de 24 horas en la muestra de niños de 1 a 2 años de edad. Tierra del Fuego

Alimento	Frecuencia	Calidad
Leche entera	14,1	+++
Azúcar	12,7	-
Jugos artificiales	6,2	-
Galletitas	5,4	++

Pan	4,7	++
Carne	3,5	+++
Manzana	3,1	+
Aceite y manteca	3,1	-
Sopa de fideos	2,4	-
Gaseosas	2,2	-
Cacao	2,2	-
Yogur y postres lácteos	2,2	+++
Zapallo y/o zanahoria	1,7	+
Leche de madre	1,6	++++
Papa o puré	1,6	++
Banana	1,17	+
Gelatina	0,9	-
Arroz	0,87	++

* El criterio de calidad es arbitrario y surge de la comparación de micronutrientes y su biodisponibilidad.

Puede concluirse que la introducción de los primeros alimentos sucede para el promedio de los niños en estudios representativos y en contextos geográficos muy diferentes de nuestro país en el período comprendido entre los 3 a 6 meses de edad. Este momento de introducción es temprano si se consideran los distintos cuerpos normativos sobre el tema como por ejemplo, las Guías Alimentarias para América Latina, las Recomendaciones para menores de 6 años en Argentina, los Lineamientos para la alimentación del niño menor de dos años de la provincia de Buenos Aires y las recomendaciones de OMS-UNICEF.

Los alimentos preponderantes en la alimentación de nuestros niños en distintos contextos geográficos en los primeros meses son las hortalizas (como el puré de zapallo y zanahoria), los cereales infantiles, las frutas como la banana y la manzana y los lácteos como yogures y postres sobre la base de leche. Posteriormente se incorporan carnes, vísceras y huevo. Como se verá a continuación, la densidad energética y nutricional de algunos de estos alimentos dista mucho de las recomendaciones nutricionales para niños de esta edad siendo difícil que un niño amamantado pueda satisfacer su demanda de crecimiento. El momento de introducción de semisólidos es más temprano en los hogares más pobres así como también es menor la duración de la lactancia materna exclusiva. Cabe especular que en estos niños el riesgo de desacelerar el crecimiento como consecuencia de carencias de nutrientes críticos para el crecimiento sea mayor.

El concepto de alimento complementario ideal

En términos generales el volumen de secreción de leche de madre se ajusta durante los primeros meses de la vida a las necesidades energéticas y nutricionales del niño. Desde una perspectiva nutricional, podría considerarse que la oportunidad para la introducción de alimentos distintos de la leche materna (semisólidos o sucedáneos) está determinada por el momento en el cual las necesidades nutricionales mayores de un organismo en crecimiento no pueden ser satisfechas por la oferta de leche de madre que en algún momento llega a una meseta en función del tiempo.

Un análisis teórico sencillo es analizar en qué momento la leche humana requiere complementación con semisólidos. Por ejemplo, si se consideran las tablas de crecimiento normal del Comité de Crecimiento y Desarrollo de la Sociedad Argentina de Pediatría, las

necesidades de energía por Kg de peso para menores de 6 meses de las FAO/OMS, el volumen de ingesta promedio de leche de madre recopilado por Butte ¹³ en la revisión de las recomendaciones de energía para niños y la composición promedio de la leche humana (Handbook #8 USDA) ¹⁹ se puede observar en el cuadro 6 el momento en el cual sería necesario contemplar otros alimentos. Resulta natural desde esta perspectiva que los niños que crecen en los percentilos superiores necesiten de la introducción de otros alimentos antes que los niños que crecen en los percentilos más bajos. Sin embargo, la experiencia clínica de numerosos estudios en terreno demuestra que la introducción temprana de alimentos complementarios no sólo no se asocia con mayor velocidad de crecimiento sino que por el contrario lo disminuye.

¿Por qué falla este análisis teórico del momento oportuno de introducción de semisólidos?. En primer lugar porque los patrones de referencia de crecimiento (tanto los de la OMS como los de nuestro país) están contruidos sobre la base de niños (algunos de ellos que fueron alimentados con fórmula) que presentan un crecimiento diferente (son más pesados, pero no más largos) que los niños alimentados al pecho. En segundo lugar porque se ha demostrado que el gasto metabólico basal y probablemente la eficiencia de crecimiento en los niños alimentados al pecho es diferente de aquellos que reciben fórmula y en consecuencia las recomendaciones de energía podrían ser algo menores. Finalmente, la producción de leche de madre se adapta a la demanda, por lo tanto los niños que crecen más, demandan una mayor producción de sus madres. Una demostración de esta adaptación de volumen es el amamantamiento exitoso de gemelares, las amas de leche que lograban criar no sólo a sus hijos sino a otros niños, etc. Pero, independientemente de estas importantes consideraciones, resulta razonable pensar que los niños con un mayor potencial de crecimiento están más expuestos a cualquier condición que limite la plena producción de leche de madre especialmente en el período de ablactación (por ejemplo la introducción de alimentos con baja densidad energética), o que aumente sus requerimientos (por ejemplo una intercurencia infecciosa). Una segunda conclusión es la dificultad de establecer un momento fijo de inicio de los semisólidos que sea igualmente oportuno para todos los niños. Como sucede en muchas otras variables relacionadas con el desarrollo, el período óptimo, más que un momento, adopte la forma de intervalo y es probable que con variaciones individuales dependiendo de la velocidad de crecimiento y la producción láctea de la nodriza, y se encuentre alrededor de los 6 meses de edad.

Si la deficiencia relativa de energía es probablemente el determinante del inicio de la incorporación de semisólidos, las proteínas (especialmente la cantidad de nitrógeno total) constituyen un factor de importancia en los niños amamantados. Puede observarse que un niño que crece en el percentilo 97 de peso y que recibe el promedio de leche de madre cae entre el 4to al sexto mes del 81% a 65% de adecuación energética mientras que en proteína cae de 65% a 52%. Éste ha sido el fundamento de una de las recomendaciones pediátricas de jerarquizar en los niños alimentados al pecho los alimentos ricos en proteína de alta calidad nutricional, mientras que en los alimentados con leche de vaca o con fórmulas de continuación, la de jerarquizar los alimentos ricos en energía ¹⁴.

Cuadro 6

Porcentaje de adecuación a las recomendaciones nutricionales de energía y proteína de niños que reciben al sexto mes 935 ml de leche de madre

Edad	Peso (SAP)		% de RDA energía		% de RDA proteína	
	Pc 3 Kg	Pc 97 Kg	Pc 3 %	Pc 97 %	Pc 3 %	Pc 97 %
4 meses	5	8	130	81	104	65
5 meses	5,5	8,7	118	74	94	59
6 meses	6	10	108	65	86	52

Por cierto que muchos, muchísimos niños, crecen más allá del sexto mes en los percentilos más altos -aún considerando las tablas actuales que son más exigentes que las de niños amamantados-exclusivamente alimentados con leche materna. Seguramente que el volumen de la leche de madre en estos niños se ajusta apropiadamente a su crecimiento. Pero es probable que cuando, ya sea por indicación médica inapropiada o simplemente por hábitos alimentarios basados en un sistema de creencias erróneo, se introducen alimentos de pobre calidad tempranamente (y la evidencia epidemiológica muestra que sucede en aproximadamente 50% de nuestra población), los niños que tienen un elevado potencial de crecimiento se encuentran en mayor riesgo de desacelerar su crecimiento por efecto de las primeras papillas. Si se suma el efecto deletéreo de la diarrea, de cuadros infecciosos más frecuentes, de la posible carencia de ciertos nutrientes específicos esenciales para el crecimiento puede comprenderse uno de los componentes postulados para explicar la dinámica del retraso crónico de crecimiento tan frecuente en los sectores más pobres de nuestro país. No debe sorprender que la edad en la que se evidencia esta desaceleración del crecimiento sea precisamente la de introducción de semisólidos.

Figura 4

Modelo teórico de la alimentación complementaria



El modelo de la figura 4 tomado de Greiner, expresa en función del tiempo la transición de la satisfacción de las necesidades nutricionales desde el nacimiento hasta la incorporación a la mesa familiar. Durante el primer período (1) la leche materna satisface la totalidad de las necesidades. Estos primeros alimentos tendrían una función educativa en lo referente al aprendizaje de la deglución de semisólidos y al reconocimiento de nuevas texturas y sabores (2) y paulatinamente cobrarían mayor importancia hasta el destete definitivo y la incorporación a la dieta familiar (3). El concepto de alimentos complementarios surge claramente del esquema en alusión al carácter “complementario” de la dieta para sumarse a la lactancia en la satisfacción de las necesidades nutricionales. Veamos a continuación algunas de las características que deben satisfacer los mismos.

Aporte energético:

Obviamente que el aporte energético de los alimentos complementarios dependerá de la velocidad de crecimiento y la producción de leche materna. En el cuadro 7 se resumen las necesidades de energía propuestas por Brown¹⁵ sobre la base de la ingesta de niños amamantados en distintos estudios provenientes de países en vías de desarrollo ⁽¹¹⁾.

Cuadro 7

Energía (Kcal) requerida de alimentación complementaria para niños en países en desarrollo (Tomado de referencia 11)

Grupo de edades (meses)	Energía aportada por leche materna (a-b)			Energía requerida por alimentos complementarios (c-d)		
	Ingesta de leche materna			Ingesta de leche materna		
	Bajo	Mediano	Alto	Bajo	Mediano	Alto
0-2	279	437	595	125	0	0
3-5	314	474	634	236	76	0
6-8	217	413	609	465	269	73
9-11	157	379	601	673	451	229
12-23	90	346	602	1002	746	490

- a) Para el grupo de edades de 0-2 y 3-5 meses, energía aportada por la leche materna de niños alimentados exclusivamente a pecho; y para niños de más de 6 meses de edad estos valores reflejan la energía ingerida de la leche materna prescindiendo del modo de alimentación (combinación de ambos modos de alimentación en todas las categorías).
- b) Las categorías Bajo, Mediano y Alto corresponden a la energía aportada por la ingesta de leche materna siendo: Bajo (Medio - 2SD), Mediano (Medio) y Alto (Medio + 2SD)
- c) Energía requerida de alimentación complementaria calculada por diferencia, requerimiento de energía menos energía aportada de la leche materna.
- d) Las categorías Bajo, Mediano y Alto corresponden a la energía aportada por la ingesta de leche materna como se expresa en b).

Esta es una base teórica para estimar la magnitud del aporte energético de los alimentos complementarios y la densidad energética, volumen y frecuencia de las raciones son factores a considerar al definir la calidad de la alimentación complementaria.

Densidad energética de los alimentos del primer año

La densidad energética de un alimento, o de una dieta en general, expresa el cociente entre su valor energético y su volumen o peso.

Como el volumen de la dieta ingerida es una función del volumen de cada alimento y del número de raciones ingeridas, es natural que la densidad energética de los alimentos dependa tanto del número de veces que se ofrezcan los semisólidos como de la meta energética que se proponga alcanzar con la alimentación complementaria (es decir de la diferencia entre percentil de crecimiento y percentil de producción de leche materna)

Brown, Allen y Dewey ⁽¹⁾ han propuesto una guía orientativa de las densidades energéticas mínimas de los alimentos complementarios en el contexto de los países en desarrollo.

Cuadro 8

Estimación de densidad de energía (kcal/100g) requerida para alcanzar diferentes niveles de ingesta de energía con 3, 4 y 5 raciones diarias

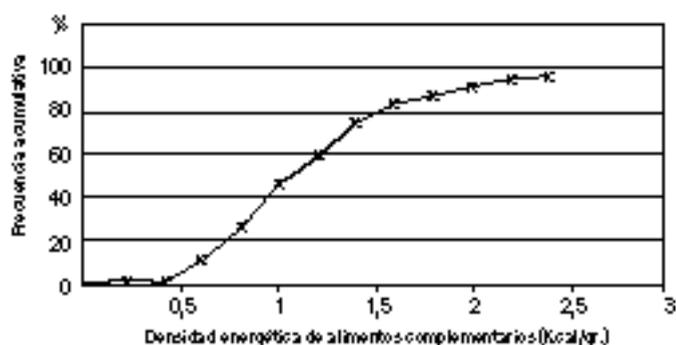
Nivel de ingesta a alcanzar con semisólidos (kcal/kg/d)	Frecuencia de comidas (por día)		
	3	4	5
71	46 ⁽¹⁾	-	-
76	49	-	-
81	52	-	-
95	61	48	43
102	65	52	47
108	71	56	51
119	92	63	59
127	106	69	64
135	121	83	69

(1) Densidad energética= Kcal de la ración / Vol en gr. de la ración

Al estimar que sucede en nuestros niños se puede observar que en términos generales los alimentos que caracterizan la alimentación del primer año tienen una muy baja densidad energética. En la figura 5 se observa que en la encuesta de Tierra del Fuego poco más del 60% de los niños alcanzan una densidad mayor de 1 Kcal/gramo de alimento.

Figura 5

Densidad energética en lactantes Tierra del Fuego



Se sabe que la ingesta energética de lactantes alimentados al pecho es algo menor que la de los niños que reciben fórmula, tanto porque el crecimiento de los niños es menor como por la disminución de la tasa metabólica y mayor eficiencia determinadas por la leche de madre. La ingesta energética diaria no pareciera ser un factor crítico en el compromiso del crecimiento del primer año de vida¹⁷. Un reciente estudio colaborativo longitudinal el NCRP¹⁸ desarrollado en tres comunidades de países en vías de desarrollo (Kenia, México y Egipto) demostró que la falla de crecimiento de los niños ocurría aún a pesar de tener una ingesta energéticamente adecuada. Es mucho más probable que la ausencia de otros nutrientes (proteína total, aminoácidos esenciales, micronutrientes) puedan ser al menos parcialmente responsables de que un niño no exprese todo su potencial de crecimiento postnatal. Es también probable que otros factores que confluyen en el escenario de la pobreza y marginalidad social puedan potenciar estas deficiencias. Por ejemplo, la infección crónica, secundaria a alimentos y agua contaminados y/o a un hábitat sin las mínimas condiciones de saneamiento ambiental pueden aumentar

las necesidades nutricionales (aumento de la síntesis de los denominados reactantes de fase aguda, mayor necesidad de aminoácidos esenciales, mayores pérdidas de zinc, aumento de la tasa metabólica basal, etc.) y las deficiencias marginales de micronutrientes condicionar el retraso de crecimiento mientras que en condiciones más favorables estos niños podrían mantener una velocidad de crecimiento adecuada.

Golden ha propuesto una interesante clasificación de los nutrientes de acuerdo con su importancia para el proceso del crecimiento. Los nutrientes que conforman una parte estructural de las células y tejidos y cuya deficiencia detiene el crecimiento (energía, nitrógeno total, nitrógeno esencial, zinc, fósforo y sodio) conforman los que él denomina nutrientes del grupo II. El resto de los nutrientes entre los que se encuentran el hierro y la mayoría de las vitaminas conforman el grupo I.

Algunos de estos nutrientes como el caso de los aminoácidos esenciales (especialmente los azufrados y el zinc) dentro de los del grupo II y el hierro dentro del grupo I tienen un comportamiento en el modelo teórico planteado diferente del de la energía (figura 6).

Figura 6

Las necesidades de algunos nutrientes pueden no ser proporcionales a las de energía



Por lo tanto los alimentos del destete tendrían que satisfacer una mayor proporción de ellos que la equivalente a la necesidad complementaria de energía. En el caso de las proteínas se ha mencionado tradicionalmente que la leche de madre es proporcionalmente más rica en aminoácidos esenciales. Hecho que es cierto. Sin embargo, se ha demostrado que las necesidades de proteína total y esencial se hacen limitantes antes que las de energía (cuadro 6). El zinc y el hierro disminuyen su biodisponibilidad en alimentos diferentes de la leche de madre (esa es la razón por la que aumenta su RDA). Independientemente de la causa, estos nutrientes deberían estar en una proporción mayor en los alimentos complementarios (en términos de densidad energética) que la proporción en la que se encuentran en la leche materna .

Como se verá a continuación, cuando se aumenta la densidad energética de una papilla con aceite disminuye la densidad nutricional del resto de los nutrientes importantes para el crecimiento.

La calidad de los primeros alimentos más habitualmente utilizados en nuestro país

Del análisis de los estudios encuestales antes mencionados surge claramente que en nuestra cultura los purés de hortalizas constituyen uno de los principales alimentos durante el primer año de vida. Los purés, como los yogures, quesos blandos en general

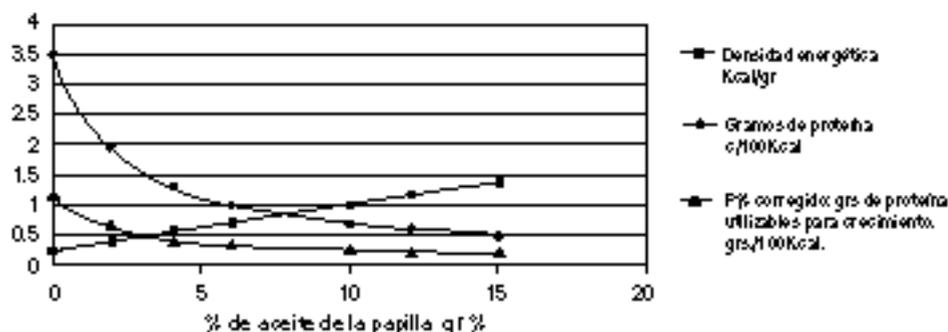
y postres lácteos, los cereales, almidones y harinas reconstituidos tanto con agua como con leche y las frutas son las primeras alternativas porque permiten la preparación de alimentos de consistencia semisólida, ricos en agua que facilitan el proceso de transición de la alimentación exclusivamente líquida a la dieta variada de la mesa familiar. Es probable que la consistencia, la disponibilidad, el prestigio social, las costumbres, la publicidad y la opinión médica jueguen un papel más importante en la selección de estas alternativas que el análisis de su valor nutricional.

Si se considera un puré de calabaza -preparación usualmente recomendada por los pediatras como parte del tradicional "puré amarillo"- la proporción de proteína cada 100 Kcal es de 3,6 g, superior al valor de la recomendación de 2,2 g% (Cuadro 1) (línea superior de la figura 7). Pero la densidad energética (■) del puré de calabaza hidratado es muy baja (0,2 Kcal por gramo de alimento). Si se enriquece -como es la práctica habitual mediante el agregado de aceite- la densidad de proteína disminuye proporcionalmente (●).

Puede observarse que cuando el puré de zapallo es preparado con 3% de aceite la densidad proteínica cae por debajo de la RDA (1,5 gr proteína c/100 Kcal). Es decir que el alimento aporta suficiente energía por unidad de volumen pero con una cantidad insuficiente de nitrógeno. Como la proteína de la calabaza es de pobre calidad nutricional porque es relativamente carente en los aminoácidos azufrados metionina y cisteína que se encuentran al 33% de la concentración por gramo de nitrógeno de la proteína ideal, la curva de decaimiento de la proteína - corregida por su cómputo químico- es aún mucho mayor como se muestra en la línea inferior del citado gráfico (▲).

Figura 7

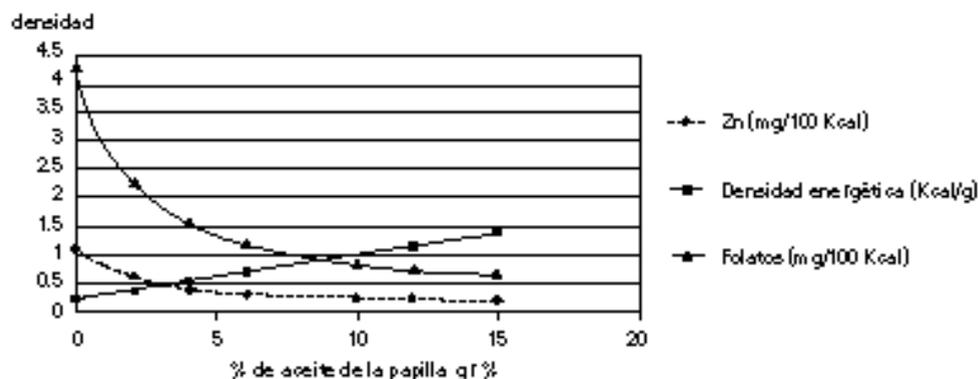
Densidad energética y proteínica del puré de calabaza acorde a concentraciones crecientes de aceite



En forma similar puede analizarse el ejemplo del zinc y del ácido fólico (figura 8).

Figura 8

Densidad energética, de zinc y de ácido fólico del puré de calabaza acorde a concentraciones crecientes de aceite



Cuadro 9

Calidad de la ingesta proteínica en los niños menores de dos años
Encuesta de Tierra del Fuego

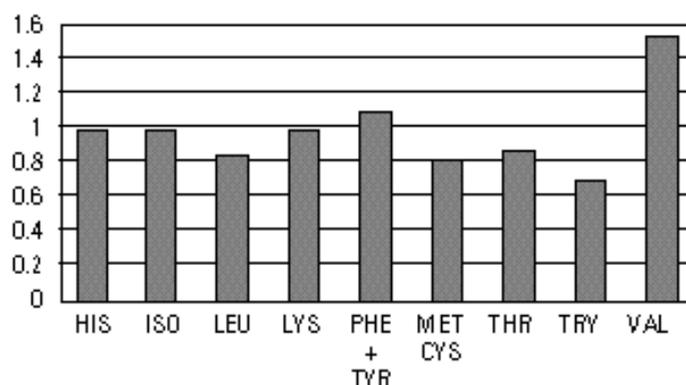
Aminoácido	Ingesta media de AA (mg/g de proteína / día)	DE.
HIST	26	4
ISO	47	7
LEU	79	14
LYS	66	11
PHE + TYR	79	11
MET + CYS	34	4
THR	37	5
TRY	11	2
VAL	53	8

Si se compara la ingesta de AA expresada en mg por gramo de proteína consumida y se la relaciona con las necesidades de AA para cada edad se obtiene una medida de la calidad de la mezcla de AA esenciales conocida como cómputo químico. Al aminoácido que se encuentra en menor proporción se lo denomina AA limitante y este valor suele utilizarse como una aproximación de la cantidad de proteína disponible para la síntesis de tejidos y para crecer. Los AA limitantes en los niños de 1 a 2 años de la Encuesta de Tierra del Fuego fueron el triptófano (67%), los AA azufrados metionina y cisteína que comparten una misma vía metabólica (81%) y la treonina (84%). Es decir que podría utilizarse como proteína de alta calidad (la que contiene la combinación ideal de AA esenciales), sólo 0.67 gramos, por cada gramo de proteína ingerida.

Es interesante especular acerca del posible papel de la deficiencia relativa de AA azufrados en razón de que estos son utilizados para la síntesis de mucoproteínas como las que se segregan en alta proporción durante los episodios de infección y de ciertas parasitosis intestinales que se asocian con retraso crónico del crecimiento.

Figura 9

Aminoácido limitante en menores de 2 años en Tierra del Fuego



Tradicionalmente se ha considerado que la deficiencia de proteína no es una carencia esperable en nuestra población. Sin embargo, es probable que la calidad de la proteína en los niños pequeños durante el período de introducción de alimentos no sea la óptima hasta ahora pensada.

Si se corrige el porcentaje de adecuación a las necesidades de nitrógeno con un factor de 0.67 (TRY) se observa que 15% de los niños se encuentran por debajo de la ingesta mínima recomendada de proteína. Es probable que para la mayoría de ellos este hecho carezca de significado biológico en razón de que la ingesta recomendada considera un valor mayor que el de las necesidades reales. Pero es razonable pensar que una proporción de niños puede estar en riesgo de deficiencia si entre los alimentos que complementan la lactancia materna no se incluyen tempranamente fuentes de proteína animal como los lácteos, carnes, vísceras y huevo. A excepción de los derivados de la leche y del yogur (cuya tendencia de utilización es mayor cuando se los compara con la Encuesta del Gran Buenos Aires) los datos encuestales demuestran una fuerte tendencia a la incorporación de alimentos ricos en proteína de alto valor biológico muy tardíamente en el primer año de vida.

Desnutrición Oculta

¿Es realmente tan oculta o simplemente no queremos mirarla?

La OMS y la UNICEF han definido como desnutrición o hambre oculta a un conjunto de carencias específicas de micronutrientes que se caracterizan por ser altamente prevalentes, de importancia en la salud infantil y que requieren de cierta instrumentación para su diagnóstico. Las más importantes y reconocidas son la deficiencia de hierro, de iodo y de vitamina A. Aunque podrían considerarse también a otros micronutrientes importantes para el desarrollo infantil como por ejemplo el zinc, algunas vitaminas del grupo B como la riboflavina, el ácido fólico y probablemente los ácidos grasos esenciales.

La transición nutricional de la región, y particularmente en nuestro país se caracteriza por la disminución de la desnutrición aguda o protéino-energética (emaciación), un aumento de la obesidad y cifras relativamente estables de retraso crónico de crecimiento y especialmente de desnutrición oculta^{20,21}.

La deficiencia de hierro ha sido ampliamente documentada en diferentes estudios en nuestro país que demuestran que su prevalencia en la población menor de dos años asume un valor entre

30% y 60% de la población convirtiéndola en la principal carencia nutricional de nuestros niños. Por su importancia en términos de frecuencia poblacional como por las consecuencias sobre el estado de salud y desarrollo infantiles la deficiencia de hierro merece un apartado especial dentro del contexto de la desnutrición oculta.

La deficiencia de hierro como paradigma de la desnutrición oculta en los primeros dos años de la vida

Ya sea porque la Argentina se ha caracterizado por poseer uno de los consumos más altos de carne en el mundo, o por la ausencia de encuestas nutricionales nacionales, la deficiencia de hierro no ha sido considerada sino hasta hace poco más de una década -ni por médicos ni por autoridades sanitarias- como un problema de salud prevalente en nuestro país. Muy pocos países en América Latina - entre los que lamentablemente se encuentra el nuestro-, no tienen una legislación sobre fortificación obligatoria de alimentos básicos con hierro. Sí existen recomendaciones (en el ámbito científico y normativo) para la administración de hierro medicinal a lactantes y mujeres embarazadas (Ministerio de Salud y Acción Social, 1986) que con distinto grado de cumplimiento se han integrado a las normas asistenciales de prácticamente todo el país. La Sociedad Argentina de Pediatría ha avalado mediante una recomendación de su Comité de Nutrición la suplementación medicamentosa como estrategia para la prevención de la deficiencia de hierro, desde 1983 Sin embargo la eficacia de estas acciones a la luz de los resultados encuestales debería ser puesta seriamente en dudas.

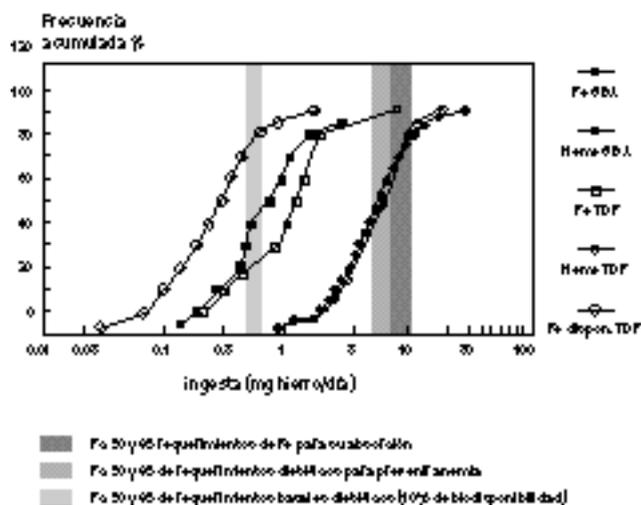
A fines de los '70 la OPS brindó apoyo a una encuesta nutricional en las provincias del noroeste caracterizadas por un alto grado de necesidades básicas insatisfechas y pobreza. A pesar de que lamentablemente la mayor parte de la información nunca fue publicada, se demostró una elevada prevalencia de anemia y una baja ingesta de hierro en prácticamente todas las edades y grupos biológicos²². Desde entonces se han realizado distintas investigaciones con el propósito de definir la importancia y las características de la anemia ferropénica en nuestro país. Tres de ellas -realizadas por CESNI con una metodología similar- permiten describir el patrón de ingesta de hierro de lactantes en ámbitos geográficos muy dispersos: El Gran Buenos Aires (GBA), Misiones (Mis) y Tierra del Fuego (TDF).

La prevalencia de anemia en los niños de 8 a 24 meses oscila entre 24% en Tierra del Fuego y 55% en Misiones. Prácticamente todos los casos fueron leves con valores de hemoglobina entre 10 y 11 g/dl. Aunque el riesgo relativo de padecer anemia fue 1.6 (GBA y MIS) y 3.4 (TDF) más alto en los niños pertenecientes al nivel socioeconómico más bajo, puede concluirse que la anemia afecta a todos los niños sin distinción de clases, ni de ubicación geográfica, o grado de urbanización.

En estos tres estudios mencionados la ingesta de hierro se evaluó mediante el método del recordatorio del 24 horas y se estimó la biodisponibilidad de hierro mediante la ecuación de Monsen²³. La ingesta de hierro fue baja en los tres estudios, con medias en el intervalo de 4 a 5.9 mg de hierro total por día (para una ingesta recomendada de hierro a esta edad de 10 mg/día). La ingesta de hierro total y de hierro biodisponible fue similar en los estudios de Gran Buenos Aires y en Tierra del Fuego y levemente más alta que la observada en la provincia de Misiones. Independientemente de estas pequeñas diferencias en los promedios de consumo, el 90% de los niños de los tres estudios tenía una ingesta de hierro inferior a 10 mg/día (recomendación para poblaciones con ingestas de hierro de biodisponibilidad moderada) y más del 96% de la población no ingería más de 15 mg/día (recomendación para poblaciones con una ingesta de hierro de biodisponibilidad baja).

Figura 10

Ingesta de hierro total, hierro total biodisponible y hierro heme en niños de 9 a 24 meses (GBA 1985 TDF 1995)



En la Figura 10 puede observarse la frecuencia acumulada de la ingesta de hierro total, hierro heme y hierro biodisponible en Gran Buenos Aires y Tierra del Fuego. El comité FAO/OMS elaboró las recomendaciones nutricionales tomando en consideración las necesidades factoriales de hierro y las expresó en forma percentilar estableciendo dos niveles de ingesta: a) para mantener los depósitos corporales de hierro repletos y por consiguiente con una absorción diaria menor (recomendaciones basales) y b) para satisfacer las mínimas necesidades diarias con depósitos deplecionados con una absorción intestinal mayor (recomendaciones para prevenir anemia). En los 10 años que median entre ambos estudios no se evidencian cambios en el perfil de ingesta de hierro. Puede observarse que el 90% de los niños tiene una ingesta menor al percentil 5 de las recomendaciones basales y que 60% tiene una ingesta menor al percentil 95 de las recomendaciones basales. Si se considera la distribución acumulada de la ingesta de hierro biodisponible puede observarse en la misma figura que el 80% y 90% de los niños no satisface el percentil 5 y 95 de las necesidades diarias de hierro respectivamente.

La comparación entre los resultados de Tierra del Fuego y Gran Buenos Aires es interesante desde distintas facetas. En primer lugar representan ciudades con el mismo estilo de vida y alimentación, pero como ya fuera comentado, diferentes en su estructura social y acceso al sistema de salud. En segundo lugar entre ambos estudios median 10 años en los cuales se desarrolló una mayor concientización médica por la deficiencia de hierro. Un claro indicador de ello es lo que acontece con la suplementación de hierro medicamentoso. Mientras que en el Gran Buenos Aires y Misiones alrededor del 90% de las madres reconocieron no haber administrado hierro por más de 3 meses a sus hijos, en Tierra del Fuego alrededor del 88% de las madres aseguraron exactamente lo contrario (Cuadro 9).

Cuadro 9

Duración de la suplementación con hierro en meses (referido por las madres)
Gran Buenos Aires, Misiones y Tierra del Fuego

Duración de la suplementación	GBA	MIS	TDF
0 a 3 meses	75 %	82 %	27 %
4 a 8 meses	5 %	6 %	13 %
9 a 12 meses	20 %	12 %	60 %

En los estudios de Gran Buenos Aires y Misiones la introducción temprana de leche de vaca se asoció significativamente con el riesgo de padecer anemia. Mientras que en Tierra del Fuego, a pesar de que el volumen de ingesta de leche de vaca y el momento de su introducción son similares, no pudo demostrarse asociación con el riesgo de desarrollar anemia.

Puede concluirse que la anemia está ampliamente extendida (geográfica y socialmente), que su principal causa es la deficiencia dietaria de hierro y que la suplementación medicamentosa ha sido ineficiente (ya sea por falta de indicación o de cumplimiento familiar) para evitar la depleción de los depósitos de hierro y la aparición de la anemia.

La anemia puede ser considerada parte de la “desnutrición oculta” en el sentido científico-nutricional del término, pero ciertamente que no ha estado “oculta” ni a los profesionales y sociedades científicas, ni a los medios de comunicación social, ni a los funcionarios de diferentes administraciones. En la pasada década se han publicado más de un centenar de referencias periodísticas en medios sociales de comunicación y estudios focales realizados en grupos de madres han demostrado su reconocimiento como primer problema nutricional en la infancia²⁴.

La anemia por deficiencia de hierro es el ejemplo más contundente sobre el potencial impacto y óptimo costo-beneficio de un programa de fortificación. Inexplicablemente, junto con Uruguay y Brasil nuestro país es todavía el único en la región de las Américas al que le resta implementar una legislación apropiada para erradicar esta carencia con importantes consecuencias sobre la salud y desarrollo intelectual infantil; a pesar de que existen estudios técnicos sobre su factibilidad y análisis del costo-beneficio presentados para su tratamiento legislativo²⁵. Este aspecto se retomará un poco más adelante al referirnos a las estrategias de fortificación.

Otros micronutrientes en riesgo de ingesta inadecuada en el grupo de uno a dos años

Existe muy poca información encuestal disponible sobre la ingesta de micronutrientes en este grupo etáreo. Se puede observar en las distribuciones de frecuencia acumulada de ingestas, expresadas como porcentaje de las RDA, elaboradas sobre la base de la Encuesta de Tierra del Fuego que el zinc, folatos, vitamina C, calcio, vitamina A y riboflavina presentan ingestas marginales para un grupo importante de niños. Cuadro 9, anexo 1.

Cuadro 9

Porcentaje de la población que no satisface la recomendación de algunos micronutrientes. Encuesta Tierra del Fuego

Nutriente	% de la población de niños de 1 a 2 años que no cubre el 100% de RDA
Zinc	80%
Calcio	90%
Vitamina A	50%
Folatos	40%
Vitamina B2	25%
Vitamina C	80%

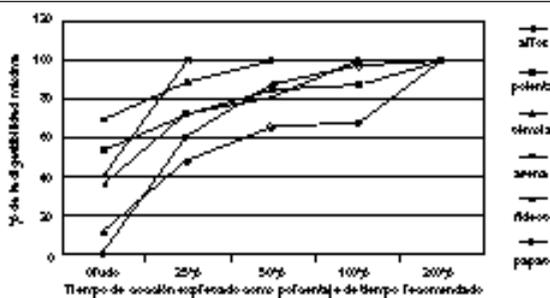
El problema de la digestibilidad de los primeros alimentos

Al considerar las recomendaciones nutricionales se asume que la digestibilidad de todos los macronutrientes es 100%. Sin embargo, durante el primer año de vida las enzimas -especialmente pancreáticas- se encuentran aún en pleno proceso de maduración y en consecuencia la capacidad del aparato digestivo para alimentos distintos de la leche materna es menor que la de un niño mayor o un adulto. La amilasa, las lipasas, las distintas proteasas en general y la concentración de sales biliares tienen una actividad menor al 50% al cuarto mes de vida, lo que puede condicionar un menor porcentaje de absorción de alimentos no lácteos.

La digestibilidad de los almidones, alimentos que proveen alrededor del 30-50% de la energía, está determinada por numerosos factores. Algunos dependen de las características del grano del que son obtenidos, el porcentaje de amilosa y amilopectina, el tipo de molienda o tratamiento de calor o de presión durante su industrialización, etc. Estos factores son importantes para adecuar la selección de los primeros alimentos. Otros factores dependen de la cocción o en las frutas, del grado de maduración.

Por ejemplo puede observarse en el gráfico 11 la modificación de la digestibilidad in-vitro de alimentos habitualmente utilizados en nuestro medio para la alimentación de lactantes²⁶. La técnica y forma de cocción en esta experiencia fue similar a la que las madres están acostumbradas a utilizar y los tiempos de cocción surgen de las recomendaciones del rótulo del envase (para el puré de papas se utilizó un tiempo de 20 minutos). Puede observarse que la digestibilidad (expresada como porcentaje de la digestibilidad máxima) varía de acuerdo al tiempo de cocción. Por ejemplo si el arroz es cocinado al 50% del tiempo recomendado su absorción es menor del 25%, mientras que si se lo hierve el doble de tiempo su digestibilidad aumenta significativamente. Otros almidones como el de la papa son poco digeribles si se los cocina menos pero no aumentan su digestibilidad in vitro con mayores tiempos de cocción.

Figura 11



Digestibilidad in vitro de almidones en alimentos de uso infantil

Otro factor de utilidad práctica que modifica la digestibilidad de los almidones en las frutas es el tiempo de maduración. Por ejemplo la banana que modifica la proporción de azúcares simples de acuerdo con el grado de maduración (cuadro 10).

Cuadro 10

Digestibilidad de la banana de acuerdo con el grado de maduración

Carbohidrato	Grado de maduración por el color de la cáscara		
	Verde	Amarilla	Muy madura
Almidón	82%	26%	3%
Azúcares	7%	63%	88%

¿Qué puede hacerse para mejorar la calidad nutricional de la dieta infantil?

1. Promover la lactancia materna

La promoción de la lactancia materna requiere de la definición de objetivos y estrategias de comunicación médica y social efectivas y universales a todos los ámbitos y sectores socioeconómicos. Es probable que los factores que condicionan el abandono temprano sean diferentes en los distintos sectores de la sociedad. Por ejemplo, en Buenos Aires, en mujeres de clase media, con seguimiento pediátrico ni la demora en iniciar la succión, ni el uso de bebidas azucaradas durante la internación, ni la separación de la habitación durante los primeros dos días de vida se asociaron con el abandono temprano¹⁰, mientras que estas mismas condiciones en otros ámbitos han demostrado constituir un factor de riesgo de abandono de lactancia.

Técnicas de investigación cualitativa, marketing directo y otras estrategias utilizadas para la comercialización de productos y servicios han demostrado ser altamente efectivas para la promoción de artículos de consumo, algunos de ellos absolutamente superfluos. Con mucha más razón se podría esperar que fueran efectivas para un “producto” que se apoya no solamente en una tendencia natural de los mamíferos - la de amamantar- sino que además es más económico, saludable y tiene ventajas inigualables frente a cualquier otra forma de “competencia”. El sector salud debería trabajar en forma conjunta con profesionales de mercadeo y expertos en comunicación tanto para definir las motivaciones de los diferentes estratos sociales como para el diseño de campañas con un componente de comunicación técnicamente desarrollado. Obviamente que el costo de semejante iniciativa es elevado, pero las ventajas a corto y largo plazo de una lactancia exitosa son tan grandes que la ecuación costo/beneficio seguramente continúa siendo rentable.

Pareciera que el principal problema no lo constituye el inicio de la lactancia (que en todas las encuestas ha sido superior al 90%), sino el abandono temprano y la introducción precoz de otros alimentos, especialmente leche de vaca y menos frecuentemente otros sucedáneos. La capacitación médica y del equipo de salud y el cambio de algunos hábitos muy enraizados en nuestra población parecieran ser las estrategias más apropiadas. Aunque una legislación apropiada que favorezca condiciones que propicien que las madres puedan mantener la lactancia durante el horario de trabajo es deseable, sería necesario estudiar los posibles efectos colaterales sobre la disminución de la demanda laboral de mujeres en edad fértil. Es interesante señalar que tanto en Buenos Aires como en Tierra del Fuego las encuestas demostraron que la

lactancia no se vio afectada por la actividad laboral de las madres, no obstante este último aspecto merece mayor investigación.

2. Capacitar a los médicos y al equipo de salud en la alimentación del primer año

a) Necesidad de un cuerpo normativo consensuado y adecuado a los hábitos, posibilidades y necesidades de nuestros niños.

En el año 1992 la Organización Panamericana de la Salud le encomendó al CESNI la responsabilidad de organizar un taller regional con el propósito de elaborar un documento científico que permitiera la elaboración de "Guías de alimentación" para niños menores de 6 años en cada uno de los países de la región. Uno de los antecedentes de esta iniciativa es la descripción de la ausencia de criterios racionales en las pautas de alimentación de los niños menores de dos años²⁸. De este Taller - que se llevara a cabo en la Isla Margarita con el auspicio conjunto de la OPS/OMS, la Fundación Cavendes de Venezuela y el CESNI- surgió una publicación que resume las principales conclusiones y un libro recientemente editado por la Serie PALTEX de la PAHEF (Pan American Health Foundation, Washington DC)²⁹.

En el contexto de nuestro país y en seguimiento de esta iniciativa, la OPS y el CESNI, realizaron en la Ciudad de Buenos Aires un Taller subregional para motivar la preparación de Guías de Alimentación para los países del cono sur con participación de representantes oficiales de las principales asociaciones profesionales de nuestro país (Ministerio de Salud, Facultades de Medicina, Escuelas de Nutrición, Sociedad Argentina de Pediatría, entre otras).

Un año más tarde CESNI publica las "Recomendaciones para la alimentación de los niños menores 6 años", documento que sintetiza algunas de las pautas de las reuniones anteriormente citadas con los hábitos y creencias más arraigados en nuestra población. Recientemente el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires ha publicado los "Lineamientos para la alimentación del niño menor de dos años" y el PROMIN se encuentra en proceso de publicación de materiales de capacitación a distancia para los efectores del programa a nivel nacional con pautas para el proceso de alimentación temprana. Simultáneamente, el Comité de Nutrición de la Sociedad Argentina de Pediatría se encuentra preparando un "Consenso sobre las recomendaciones para la alimentación del niño hasta los dos años de edad".

Mientras tanto y próximos a enfrentar el desafío de un nuevo siglo, la ausencia de una normatización única de carácter práctico pero asentada sobre principios técnicos y los hábitos y posibilidades de nuestras familias, determinan un vacío sobre los criterios que los pediatras en formación adquieren en las escuelas de medicina y residencias médicas, las licenciaturas en nutrición en sus respectivas facultades, programas de residencia médica, enfermeras, agentes de salud, otros miembros del equipo de salud en general³⁰. No debe extrañar entonces que la alimentación de los primeros años -un período crítico para el crecimiento y desarrollo de los niños- sea diversa, plagada de falsas creencias e incongruencias como se ha visto en la primera parte de este documento.

Surge la necesidad de realizar un consenso, discutido en el más alto nivel científico, con la participación de diferentes disciplinas, sobre la base del conocimiento encuestal disponible, para diseñar un cuerpo normativo único, válido en el contexto nacional, con las pertinentes modificaciones regionales derivadas de la disponibilidad de alimentos o de pautas culturales, pero que responda a los mismos principios. Como se ha discutido a lo largo de todo este documento la calidad de la alimentación de los primeros años es trascendente y los resultados de las prácticas actuales -a juzgar por la prevalencia de retraso crónico de crecimiento y de carencias específicas de micronutrientes- no son promisorias.

Recién después de que exista un cuerpo consensuado y único podrá discutirse el segundo paso: su operativización.

Como se hacen operativas las Guías de alimentación: Desde la formación de los profesionales de la salud en pregrado, hasta la capacitación en servicio en las residencias o los programas de postgrado, existen numerosas oportunidades para la difusión de normas. Frecuentemente el tema de la introducción de semisólidos parece un tema banal, pueril, que se minimiza en los programas de residencia pediátrica y de formación de pregrado probablemente por desconocimiento de su importancia en el proceso de complementación de la lactancia materna. El PRONAP, cursos de actualización, la inclusión del tema en los congresos pediátricos y de nutrición, pueden ser estrategias apropiadas para la formación continua de los pediatras que actualmente ejercen la profesión.

3. Implementar estrategias de educación alimentaria para la utilización oportuna de alimentos caseros de adecuada calidad

Sobre la base de la información encuestal disponible pueden esbozarse algunos consejos prácticos para mejorar la calidad de la dieta infantil. Estos pueden difundirse para su incorporación como hábitos en la alimentación complementaria:

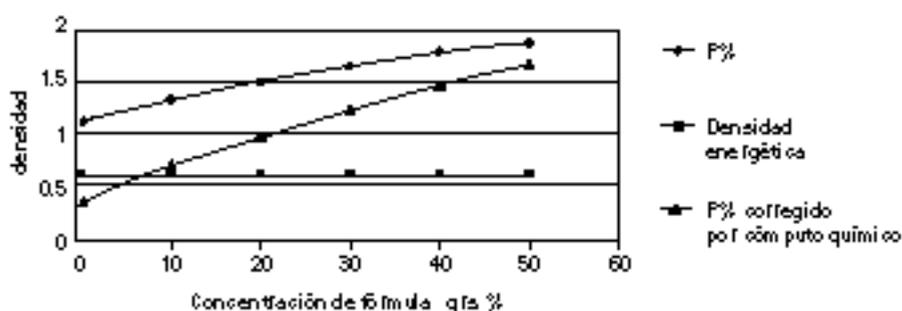
- Introducción temprana de carnes e hígado de vaca.
- Introducción y uso más extensivo de yogures y postres lácteos.
- Utilización de alimentos infantiles especialmente fortificados.
- Preparación de las papillas combinando hortalizas y cereales con fórmulas lácteas, hígado y pollo, carne o huevo.

Es probable que la mejor y más económica manera de disponer de adecuados alimentos complementarios para los primeros dos años de vida sea mediante el diseño de nuevos alimentos industrializados elaborados sobre la base de lácteos o de cereales adecuadamente fortificados. Sin embargo, es posible pensar también en algunas estrategias hogareñas, prácticas y seguras para la preparación de las papillas tradicionales con el propósito de mejorar su calidad nutricional.

Puede observarse en la figura 12 que cuando se enriquece el puré de zapallo con una fórmula láctea a diferencia de lo que sucede con el aceite (figura 7), la cantidad absoluta de proteína, el cómputo y en consecuencia la proporción de proteína utilizable para crecimiento aumentan proporcionalmente.

Figura 12

Densidad energética y proteínica del puré de calabaza con 5% de aceite acorde a concentraciones crecientes de fórmula



Alcanzar estas concentraciones de fórmula (10-20% del volumen) implica que en 100 gramos de puré de calabaza ya cocido se diluya el contenido de 2 a 4 medidas de fórmula en polvo. Para ello es conveniente que la madre diluya el polvo en un muy pequeño volumen de agua hasta formar una solución de consistencia semisólida.

Aunque la figura 12 muestra el aumento del valor de calidad proteínica del puré por el agregado de cualquier leche -sea fortificada o no- el cuadro 11 demuestra como al emplear una fórmula fortificada se obtiene mejor cobertura del resto de los micronutrientes en los cuales el zapallo es deficiente.

Cuadro 11

Porcentaje de satisfacción de las RDA según se complemente el puré de zapallo con aceite o con fórmula.

Nutriente	RDA	% de la RPA	
		zapallo con aceite (1)	Zapallo con fórmula 30% (2)
Energía	1000	102,9	109,5
Proteína	14	86,7	102,5
Calcio, Ca	600	58,9	72,6
Hierro, Fe	10	22,7	34,7
Magnesio, Mg	60	105,4	121,8
Fósforo, P	500	46,6	59,1
Zinc, Zn	5	47,8	59,8
Cobre, Cu	0,7	114,9	200,6
Manganeso, Mn	1	55,4	345,4
Vitamina A, RE	375	262,3	262,3
Vitamina C,	35	180,5	197,7
Tiamina	0,4	59,8	69,8
Riboflavina	0,5	121,9	145,9
Niacina	6	51,6	60,6
Acido pantoténico	3	92,9	102,9
Vitamina B-6	0,6	42,8	49,4
Folatos	35	223,9	241,0
Vitamina B-12	0,5	84,1	136,1

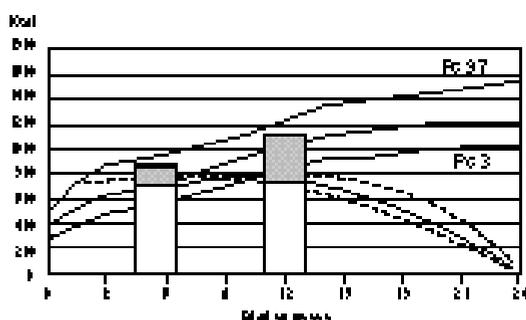
1. Zapallo con aceite al 10% en cantidad para satisfacer las RDA de energía (350 gramos día)
2. ídem pero con el zapallo enriquecido con 30% de fórmula infantil

El concepto de complementación

Tal como se definiera a la alimentación complementaria, como aquella que provee los nutrientes distintos de la leche que permiten alcanzar las necesidades nutricionales y promover un adecuado crecimiento y desarrollo, resulta claro que las características de los semisólidos podrán ser diferentes según el niño se encuentre recibiendo pecho u otro sucedáneo o leche de vaca.

Figura 13

Modelo conceptual del proceso del destete.
Necesidades energéticas (FAO-OMS 1985 y aporte promedio de LM)



La figura 13 recrea el concepto de complementación energética. El rectángulo superior expresa la necesidad de energía complementaria para alcanzar la RDA considerando el promedio de secreción de LM. Este valor no difiere en términos prácticos si un niño recibe leche de madre u otros sucedáneos en razón de que tienen densidades energéticas similares. Pero si se considera la RDA de proteína o de otros micronutrientes la composición de los alimentos complementarios deberá ser necesariamente distinta. Estas reflexiones llevaron a recomendar distintos esquemas alimentarios de acuerdo al patrón de lactancia hace más de una década, muchos de las cuales siguen siendo empleados por pediatras de distintos lugares del país³¹.

En el cuadro 12 se plantean objetivos y alternativas disponibles para alimentos complementarios de niños que reciben leche de madre, fórmula o leche de vaca como alimento básico.

Cuadro 12

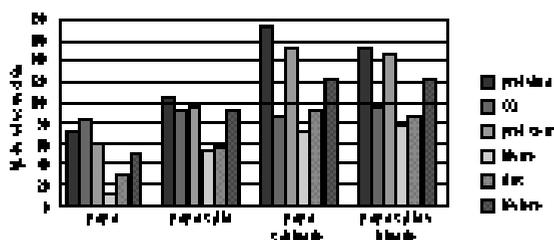
Esquemas para la selección de alimentos complementarios de acuerdo con el tipo de lactancia

	Objetivos	Alternativas
Leche de madre fortificados.	Demorar la introducción de otros alimentos. Brindar apoyo para una lactancia prolongada.	Utilización de alimentos Seleccionar yogures, postres lácteos y quesos blandos. Introducir tempranamente carnes e hígado. Preparar las hortalizas y cereales con fórmula. Suplementación con hierro.
Fórmula	Intentar continuar con la lactancia simultánea. Vigilar la seguridad del agua y la higiene durante la preparación. Supervisar la concentración.	Los alimentos deben tener adecuada calidad pero proteínas, zinc, hierro y micronutrientes no son tan críticos.
Leche de vaca	Promover el uso de una leche fortificada o de una fórmula Supervisar el cumplimiento de la indicación de hierro suplementario y eventualmente la de zinc y vitamina C.	Suplementación con hierro Zinc, Cobre, vitamina C.

Veamos algunos ejemplos de cómo es posible mejorar mediante diferentes formas de preparación hogareña la calidad de los alimentos complementarios.

Figura 13

% de adecuación del puré de papa de acuerdo a como se lo prepare



En la figura 13 se analiza el porcentaje de satisfacción de las RDA de proteína, hierro, zinc, el cómputo químico y la proteína corregida por la composición aminoacídica, del puré de papa. Puede observarse que el puré de papa tiene una muy pobre calidad nutricional que mejora mediante la adición de hígado, fórmula o de ambos. Para este análisis se ha considerado una ingesta de leche de madre de 670 ml (promedio de estudios evaluados con agua doblemente marcada en países en desarrollo de la referencia 11) y puré de papas con aceite de maíz que surge de la cantidad necesaria para cubrir las necesidades energéticas de un niño que crece en el percentil 50 a los 6 meses de edad (opción I). La misma preparación con fórmula y aceite (opción II); o con hígado (opción III) o con hígado y fórmula (opción IV). Puede observarse que es muy difícil cubrir las necesidades de proteína y de zinc si no se utilizan alimentos lácteos fortificados, carne o hígado.

Figura 14

% de adecuación del puré de zapallo de acuerdo a como se lo prepare

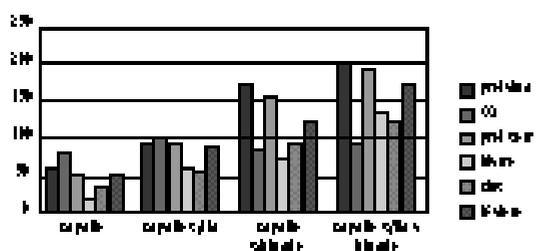
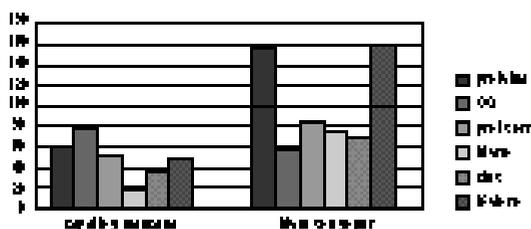


Figura 15

% de adecuación del puré de zapallo y manzana con y sin agregado de yogur



De la misma manera se observa en las figuras 14 y 15 el porcentaje de satisfacción de las RDA de proteína, hierro, zinc, fósforo y el cómputo químico y la proteína corregida por la composición aminoacídica del puré de zapallo y de manzana. Para el análisis se ha considerado la misma ingesta de leche de madre y puré de zapallo con aceite (opción I), puré de zapallo con aceite y fórmula (opción II), puré de zapallo con hígado y aceite (opción III), y puré de zapallo con hígado y fórmula (opción IV). En el caso de la figura 15 se ha utilizado puré de zapallo con aceite y puré de manzana, que surgen de la cantidad necesaria para cubrir las necesidades energéticas de un niño que crece en el percentil 50 a los 6 meses de edad (opción I). La misma preparación con yogur con hierro, se ha utilizado como opción alternativa (opción II).

4. Promover el diseño y la utilización de alimentos infantiles fortificados.

La fortificación de alimentos con un compuesto de adecuada biodisponibilidad ha demostrado constituir el recurso más eficiente para la solución de la desnutrición oculta entre ellas la deficiencia de hierro tan prevalente en nuestros niños.

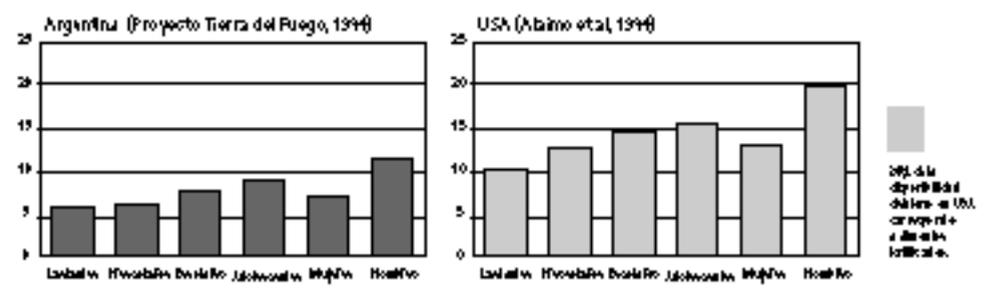
El Codex Alimentarius define a la fortificación de alimentos como "...la adición de uno o más nutrientes esenciales a los alimentos estén o no contenidos naturalmente en el mismo, con el propósito de prevenir o corregir una deficiencia demostrada de uno o más nutrientes en toda la población o en un grupo biológico en particular..."

El éxito de un programa de fortificación se fundamenta en la correcta selección del vehículo; la biodisponibilidad del compuesto de fortificación; la sostenibilidad económica de la intervención; la legislación que lo reglamenta; el control de calidad periódico de los productos fortificados y el seguimiento -mediante indicadores apropiados- del consumo de alimentos fortificados así como de la prevalencia de la deficiencia en los grupos objetivo de la intervención.

En una Argentina que se debate en profundos cambios estructurales, proyectada a ingresar a un nuevo siglo, cabe preguntarse ¿Cuál es el significado de la desnutrición oculta en general y de la deficiencia de hierro en particular que afecta a nuestra población sin distinción de clases sociales ni pertenencia geográfica?.

Este significado se encuentra íntimamente relacionado con el análisis de la interfase entre nutrición, desarrollo y bienestar económico. Todos los países reconocidos como "desarrollados" tienen prevalencias de anemia por deficiencia de hierro menores a 3-5%. Podría concluirse que ¿la erradicación de la anemia es consecuencia de las mejores condiciones económicas y del más alto estándar de vida? o a la inversa; ¿que la mejor situación nutricional es el condicionante previo y necesario para lograr un mayor desarrollo económico y un mejor nivel de vida en general?.

Figura 16



Ingesta diaria de hierro en Argentina y USA (en mg/día)

La respuesta a este interrogante probablemente sea irrelevante. Aunque las consecuencias funcionales de la deficiencia de hierro afectan especialmente áreas del desarrollo relacionadas con la productividad y el desempeño intelectual, también es cierto, que el desarrollo social es un proceso paulatino que se retroalimenta a sí mismo. En el estado actual del conocimiento y en el contexto del profundo cambio estructural que atraviesa la Argentina, no existe justificación alguna para no contar con una iniciativa enérgica y eficaz contra la deficiencia de hierro y de las principales carencias nutricionales que caracterizan a la desnutrición oculta.

El potencial con el que todos nacemos está determinado básicamente por la dotación genética y su interacción con el medio ambiente. Si nuestra talla al final del crecimiento, nuestro coeficiente intelectual o nuestra capacidad física son indicadores que se relacionan con los de nuestros progenitores también es cierto que están condicionados por el ambiente en el que hemos crecido. Desarrollarse en un ambiente deprivado determina una pérdida de ese potencial que se expresará ya sea como una menor talla, o un menor desempeño intelectual o una mayor susceptibilidad a las infecciones, o como sucede habitualmente, como una compleja interacción de todos estos fenómenos simultáneamente.

La desnutrición oculta es uno de los ejes de la interfase entre desarrollo y bienestar social. La deficiencia de hierro afecta el funcionamiento cerebral y el desempeño intelectual de un niño, afecta su educación, limita su futura inserción productiva, lo expone a padecer más severas enfermedades y deteriora su salud gestacional y perinatal. La deficiencia de zinc condiciona el crecimiento y el desarrollo, la de vitamina A se relaciona con complejos fenómenos vinculados con la inmunidad y la respuesta a las infecciones, etc. En esta interfase entre la nutrición y el desarrollo algunas intervenciones son costosas y requieren de complejas inversiones estructurales. Otras - como la solución de las carencias de micronutrientes- se fundamentan en el enriquecimiento de los alimentos básicos de una población, haciéndolos más apropiados para satisfacer las necesidades nutricionales de los grupos vulnerables. El costo de estas intervenciones es muy bajo y sus resultados en la erradicación de la deficiencia nutricional pueden observarse a muy corto plazo.

Si se compara la ingesta de hierro en Estados Unidos - país que ha controlado el problema de la deficiencia de hierro- con la Argentina (figura 16) puede observarse que la mayor ingesta de hierro se logra a partir de la contribución de los alimentos fortificados a la dieta más que a un patrón de alimentación distinto. En Estados Unidos la cuarta parte de la disponibilidad de hierro proviene de alimentos fortificados, mientras que en nuestro país es despreciable.

Nutrientes que deberían considerarse para ser incorporados mediante técnicas de fortificación en el diseño de alimentos infantiles

- Hierro
- Zinc
- Vitamina A
- Folatos
- Ácidos grasos esenciales.

5. Replanteo de los programas asistenciales destinados a los niños.

Existe una serie de instrumentos legales y declaraciones oficiales formales, que promueven y se comprometen a mejorar la nutrición y a erradicar entre otras la deficiencia de hierro. Por mencionar los más importantes, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos

(subscripta en la reforma constitucional) se establece el derecho de todos los hombres a la satisfacción de las necesidades básicas, entre ellas, la alimentación, como una condición de la calidad de vida *...Además de constituir un derecho básico el adecuado suministro de alimentos es esencial para vivir pero también es un factor de bienestar, de productividad y de desarrollo de los individuos...*

El Gobierno de la Argentina ha suscripto y ratificado distintos compromisos para combatir la malnutrición en nuestro país. En 1990, la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia subscripta por el presidente Menem con la participación de más de 70 jefes de estado que se comprometieron a asumir acciones que permitiesen alcanzar al finalizar la década y entrar al nuevo milenio, una serie de metas sobre salud y nutrición infantil y materna. Entre estas metas se destaca la erradicación de la desnutrición. En el Compromiso Nacional en favor de la madre y el niño que fuera asumido por el gobierno argentino con la participación de UNICEF y de la Sociedad Argentina de Pediatría, se plantean metas concretas derivadas de la cumbre mundial para erradicar problemas de salud y nutrición infantiles. Entre éstas se cuenta la erradicación de la deficiencia de hierro y del bajo peso de nacimiento. La Conferencia Internacional de Nutrición se realizó ante el plenario de todas las naciones convocadas por la FAO y la OMS y la Argentina asumió formalmente los principios de la declaración de la cumbre de 1990. El Plan Nacional de Acción en favor de la madre y el niño que fuera firmado en una reunión federal en la provincia de Mendoza, los distintos gobiernos provinciales se comprometieron con el Ministerio de Salud de la Nación suscribiendo el “pacto federal por la infancia” y acordando el rediseño y lanzamiento del plan materno-infantil. Finalmente en el Compromiso de Nariño representantes de países de América Latina ratificaron el compromiso en Bogotá de que cada país daría prioridad en los planes y acciones de desarrollo al logro de metas que favorezcan a la infancia.

A pesar de todas estas declaraciones y compromisos asumidos por las autoridades de nuestro país los programas de asistencia alimentaria no han modificado sustancialmente sus contenidos. En líneas generales se caracterizan por la entrega de alimentos a los sectores más desprotegidos como una forma indirecta de subsidio familiar. Esta transferencia de recursos es importante para amortiguar el impacto de la pobreza pero está muy lejos de constituir una intervención nutricional en el sentido de los objetivos trazados por los compromisos asumidos: disminuir la desnutrición, mejorar la salud de la mujer embarazada o erradicar la deficiencia de micronutrientes especialmente la de hierro.

Las intervenciones nutricionales implican la definición de objetivos concretos (por ejemplo, erradicar la anemia, el retraso crónico de crecimiento, el bajo peso de nacimiento, etc.), estrategias efectivas y medición de impacto para evaluar resultados o eventualmente corregir la estrategia. La fortificación alimentaria, subsidios a alimentos de la canasta familiar, programas de educación dirigidos a modificar hábitos perjudiciales, etc. son algunos ejemplos de intervenciones nutricionales más específicas que la asistencia alimentaria por sí sola.

Los programas de asistencia alimentaria y su potencial impacto sobre la calidad de la dieta

Los programas de asistencia alimentaria constituyen una transferencia de recursos solidaria a los sectores más desprotegidos de nuestra sociedad. Coexisten un número significativo de programas diferenciados por el organismo responsable, el grupo objetivo al cual están dirigidos y el tipo de asistencia que brindan. Es posible evidenciar una evolución en prácticamente todos los programas gracias a la incorporación de componentes técnicos en su organización y ejecución. La formulación de metas nutricionales, el control de las distintas etapas de gestión, la incorporación de algunos componentes educativos, la descentralización y capacitación de las unidades ejecutoras representan mejoras concretas de prácticamente todos los programas. Pero

prácticamente todos los programas que entregan alimentos tienen una pobre especificidad de grupo biológico que limita la eficacia de la intervención nutricional. Por ejemplo, cuando una familia recibe una caja de alimentos que en su formulación tuvo como meta la disminución del riesgo nutricional de los más pequeños, en la práctica la intervención se diluye en el grupo familiar limitando en cierta medida el impacto esperado sobre el crecimiento. Por esta razón, la entrega de alimentos a familias puede considerarse más como una transferencia de recursos -por cierto de importancia para evitar el impacto de la pobreza- que como una intervención nutricional que pueda objetivarse en una mejora nutricional mensurable.

Algunos programas brindan sostén a otras acciones de salud como favorecer el contacto con el sector asistencial, o con el plan de inmunizaciones o los controles pediátricos durante el primer año de vida o durante el embarazo pero se limitan a la entrega de alimentos como recompensa ante la consulta o la persistencia en el sistema escolar.

La mayoría de los programas están integrados a la dinámica social y las familias más humildes dependen de ellos para su subsistencia. El desafío consiste en aumentar la eficacia de la intervención nutricional, en sintonía con las metas planteadas por nuestro país, sin modificar el costo, cobertura ni grado de aceptación que actualmente tienen.

La entrega de leche en polvo sin fortificar que conforma el principal componente del Programa Materno-Infantil debería ser reconsiderada a la luz de la información encuestal disponible. Aunque la leche es un alimento de calidad nutricional indiscutible tiene varias desventajas como base alimentaria de un programa nutricional. En primer lugar su especificidad es baja. Al ser un alimento que puede ser utilizado por toda la familia está expuesto a llegar con menos efectividad al grupo al que teóricamente se encuentra dirigido: los niños y sus madres. Es por lo menos difícil de comprender como el mismo equipo de salud que promueve la lactancia materna pueda entregar simultáneamente dos Kg. de leche en polvo mensuales sin entrar en una contradicción con el mensaje de que el mejor alimento para el niño es la leche de su propia madre. En tercer lugar la leche no fortificada es deficiente en hierro, zinc, cobre, ácidos grasos esenciales y vitamina C, ya sea cuando es utilizada en reemplazo de la leche de madre o cuando forma parte de otras preparaciones.

Podría pensarse por ejemplo, en el diseño de un cereal fortificado, sobre la base de harina precocida de maíz y arroz (carente de gluten) adecuadamente fortificada, de muy bajo costo y fácil digestibilidad que al ser reconstituida con leche resulte en una preparación semisólida, de baja posibilidad de contaminación (por la necesidad de cocción), alta densidad energética y complementaria de las carencias de micronutrientes antes señaladas. Es poco probable que un alimento de estas características sea utilizado por los otros integrantes de la familia.

La experiencia desarrollada en Tierra del Fuego donde se diseñó y elaboró en una planta industrial piloto un cereal de éstas características, demostró que su aceptabilidad por parte de los niños y de sus familias, era excelente y constituía un eficaz recurso para erradicar deficiencias de micronutrientes y mejorar la calidad de los alimentos complementarios.

SÍNTESIS FINAL

La selección, oportunidad de introducción y forma de preparación de los primeros alimentos está fuertemente influenciada por hábitos, costumbres y creencias de la población en general, así como también, las que comparte el equipo de salud que brinda pautas para el control en salud. Estos alimentos que en su conjunto complementan la lactancia natural o eventualmente a los sucedáneos de la leche materna, tienen una calidad (en la acepción técnico-nutricional del

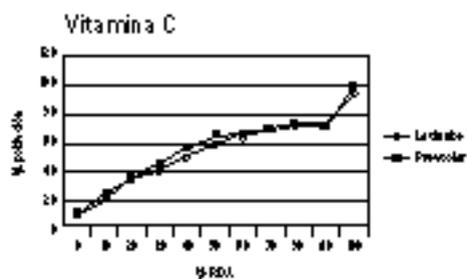
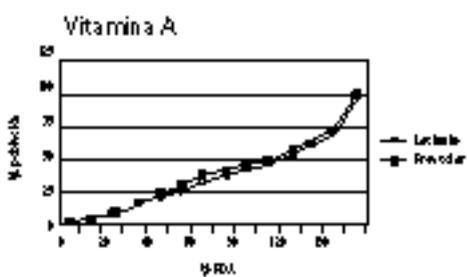
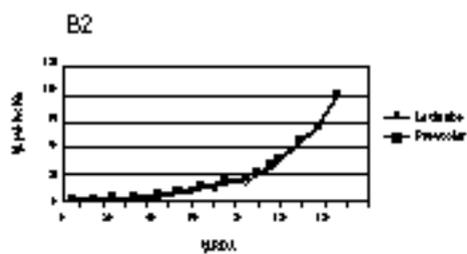
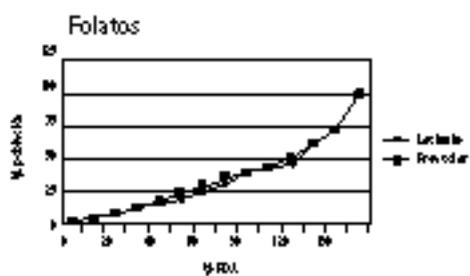
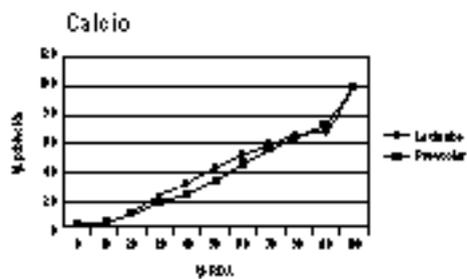
término) que de acuerdo con las encuestas alimentarias es pobre en relación con las necesidades nutricionales para mantener una adecuada velocidad de crecimiento. Esta información es consistente con las observaciones de seguimiento longitudinal que demuestran que el retraso del crecimiento es coincidente con la introducción de alimentos diferentes de la leche materna. La calidad de la alimentación puede ser mejorada mediante la promoción de la lactancia materna, especialmente en la demora de introducción de otros alimentos y su abandono temprano que parecen ser los principales problemas especialmente en las familias de menos recursos. La temprana incorporación de carnes, y lácteos, así como de otras fuentes de proteína animal -especialmente el hígado de res- entre las opciones que conforman los primeros alimentos, así como la utilización de fórmulas lácteas para la preparación de cereales y hortalizas, son alternativas relativamente sencillas de aplicar y que rápidamente mejorarían la calidad de la dieta infantil. El diseño de nuevos alimentos industrializados como cereales infantiles, derivados lácteos, y purés de hortalizas fortificados de acuerdo con las necesidades y patrón cultural de nuestra población puede ser una estrategia a mediano plazo para promover la alimentación adecuada de este período crítico de la vida. La fortificación de alimentos -cuando es racionalmente aplicada y responde a las necesidades de la población- resulta en un recurso de alta eficacia tanto si se considera su bajo costo como su elevado impacto.

REFERENCIAS

1. Latham M ;UNICEF-Cornell Colloquium on Care and Nutrition of the young child-overview Food Nutr Bull 1995; 16:282-85
2. Carmuega E, O'Donnell AM.: Proyecto Tierra del Fuego, Diagnóstico Basal de Situación. Encuesta de Salud y de Nutrición CESNI-Fundación Jorge Macri. Editorial Gaudian Buenos Aires, 1995
3. Carmuega E, O'Donnell AM.: Proyecto Tierra del Fuego, Diagnóstico Basal de Situación. Encuesta de desarrollo infantil .CESNI-Fundación Jorge Macri. Editorial Gaudian Buenos Aires 1995
4. Allen L.: Nutritional influences on linear growth: a general review. Eur J Clin Nutr 1994;48 s75-89
5. Allen L, Backstrand J, Stanek E, et al.: The interactive effects of dietary quality on the growth and attained size of young mexican children. Am J Clin Nutr 1992; 124:1172-88
6. Dagnelie PC, Van Dusseldorp M, van Staversen WA, Hautvast JG. : Effect of macrobiotic diets on linear growth in infants and children until 10 years of age . Eur J Clin Nutr 1994;48 (Suppl): s103-s112
7. Backstrand J y Allen L. Early feeding and somatic development: the timing and etiology of undernutrition in Long term consequences of early feeding Boulton J Laroan Z and Rey J ed. Lipincott Raven , Philadelphia 1996.
8. Ageitos ML, Orazi V, Califano GM y Gutierrez P: Informe sobre la encuesta de prevalencia de lactancia materna 1995. Arch Arg Ped 1998;96:50
9. Sabulsky J y col.: Alimentación Crecimiento y Desarrollo Ed. Eudecor, Córdoba, 1997
10. Coluccio M.: Comunicación Personal
11. Brown K, Dewey K., Allen, L.: Complementary feeding of young children in developing countries: A review of current scientific knowledge. WHO Geneva, 1998.
12. Piazza N., Correia R., Díaz Quiroga S., Laguna S.: Alimentación en menores de dos años de vida, hábitos, cobertura de requerimientos. Actas Congreso de Nutrición, Mendoza. Argentina. 1997.
13. Butte N. : Energy Requeriments of Infants. Eur J Nutr 1996,50 s24
14. O'Donnell A : Alimentación del niño normal en Nutrición infantil, O'Donnell A. Editorial Celcius Buenos Aires, 1986
15. Brown K, Creed-Kanashiro H, Dewey K: Optimal complementary feeding practices to prevent childhood malnutrition in developing countries. Food Nutr Bull 1995;16:320-38
16. Greiner T: Sustained breastfeeding, complementation and care. Food Nutr Bull 1995;16:313-19
17. Brown K, Sanchez-Griñán M, Pérez F Peerson J, Ganoza L, Stern J. Effects of dietary energy density and feeding frequency on total daily energy intakes by recovering malnourished children . Am J Clin Nutr 1995;62:13-8
18. Allen L: The Nutrition CRSP: what is marginal malnutrition, and does it affect human function? Nutr Rev 1993;51:255-67
19. USDA U.S Department of Agriculture. Handbook #8
20. O'Donnell AM, Carmuega E.: Transición nutricional de los niños en la Argentina. Boletín CESNI. Agosto 1998.
21. Carmuega E.: Transición epidemiológica y nutricional de la Argentina. Documento país presentado en el taller subregional OPS/OMS transición nutricional en la región de las Américas. Quito. Ecuador. 1996.
22. Pérez Somigliana MC, Nordera JV, Dandrea S : Evaluación del nivel de hemoglobina y hematocrito en la población de la ciudad de Salta. Libro de resúmenes VI Congreso Latinoamericano de Nutrición Buenos Aires, 1982
23. Monsen, E y Balintfy: Calculating dietary iron bioavailability: refinement and computerization. JADA 80:307;15 1982
24. Moreno R.: Comunicación personal
25. Carmuega E, O'Donnell AM.: Propuesta de legislación sobre fortificación de alimentos infantiles con hierro (Ley de Anemia) Informe técnico elaborado a solicitud del Ministerio de Agricultura de la Nación. 1997.
26. Rovirosa A, Carmuega E, O'Donnell AM.: Modificación de la digestibilidad del almidón de diferentes alimentos de uso infantil por la cocción. Actas del XVII Congreso de la SLAIP , San Bernardino, Paraguay, 1989
27. Englyst H, Cummings J.: Digestion of carbohydrates of banana in the human small intestines Am J Clin Nutr 1986;44:42-50
28. Carmuega E. Consultoría sobre Pautas de alimentación en la Américas, Documento PAHO-HPN, 1992
29. O'Donnell AM, Torún B, Caballero B, Bengoa J. Recomendaciones de alimentación para niños pequeños. Serie Paltex, Washington 1997.
30. Adaro AB, Chevallier MC, Rodriguez V, Du Mørtier A.: Encuesta de Actitud. Los médicos pediatras y los residentes de pediatría frente a la alimentación normal del niño en el primer año en un hospital pediátrico de referencia. Medicina Infantil 5:88;1998
31. O'Donnell AM.: Alimentación del niño normal en Nutrición Infantil de O'Donnell AM Editorial Celsius 1986.

ANEXO 1

Frecuencias acumuladas de ingestas de micronutrientes en niños de 1 a 2 años de edad
Proyecto Tierra del Fuego



COMENTARIOS AL DOCUMENTO PRESENTADO POR ESTEBAN CARMUEGA

Díaz:

De la excelente presentación de Carmuega quisiera referirme sólo a algunos aspectos puntuales.

En primer lugar deseo destacar los datos obtenidos en el estudio de Tierra del Fuego, así como en el estudio CLACYD, con relación a la edad de introducción de algunos alimentos tales como pan, jugos, galletitas. Sorprende que en ambos casos la edad de introducción referida sea superior a lo que podría desprenderse de una apreciación empírica o subjetiva. Es decir, es altamente frecuente observar en la sala de espera de Centros de Salud o de Hospitales lactantes pequeños (menores de 6 meses) con trozos de pan, galletitas o un biberón con jugo. Con esto no pretendo cuestionar la validez de los estudios presentados, sino plantear el interrogante respecto de si la información que se obtiene a través de la entrevista con la madre refleja exactamente la realidad o una combinación de ésta con aquello que la madre sabe que el equipo de salud desea escuchar. Por nuestra parte, trataremos de resolver esta inquietud cuando desarrollemos los estudios de hábitos alimentarios del niño y la familia que tenemos previsto realizar en la provincia de Buenos Aires, combinando distintas modalidades de entrevistas y observación a fin de intentar detectar posibles inconsistencias entre el discurso y la práctica.

Respecto a las estrategias para reducir la prevalencia de deficiencia de hierro, no creo que deba centrarse el debate de manera excluyente sobre la fortificación de alimentos. Por el contrario, es necesario incluir todas aquellas intervenciones que en forma más o menos exitosas puedan contribuir a mejorar la situación, como por ejemplo: 1) orientación nutricional a las madres a fin de lograr la rápida incorporación de carnes en la dieta del menor de 1 año y el mejoramiento de la combinación de alimentos para facilitar la absorción del hierro no hémico o evitar su bloqueo; 2) mejorar las prácticas obstétricas para asegurar el pasaje de sangre del cordón al recién nacido, a fin de aumentar sus reservas de hierro; 3) promover la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes y 4) insistir en el cumplimiento de la norma de suplementación de niños de 4 a los 18 meses de edad.

El último punto al que me quisiera referir es el referido a la capacitación del equipo de salud respecto de la alimentación en el primer año de vida, sobre la base de una encuesta que se realizara a médicos en 1997 desde el Programa Materno Infantil de la provincia de Buenos Aires y que está próxima a ser publicada. El objetivo del estudio fue conocer los conocimientos de los profesionales médicos que atienden niños, respecto del momento de inicio de la alimentación complementaria, los criterios utilizados para realizar la indicación y los primeros alimentos indicados. La encuesta fue respondida por 626 profesionales, la mayoría de los cuales se desempeñaba en el Conurbano Bonaerense y en la zona de Mar del Plata.

Con respecto al perfil profesional, el 70.7% eran pediatras, el 15.7% neonatólogos, el 12.6% médicos generalistas o de familia y sólo el 1% tenía otra especialidad. Por otro lado, el 60% de los profesionales refirieron haber realizado una residencia médica en alguna de las especialidades mencionadas, destacándose el grupo de los médicos generalistas (MG) en donde dicha proporción ascendía al 80% de los casos.

Las principales conclusiones del estudio fueron las siguientes:

1. La mayoría de los profesionales encuestados mostró un adecuado nivel de información o conocimiento respecto de la edad de inicio de la alimentación complementaria (77% considera que la edad de introducción de alimentos complementarios es entre el 5to. y 6to. mes), así como de los criterios a tener en cuenta para indicarla (el criterio más mencionado fue la maduración neurológica, destacándose que el 77% utiliza más de un criterio entre los que se destacan - además de la maduración- la edad y el progreso de peso).
2. Se observaron errores importantes en el tipo de alimentos recomendados debido a la baja densidad energética, textura y consistencia (los alimentos más elegidos fueron el puré de zapallo y zanahoria, las frutas y los jugos).
3. Los errores son más frecuentes en los profesionales de 40 años y más, respecto de los más jóvenes.
4. Las recomendaciones de los profesionales que refieren haber realizado residencia son más

adecuadas que las del resto (conurrencia, visitancia, beca).

5. No se observaron diferencias significativas en relación con el tipo de especialidad.

Estos resultados representan un importante aporte para el diseño de las actividades de capacitación, destacándose que en lo referente a lactancia materna el énfasis no debe estar puesto tanto en la información sobre los beneficios de la leche materna y la importancia de que sea el alimento exclusivo hasta el 6to. mes -conocimiento que aparentemente tienen- sino fundamentalmente, en analizar las razones por las cuales indican alimentación complementaria en forma más precoz y contradiciendo lo que saben en la teoría. Por otro lado, se debe hacer un enorme esfuerzo de capacitación y actualización en lo referido al tipo de alimentos recomendados para el inicio a fin de revertir los errores encontrados en la inmensa mayoría de los profesionales encuestados.

Chevallier:

Con respecto a la capacitación del equipo de salud, quisiera mencionar los resultados de una encuesta realizada en el Área de Alimentación del Hospital Garrahan (Medicina Infantil 1998; 5: 88-95), efectuada a todos los médicos residentes y a una muestra de los pediatras de ese hospital, con el objetivo de evaluar la actitud de los mismos frente a la alimentación del niño en el 1º año de vida. Los resultados demostraron un alto porcentaje de respuestas incorrectas (47%), que evidencia una falta de coherencia con las normas elaboradas por reconocidos organismos nacionales e internacionales. Las preguntas no apuntaban a evaluar consignas o conceptos teóricos, sino la aplicación de los mismos, en mensajes concretos para transmitir a las madres o en la elección de alimentos para recomendar. Por ejemplo, muchos miembros del equipo de salud pueden saber que es importante recomendar alimentos ricos en hierro para incorporar a las papillas, pero los resultados demostraron que un alto porcentaje desconocía cuáles eran los más apropiados. O saber que no es conveniente incorporar gluten antes del 6º mes, pero al no conocer la composición de los distintos productos disponibles en el mercado, recomendar un alimento inadecuado.

Estos resultados evidencian la necesidad de capacitar al equipo de salud para que las recomendaciones nutricionales se traduzcan en consejos prácticos e implementables por las familias.

Dado que es muy vasta la tarea de capacitación sobre temas de alimentación por realizar, de acuerdo a los resultados obtenidos en un hospital pediátrico de referencia; cabe imaginar el enorme (e impostergable) desafío que representa la misma para todo el ámbito nacional.

Mercer:

Coincido con la apreciación de Carmuega sobre “desnutrición oculta, o es que realmente no la queremos ver”. Los métodos antropométricos son útiles en expresar problemas evaluables a través de la antropometría y para el análisis de tendencias con relación a los mismos. Hay un sinnúmero de problemas nutricionales (fundamentalmente las deficiencias de micronutrientes) que necesitan de otras modalidades de evaluación a ser incorporadas en el set diagnóstico individual y poblacional.

En cuanto a los lineamientos de alimentación, coincido con la necesidad de crear un cuerpo común para la elaboración de normativas. Recordemos en este sentido que los tiempos y las demandas no son comunes en todas las regiones del país y es por ese motivo que existen diferencias en cuanto la capacidad de gestión y ejecución entre diferentes regiones u organismos. Por nuestra parte, creemos que este es un muy buen momento para sentar bases de intercambio y cooperación con profesionales de todas las provincias. Ya todos sabemos que el saber está naturalmente distribuido en todo el territorio y desde esa perspectiva debemos rescatarlo. La cooperación horizontal entre las provincias se traduce en una necesidad imperiosa. A modo de ejemplo, el Programa Materno Infantil de la Provincia de Buenos Aires ha recibido cooperación de otras y coopera con otras provincias. En el área de informática recibimos un apoyo permanente de la Provincia de Neuquén. De Córdoba, hemos recibido

apoyo en el área de evaluación de servicios. La Pampa, ha cooperado con nuestro programa de Sexualidad Responsable. De la misma manera, hemos sido convocados por otras provincias para asesorar en diferentes áreas como lactancia materna, informática aplicada a la evaluación nutricional y perinatal y salud integral del adolescente.

Cugnasco:

Una breve reflexión... Pensaba acerca del estrecho paralelismo que existe entre la necesidad de un niño de que se lo nutra con alimentos de calidad y su necesidad de que se lo nutra de “alimentos” afectivos, sensoriales, cognitivos, sociales, etc., para su adecuado crecimiento y desarrollo.

De la misma manera que existe un tiempo de lactancia materna exclusiva y otro en que se hace necesaria la introducción de otros alimentos semisólidos y sólidos, también se da, en el plano emocional, un momento de dependencia absoluta de su madre, quien de alguna manera funciona a modo de “Yo auxiliar” y de barrera de protección frente a los estímulos externos, para luego ir progresivamente reconociendo y asimilando otros estímulos del medio (objetos, afectos, etc.). Y del mismo modo en que hay alimentos más adecuados que otros que el niño debe incorporar en determinado momento, hay estímulos afectivos, cognitivos, etc. que se le deben brindar en el momento oportuno y de acuerdo al momento evolutivo por el que está atravesando.

Éste es el concepto de estimulación temprana que pretende transmitir el Documento “Estudios epidemiológicos sobre Desarrollo Infantil”(Lic. Torralva y Lic. Cugnasco). No se trata de “invadir” al niño con la mayor cantidad de estímulos lo antes posible, sino de acompañar su crecimiento y desarrollo brindándole los estímulos afectivos, cognitivos, sensoriales, lúdicos, sociales, etc. que él necesita como ser único y acordes a su momento evolutivo.

Arce:

Emmett Holt recopiló informaciones sobre la introducción de alimentos sólidos a los lactantes desde el siglo pasado, cuando recién se agregaban a los dos años y medio de vida; en 1925 Gregorio Aráos Alfaro lo recomendaba a los doce meses de edad, comenzando por papillas de cereales.

En U.S.A. al promediar este siglo se tendía a darles cada vez más precozmente, hasta en el primer mes. La humanidad sobrevivió a todos estos experimentos y hoy se preconiza la lactancia exclusiva hasta los 6 meses, agregando las papillas recién entonces.

Además hay una gran diversidad cultural en la alimentación infantil, fruto de la experiencia aunque a veces combinada con algunos mitos y creencias. Creo que es respetable la opinión de las abuelas, sobre todo si han criado hijos sanos y debemos ser cautos con nuestras recomendaciones, sobre todo cuando ignoramos la composición de alimentos locales y más aún la disponibilidad estacional de algunos. No en vano las culturas tradicionales respetaban y consultaban al consejo de ancianos.

Exclusión y Pobreza

Derechos y oportunidades perdidas de los niños

Pablo Vinocur

INTRODUCCIÓN

Los estudios sobre la pobreza que se han realizado en los últimos años han puesto el énfasis en llamar la atención sobre la magnitud del problema, sobre su génesis y evolución intentando explicarla como expresión de las distintas políticas económicas implementadas, en las características de los hogares pobres en relación con los no pobres y en la forma en que las diversas políticas sociales llegan a las familias según su condición socioeconómica.

Esta aproximación al problema de la pobreza permite distinguir distintas e importantes dimensiones del fenómeno. En primer lugar, el reconocimiento de que pese a la expansión del producto, como medida del crecimiento económico global del país, éste no ha permitido resolver el problema. Más bien se percibe, al igual que en el resto de la región latinoamericana un cierto nivel de independencia entre ambas variables, en particular cuando se acumulan algunos años de crecimiento sostenido del PBI.

En segundo lugar, que se reconoce un pasado, un presente y un futuro diferentes en las familias y en sus miembros según la condición de pobreza del hogar. Y por último, que en virtud de lo anterior se asigna al Estado el papel de corregir estas inequidades, al menos mitigando las diferencias extremas y derechos no garantizados expresados en el no acceso a ciertas políticas sociales.

Este documento parte del reconocimiento de que los niños nacen, crecen y se desarrollan en el seno de sus familias, las cuales de acuerdo a la disponibilidad de activos sociales tales como el conocimiento y la educación de sus miembros, las redes familiares y sociales construidas y desarrolladas, el hábitat y la calidad y tipo de vinculación con el mundo del trabajo determinan oportunidades totalmente disímiles.

El modelo de organización económica y social liberal hoy vigente reconoce estas desigualdades, incluso la tendencia del capitalismo a que éstas se expandan. Por ello asigna al Estado la función de garantizar una igualdad de oportunidades para los niños, de modo de posibilitar teóricamente a todos oportunidades similares para competir en el mercado.

Este documento intentará demostrar que esta pretensión está lejos de ser alcanzada. Más bien se

intentará señalar que existen evidencias de que la inequidad es creciente, lo cual conlleva el riesgo de escenarios de mundos y culturas crecientemente heterogéneos. Uno el de los incluidos en el que todos los derechos y potencialidades de las personas se aseguran, garantizan y potencian, en el que la articulación con el mundo global es una realidad. Otro, el de los excluidos, condenados meramente a la subsistencia que deambulan luchando y buscando alguna forma de asirse a un tren que está cada vez más lejos de sus posibilidades alcanzar.

Esta imagen de un escenario en el que existen dos mundos que se diferencian cada vez más claramente es por cierto una historia sin final. Como todo proceso social en el que existen múltiples actores e intereses su devenir no es lineal. Están presentes tendencias que muestran algunos perfiles. Sin embargo siempre la historia puede tener varios finales y ellos son resultado de la lucha entre los diversos actores y sus respectivos intereses. Incluso más allá de la tendencia última, del sentido direccional, es fundamental reconocer la importancia de los matices que se delimitan en los horizontes de cada una de las sociedades nacionales y regionales que si bien acompañan la dirección global, determinan realidades y condiciones de vida de sus poblaciones muy distintas.

El actual documento intentará llamar la atención sobre la importancia que en este sentido puede tener la política social en general y la política de salud en particular, para poder corregir más eficazmente los crecientes niveles de injusticias que actualmente se producen y reproducen generacionalmente, expandiendo y comprometiendo cada vez más profundamente a las futuras generaciones a vivir en condiciones de exclusión. Se intentará demostrar por qué la única chance de revertir esta tendencia exige mejorar e invertir las condiciones de vida de los niños desde su gestación hasta la adolescencia.

LA POBREZA, LA RIQUEZA Y LOS NIÑOS

Conceptualización de la pobreza

Existen diversas formas de analizar la desigualdad social, que varían según el modelo conceptual que se utiliza para intentar describir y conocer la sociedad. Una de las más simples que se inscribe en la escuela del positivismo es la que dicotomiza la sociedad en dos mundos: una parte de familias y personas pobres y otra denominada genéricamente no pobre. A su vez cada uno de estos mundos puede con fines analíticos clasificarse en diversos grupos o sectores sociales. De acuerdo al marco teórico, la definición sobre pobreza varía. Desde la economía, se define a los pobres como aquellos que disponen de ingresos insuficientes, lo cual conduce a dos diferentes perspectivas. Una, denominada como pobreza absoluta, se refiere al establecimiento de un valor o línea de pobreza, que posibilita acceder a una canasta de bienes y servicios para satisfacer necesidades determinadas cultural e históricamente. Es decir, que de acuerdo a esta definición el valor de la línea puede variar en el tiempo y entre los países o regiones del mundo. La segunda, es la conocida como pobreza relativa, y se refiere a la distribución del ingreso entre los hogares. Según ésta definición en cada momento histórico e independientemente de su capacidad de satisfacer esa canasta de bienes y servicios, existen siempre sectores sociales con menores ingresos que otros. Estos últimos son más pobres que el resto, y la magnitud de la diferencia entre sus ingresos caracteriza el carácter más o menos equitativo de la distribución del ingreso de una sociedad.

Pero también puede definirse como pobres a aquellas familias e individuos que disponen de menor capital cultural y social, lo que determina menor autonomía y menor libertad de elección frente a las opciones de vida. Esta definición si bien no es antagónica con la anterior, se plantea más desde el sujeto, desde el ciudadano y su capacidad de asumir deberes y defender derechos.

En este caso y por la disponibilidad de información se optará por las de primer tipo, pero enfatizando que el no acceso a una canasta de bienes de consumo en una situación de creciente exclusión requiere incorporar la perspectiva más amplia del sujeto.

Así entre los pobres, varios estudios realizados en el país y en América Latina en la última década, han intentado diferenciar el grupo de los estructurales del de los nuevos pobres. Los primeros se caracterizan por tener un escaso nivel de instrucción, altas tasas de fecundidad y residir en hábitats con serios déficits en cuanto a sus materiales, en condición de hacinamiento y con déficits de acceso a servicios básicos, como el agua y el saneamiento, pero también la educación y la salud. Además y pese a disponer de empleo, su inserción en el mercado de trabajo es precaria, lo cual les dificulta acceder a la seguridad social y a un ingreso suficiente y seguro.

Esta conceptualización de la pobreza se vincula con la categoría de población con necesidades básicas insatisfechas ó NBI. Esta categorización de la pobreza fue la que imperó en la década de los 70's y 80's en toda América Latina, a partir de una serie de estudios realizados por la CEPAL para cada una de las sociedades nacionales. Con la virtud de poder cuantificar y localizar a las familias pobres con el fin de asignar recursos y focalizar políticas, la clasificación por NBI es ampliamente utilizada en la Argentina desde mediados de la década pasada, cuando se conoció el estudio Pobreza en la Argentina (INDEC, 1984). Las políticas y programas de salud no están al margen de esta modalidad de clasificación, al punto que la asignación de fondos por parte del Programa Materno-Infantil utiliza este indicador, al igual que la proporción de hogares NBI es utilizada por el Proyecto Materno Infantil y Nutrición (PROMIN) para seleccionar las áreas de desarrollo. Un uso tan generalizado sólo se explica por la ausencia de otra información más sustantiva y pertinente para la definición de políticas en el país, pues al estar elaborada a partir de datos censales permite una cobertura universal e incluso discriminar espacialmente barrios y áreas urbanas muy pequeñas. El problema del NBI es su carácter limitado porque la mayor parte de sus indicadores (3 de los 5) se relacionan con temas del hábitat del hogar y los otros dos con factores que en virtud del desarrollo de las políticas y programas han quedado relativamente obsoletos. Me refiero al indicador de acceso a la educación básica (proporción de niños en edad escolar que no estén asistiendo a la escuela) y al de capacidad de subsistencia (hogares con 4 ó más personas por miembro ocupado y cuyo jefe no hubiese aprobado 3º grado).

En el modelo de desarrollo vigente anclado en el paradigma del progreso, propio de la modernidad, los pobres estructurales representaban una herencia del pasado rural. Eran una minoría que paulatinamente podría ser incorporada a la vida productiva y social plena, a través de una serie de políticas de vivienda, educación y salud.

Sin embargo y a medida que pasó el tiempo la proporción de población estructural no desapareció. Sí se redujo como es constatable en el análisis realizado en diversos estudios en el período intercensal 1980-1991 (ver INDEC, La Pobreza Urbana en la Argentina, 1988 y Anuario Estadístico, 1994) . Esta evolución estaría señalando que las políticas adoptadas fueron insuficientes para resolver estructuralmente el problema. Y esta afirmación cobra aún mucha más fuerza al observar la aparición de una nueva pobreza durante la década pasada, la denominada de los nuevos pobres.

Este nuevo grupo, se diferencia del anterior en que han sido víctimas de un proceso de movilización social descendente. Mientras que los pobres estructurales nunca habían accedido al ejercicio pleno de la ciudadanía, entendiendo ésta como el acceso a los derechos civiles, políticos y sociales, los nuevos pobres o pauperizados sí, al menos en términos relativos y en algunos momentos. Sus viviendas eran distintas, su nivel de instrucción era mayor y sus familias más pequeñas. El déficit principal, el que los incorpora al mundo de la pobreza es su nivel de ingresos y su inserción ocupacional precaria. El análisis realizado por el INDEC en su estudio de

1988 y luego por Minujin et al demuestra que este grupo tiene particularidades que los diferencia tanto de los pobres estructurales como del universo no discriminado de los denominados no pobres.

La metodología para identificar a este grupo fue la de combinar el criterio de línea de pobreza con el de necesidades básicas insatisfechas. Mientras que pobres estructurales son los NBI, independientemente de su nivel de ingresos, a los nuevos pobres o pauperizados se los definió como aquellos con ingresos inferiores al valor de la línea de pobreza pero que tenían sus necesidades básicas satisfechas.

La determinación del nivel de pobreza a partir del ingreso parte de considerar que en una sociedad de mercado el acceso a bienes y servicios está determinada por los ingresos disponibles en el hogar por parte de cada uno de sus miembros. Pero como a la vez es necesario fijar límites o pisos que aseguren un nivel básico de bienestar de acuerdo a las pautas culturales y al nivel de desarrollo alcanzado por una sociedad, estos surgen a partir de la determinación del costo de una canasta básica de alimentos (determinada según pautas de consumo y normativa), de la composición del hogar, según edad y sexo de sus miembros, y de las pautas de consumo general del 30% de la población más pobre del Gran Buenos Aires.

De esta definición se desprende que el nivel de pobreza siempre es relativo e histórico. Es decir que en distintos momentos de la historia el piso y las canastas mínimas varían, al igual que entre los países del mundo, y a veces entre regiones de un mismo país. Incluso trabajos recientes identifican un sector de población denominada como franja vulnerable que se caracteriza por tener ingresos superiores al valor de la línea pero aún así suficientemente bajo como para considerarlo en situación de riesgo social.

Ahora bien, como se observa en el Cuadro N° 1 (ver Anexo), en todas las jurisdicciones del país disminuyó entre 1980 y 1991 la proporción de hogares con NBI, mientras que la proporción de pobres según línea de pobreza (ingreso) fue variable (Cuadro N°2). Se incrementó fuertemente por el deterioro sufrido por los ingresos de las familias como consecuencia de la crisis hiperinflacionaria desde 1987 y hasta 1990 inclusive y desde entonces y hasta 1993 disminuyó como consecuencia de la estabilidad y de la recuperación del valor de compra de los ingresos. Desde 1994 y hasta la fecha volvió a crecer, sin llegar a alcanzar los valores de los años de la hiperinflación pero también mucho más altos que en 1985.

Hasta aquí la mera descripción de los datos provistos por las encuestas permanentes de hogares (EPH) y por los censos de población y vivienda. Pero al profundizar en el análisis existen dos elementos muy significativos a considerar. En primer lugar el grupo que más sufre la pobreza, tanto en términos cualitativos, como posteriormente se verá, como cuantitativamente, son los niños. Cuando la proporción de personas pobres es muy elevada (más del 30%), la proporción de niños pobres sobre el total de niños supera el 50%. Cuando la pobreza desciende a valores próximos al 20%, la pobreza entre los niños es de más de un tercio del total (Ver Cuadro N° 3). En otras palabras podemos a partir de estos datos reafirmar lo señalado ya en 1990, que la mayoría de los pobres son niños y que en consecuencia son ellos los principalmente afectados cuando la pobreza crece. Según cifras de la EPH para el Gran Buenos Aires de octubre de 1997, casi la mitad de los niños son pobres.

El segundo componente que aparece por primera vez como significativo hacia fines de la década del '80 y que ha ocupado el centro de la escena en el país y en el mundo, es el problema del empleo. Desde la década del '40 y sobre todo después de la Segunda Guerra Mundial en el mundo occidental se desarrolló un proceso económico francamente inclusivo desde lo social, que permitió integrar a una gran mayoría de familias y grupos sociales al consumo y a la ciudadanía. El eje a partir del cual este proceso logró sus éxitos fue el pleno empleo y una

paulatina pero permanente mejora de los ingresos de los trabajadores. El segundo fue la expansión de las políticas sociales a que dio lugar el denominado Estado de Bienestar, que mediante el financiamiento de políticas y programas universales, posibilitó la expansión de los servicios de salud, la protección social para el trabajador y su familia, la educación pública, la vivienda, la jubilación y el acceso a la recreación y la cultura para millones de personas.

La crisis del modelo sustitutivo, la adopción de políticas de ajuste para hacer frente a la crisis de la deuda y finalmente la apertura y la globalización económica, impactaron fuertemente en estas dos columnas vertebrales de la modernidad. Primero se precarizó el empleo y se deterioraron los ingresos, junto a los programas sociales. Luego, se redujo la capacidad de generación de empleo de la economía, provocando una situación muy seria de desocupación y subocupación que afecta a más de un tercio de las familias, junto a un cambio significativo de las políticas sociales que perdieron su carácter universal y se limitó a asistir y atender la demanda de los pobres tanto de los estructurales como de los nuevos.

Estos cambios afectan seriamente a los niños. Y a través de ellos al presente y futuro de la sociedad. La mayor vulnerabilidad de los niños a la pobreza puede explicarse por dos razones estructurales. En primer lugar, y de acuerdo a la evolución de las etapas del ciclo vital, los jóvenes tienen mayores dificultades de inserción en el mercado de trabajo. Recién inician su vida laboral y en consecuencia acceden a los empleos peor remunerados. En la etapa en que se crea y desarrolla la familia, con el nacimiento de los hijos, la disponibilidad de recursos tiende a ser menor que en las etapas posteriores. Además el nacimiento de los niños conlleva una menor tasa de actividad de la familia como unidad económica. La mujer debe cuidar y criar a sus pequeños. Por ello entre los pobres, el problema mayor no es tanto el desempleo como una menor tasa de actividad, sobre todo cuando el jefe y cónyuge son jóvenes.

En segunda instancia, como ya se mencionó previamente la tasa de fecundidad de las familias pobres es más alta. Es decir el tamaño de los grupos familiares es mayor y los reducidos ingresos deben distribuirse entre mayor número de cápitas. El resultado en ambos casos lo sufren los niños. Ellos son quienes desde su gestación deben enfrentar un mundo de carencias que impactará en su futuro desarrollo como ciudadanos. Esta característica no es propia de Argentina ni de América Latina, sino mundial. Un análisis similar refleja David Cheal en Estados Unidos y Canadá.

La crisis social reflejada en la desocupación y subocupación afecta a aquellos que buscan trabajo y no lo encuentran, como también a quienes disfrutaban de este derecho básico que tradicionalmente fue el pasaporte a la ciudadanía social. Desde la macroeconomía, la existencia de una oferta amplia de trabajadores desocupados induce una disminución general de los ingresos. Desde lo subjetivo, genera una percepción de inseguridad y malestar que es causa de una variada cantidad de problemas y manifestaciones de problemas sociales: adicciones, violencia, suicidio, accidentes, crisis vinculares de las familias, estrés.

Por cierto que los grandes cambios por los que está atravesando el mundo y el país afectan diferencialmente a los distintos grupos sociales y a las regiones y provincias del país y del mundo. Es decir el comportamiento no es homogéneo, más allá de que la tendencia es clara. Así mientras que una proporción importante de la población adulta pierde su empleo o tiene serias dificultades para obtener su primer trabajo, existe para algunas ocupaciones en determinados puntos del país, una demanda insatisfecha. En particular para ciertas especialidades técnicas que se caracterizan por su capacidad gerencial en la industria y los servicios. Del mismo modo, el crecimiento económico y los niveles de desocupación y subocupación en la Argentina son muy diferentes según lo atestigua la EPH que se releva en las principales áreas urbanas del país. Mientras Mendoza muestra tasas de desocupación del 6%, en Mar del Plata, Santa Fe o Córdoba supera el 16%.

La fecundidad y la pobreza

En consecuencia, como son las familias las unidades donde los niños nacen, se crían y se desarrollan, la capacidad para alcanzar un crecimiento pleno de todas sus potencialidades estará en función de las posibilidades que sus familias tengan de asegurarles esas condiciones de vida. Para ello, las familias disponen de su capital social integrado por sus destrezas y conocimientos, sus relaciones familiares y comunitarias, su relación con instituciones y servicios sociales y su hábitat.

En primer lugar, los niños argentinos tienen posibilidades diferentes de desarrollo de su potencial desde su concepción, según las características de sus padres y de la condición socioeconómica de sus hogares. Así, de acuerdo a lo recogido por el módulo materno-infantil de mayo de 1994, el porcentaje de las mujeres entre 15 y 49 años que nunca se cuidó para no quedar embarazada fue un 50% mayor que el promedio, entre las pertenecientes a hogares NBI, con bajo nivel de instrucción (hasta primaria completa) y/o que habitaban en hogares cuyo jefe tenía bajo nivel de instrucción. Estos datos muestran que el nacimiento de un niño en familias de pobreza estructural no es muchas veces una decisión racional de la pareja ni tampoco obedece al deseo de ambos de formar una familia^v. En el caso de nuestro país, la posibilidad de acceder a la información y eventualmente a los medios de planificación familiar es uno de los aspectos de mayor inequidad y violación de derechos ciudadanos en el campo de la salud.

Como no existen campañas de comunicación ni de información social masiva sobre la planificación familiar ni la salud reproductiva, ésta se adquiere generacionalmente de padres a hijos, a través de charlas promovidas a iniciativa de los docentes en escuelas públicas y privadas, en general de nivel medio (tercer ciclo de la EGB y polimodal, de acuerdo a la denominación de la nueva organización educativa, definida por la Ley Federal de Educación) o por información entre pares. Este derecho básico por lo tanto no está garantizado en condiciones de igualdad para todos. Si se trata de adolescentes hijos de padres pobres, es alta la probabilidad de que estén desinformados y en consecuencia incapacitados de transferirles conocimientos de los que ellos mismos carecen. Además y como veremos más adelante los adolescentes pobres se alejan tempranamente de la escuela por lo que este espacio también se encuentra invalidado para acceder a cierta información y conocimientos, entre los que se encuentra el de la reproducción y el de la sexualidad. Por último y como vimos, uno de los principales déficits que determina su condición de pobres es la insuficiencia del capital social, en este caso expresado en que también sus pares, entre los que realizan estos adolescentes y jóvenes su socialización, adolecen de igual desinformación.

Pero la inequidad sobre la salud reproductiva no acaba en la información, sino que en la mayoría de las jurisdicciones del país, se extiende a la imposibilidad de hacer efectiva su decisión, si ésta pasa por la utilización de algún método de planificación familiar no natural. Es que los métodos se adquieren en el mercado. En las jurisdicciones que no tienen programas, las parejas, en particular las mujeres con cobertura de obra social o con ingresos y con información pueden acudir a un médico en busca de consulta, recibir la información y eventualmente la prescripción, y quizás adquirir el método indicado. Incluso en estas condiciones también es mucho mayor la probabilidad de estos adolescentes y jóvenes de hacer un uso adecuado de los métodos. Resulta muy ilustrativo en este sentido el Cuadro N° 4, extraído del trabajo "Metas para el 2000, Un Compromiso Nacional" que evidencia claramente esta afirmación .

Los adolescentes y personas pobres no tienen igual acceso. Se ven privados de este derecho. La consecuencia es una fecundidad mayor, no siempre deseada y el uso de procedimientos de control de la natalidad muy traumáticos y peligrosos como el aborto, dado que en el país no existe una ley que autorice su realización por parte de ningún servicio ni profesional de la salud. También y como

consecuencia es mayor el riesgo de mortalidad materna y de que los niños sean huérfanos de madre por esta causa.

La pobreza y el bajo peso al nacer

Una vez que el niño fue gestado, se produce un nuevo elemento de desigualdad. Como en nuestro país no existen datos sobre el estado nutricional y de salud de las mujeres en edad fértil, no es posible establecer el riesgo del niño de nacer con bajo peso para su edad gestacional como consecuencia del déficit de crecimiento sufrido por su madre desde niña. Según la información registrada en los certificados de nacimiento sobre peso al nacer y publicada en Estadísticas de Salud, la prevalencia de bajo peso (menos de 2.500grs) es de 7.3% (*). Si bien existen diferencias entre las jurisdicciones dado el nivel de subregistro que es mayor en las provincias más pobres del país, no es posible efectuar ninguna afirmación en la dirección antes apuntada. Sin embargo, en el módulo Materno-Infantil de la EPH de mayo de 1994 se interrogó a las mujeres que habían sido madres sobre el peso de su hijo al nacimiento. Al analizar las respuestas según la condición de pobreza estructural del hogar de pertenencia, se observaron diferencias altamente significativas. En los hogares No NBI, en todas las jurisdicciones la proporción de niños nacidos con bajo peso era inferior al 5%, mientras que en los hogares NBI, la frecuencia de bajo peso al nacer fue en todos los casos significativamente mayor, incluso superando en Neuquén, Paraná y Salta, 10%. (ver Gráfico N° 1).

Esta condición determina para los niños una suerte dispar en cuanto a las oportunidades de sobrevivir y de crecer y desarrollarse normalmente. Exigirá de su familia y de la sociedad un esfuerzo mayor para que el resultado sea positivo, aunque en una proporción más elevada que los niños de peso normal, estos niños tendrán ya para siempre afectada su capacidad de desarrollo pleno.

Los controles prenatales

Sin embargo y más allá de los condicionantes mencionados en lo que fue el perfil de crecimiento de su madre, existen durante la gestación del niño, medios para identificar el riesgo y para intervenir preventivamente sobre éste, para que pueda ser evitado o controlado como las otras afecciones perinatales. Y el procedimiento por excelencia es el control prenatal. El mismo, es una acción básica de promoción y prevención de la salud y su eficacia está determinada por la oportunidad del primer control, la frecuencia de controles y la calidad con que cada uno se hace por parte de los técnicos y profesionales intervinientes. Como casi de ningún otro tipo de prestación no se dispone de información sobre cobertura y frecuencia de los controles desde el sistema de registro de los servicios de salud, aunque sí existe información de las encuestas de hogares, a partir de interrogar a las madres sobre la historia de su último embarazo.

Del mencionado módulo de la EPH de mayo de 1994, se observa en el Cuadro N° 5, que las mujeres pobres tuvieron en todos los casos menor acceso a un primer control prenatal temprano. Es decir las mujeres pobres tuvieron menor probabilidad de que los servicios de salud determinaran el nivel de riesgo del embarazo, recibieran las indicaciones y eventualmente previnieran males mayores. Exactamente igual resultado se observa sobre la frecuencia de controles. Por lo tanto la posibilidad de controlar o disminuir los riesgos perinatales se ve limitada por el acceso de las mujeres al control prenatal según su condición social o de pobreza. Se observa que si se trata de mujeres con alto nivel de ingresos, en casi la totalidad de las áreas urbanas consideradas, el 95% tiene su primer control antes del 3er mes y tienen 5 o más controles prenatales.

Nuevamente y al igual que lo señalado sobre salud reproductiva, el diferencial sobre información, conocimientos, percepción y jerarquización de su propio cuerpo sin lugar a dudas

que explica una demanda de atención diferente entre las mujeres pertenecientes a distinta condición de pobreza. Sin embargo, siendo este un dato de la realidad cabe preguntarse cuál es la estrategia adoptada por las políticas de salud para modificarla, tanto en lo que se refiere al nivel de información y motivación de las mujeres sobre sus embarazos como en la organización y estructuración de los servicios que atienden esta demanda. Algunas reflexiones al respecto se efectúan más adelante en relación con las políticas y programas sociales.

Mortalidad infantil

Es ampliamente conocida la asociación entre mortalidad infantil y condiciones de vida de la población. En nuestro país existen varios estudios realizados en este sentido que verifican la desigual chance que tienen los niños de morir según la condición de pobreza del hogar en que nacieron. A partir del módulo Materno-Infantil de la EPH de mayo de 1994, se realizó un procesamiento especial en UNICEF que permitió establecer que en el total de las 13 áreas urbanas en que se aplicó la encuesta, un 4% de las mujeres entre 15 y 49 años interrogadas manifestaron que del total de hijos que tuvieron, al menos uno falleció antes de cumplir un año. Pero esa proporción se duplicaba cuando las mujeres tenían bajo nivel de instrucción o ellas mismas o el jefe del hogar estaban desocupados.

Claro que en nuestro país de acuerdo a las últimas estadísticas vitales el 98% de los casi 700 mil niños nacidos vivos, sobreviven. Y crecen y se desarrollan en condiciones disímiles que irán agregando crecientes niveles de desigualdad y exclusión según las características de sus familias. Es decir, de la edad de sus padres, de la presencia de ambos padres, de su nivel de instrucción, de la existencia de otros familiares que cooperen en la crianza, del número de hermanos y miembros del hogar, de las condiciones de la vivienda en que nace y crecerá, de la calificación y experiencia laboral de sus padres, de su nivel de ingresos y también del lugar del país en que el nacimiento ocurra.

Características de las familias

Veamos cada uno de estos factores y su posible incidencia en las oportunidades de crianza de los niños. En el Cuadro N° 6 se observa que los padres de los niños nacidos en hogares pobres son proporcionalmente más jóvenes. Un 17% de los jefes de hogares pobres tienen menos de 30 años, exactamente el doble de los jefes de hogar no pobres. A esa edad, entre los 30 y los 39 años, los jefes pobres son el 33% y entre los no pobres el 15%. De estos datos podemos concluir que las familias pobres se conforman más tempranamente. Los padres de los niños iniciaron su vida laboral muy tempranamente, tan temprano como fue su abandono de la educación formal. Por lo tanto y dadas las características ya apuntadas del mercado de trabajo actual, su inserción es mayormente precaria e inestable, lo cual conlleva escasas chances de movilidad social y de mejoramiento de su condición actual. Estos niños crecerán en familias con una alta probabilidad de formar parte del universo de los excluidos.

Así mismo, es también amplia la posibilidad de que los niños nazcan en hogares cuyos padres no están unidos en matrimonio. Según los datos registrados en el registro Civil y publicados en los anuarios de las Estadísticas Vitales, la proporción de niños nacidos y registrados como extramatrimoniales ha crecido significativamente en la Argentina, al igual que lo que ocurre en otros países del mundo. Como se observa en el Cuadro N° 7, entre 1983 y 1996, la proporción para el total del país pasó de 36% a 48%, con algunas provincias en donde 2/3 partes de los niños nacen en hogares de estas características. Es importante acotar que la condición de extramatrimoniales no significa que no haya una pareja formalmente constituida, sino que en caso de ésta existir no hubo acto matrimonial. Sin embargo al observar los cuadros 8.1 y 8.2 sobre el estado conyugal de las mujeres entre 15 y 49 años evaluadas por el módulo Materno-

Infantil de la EPH de 1994, en el caso de GBA y hasta los 30 años, las mujeres unidas representan el doble de las casadas. A partir de los 30 la participación de las unidas disminuye con la edad y aumenta incluso por encima de la proporción de casadas, la de separadas o divorciadas y, de viudas. En las otras jurisdicciones aproximadamente la mitad de las mujeres es casada, y es mucho más reducido el peso de las unidas y de las separadas, aunque muy elevada la proporción de mujeres solteras, que en todos los casos superan una tercera parte del total.

Esta información permitiría concluir que es relativamente frágil la situación de las familias en que estos niños nacen. En el mencionado trabajo de Cheal, se señalan los cambios ocurridos en la composición de las familias y su impacto sobre la pobreza y los niños. Así plantea que el “niño postmoderno probablemente no conozca bien a su padre o a su madre. Seguramente vive con ella y ella no trabaja.”

Catalina Wainerman y Geldstein R. en su trabajo *Viviendo en Familia*, observan también un aumento en la proporción de niños pequeños en hogares monoparentales y en hogares con jefa mujer así como una disminución de los niños nacidos en parejas casadas. Las autoras explican que en el caso de las parejas pobres las uniones consensuales son hasta tres y cuatro veces más extendidas que entre los no pobres⁹.

De la lectura del Cuadro N° 8, en base a los datos del Gran Buenos Aires, en Octubre de 1997, se concluye que los niños nacidos en familias pobres, serán en su gran mayoría hogares nucleares, aunque casi una tercera parte lo hará en familias ampliadas completas e incompletas. Esto puede explicarse porque sus padres muy jóvenes, y muchas veces sólo su madre, frente a las dificultades económicas para la formación de un nuevo hogar, continúan viviendo en el de origen. Por tanto estos niños intimarán con sus abuelos, en general maternos, y con sus tíos, algunos apenas pocos años mayores que ellos.

Por cierto que el nacer en un hogar ampliado significa también pasar los primeros tiempos al menos, hacinados. El número de personas por cuarto es elevado. Comparte la habitación no sólo con sus padres, sino seguramente con algunos de los tíos. Y probablemente no podrá disfrutar de una cuna para el solo, sino que dormirá en la misma cama que sus padres. En tal caso ya no sólo será víctima del hacinamiento sino también de la promiscuidad, con sus serios efectos sobre la salud y el desarrollo.

Pero también la existencia de un hogar ampliado significa la chance de aumentar la red de contención y cooperación para la crianza del niño. Si bien esto varía según la familia y la región del país, la participación y presencia de los abuelos puede significar un apoyo invaluable para la madre y de enorme importancia para los niños nacidos en esta condición.

El nivel educacional de los padres

Para completar el análisis sobre las características de los hogares en que nacen los niños pobres, es importante destacar el nivel educacional del jefe del hogar. Según los valores del Cuadro N° 9, en los hogares pobres la proporción de aquellos que no completaron el nivel primario varía de acuerdo a la etapa del ciclo vital y la condición de pobreza. Entre los pobres, cuanto más joven (según la edad de sus hijos), mayor es la proporción que terminó la escuela primaria y menor la que completó la media. Pero comparando con el nivel de instrucción alcanzado por los jefes de los hogares no pobres, la diferencia es enorme. Por ejemplo la proporción de jefes de hogares pobres con niños menores de 6 años y mayor nivel de instrucción es 5 veces más reducida que los jefes de los hogares no pobres.

Si bien es conocida la importancia del nivel de instrucción de la madre para la sobrevivencia y

la crianza de los niños, el conocer el del jefe del hogar marca al menos una aproximación válida del handicap que también en este sentido, sufren estos niños. Más allá de las limitaciones del indicador es posible afirmar que cuanto mayor el nivel de instrucción alcanzado más riqueza expresiva, más elementos para resolver problemas y enfrentar las exigencias que impone la sociedad, así como también mayor es la facilidad para entender códigos y mensajes comunicacionales. En síntesis es posible sostener que se incrementa el capital simbólico de la persona, y con él crecen las alternativas y potencialidades de las que los niños pueden beneficiarse durante su crecimiento.

Hábitat

Claro que el aspecto que principalmente se asocia con el nivel de instrucción del Jefe del hogar es su inserción habitacional. Según los datos que emergen de la encuesta de octubre de 1997, sobre algunas características del hábitat y de acuerdo a su condición de pobreza y la presencia de niños (ver Cuadro N° 10), el hacinamiento en los hogares pobres donde viven los más pequeños (menores de 6 años) es cuatro veces superior al de los hogares pobres con niños mayores. Uno de cada cuatro niños pobres viven hacinados. Esta situación tan crítica es prácticamente inexistente en los otros tipos de hogar del Gran Buenos Aires.

Es importante recordar la influencia que tienen las condiciones del hábitat para la salud de los niños. El riesgo de contraer enfermedades infecciosas y las posibilidades de que éstas evolucionen hacia cuadros graves es mucho mayor cuando la promiscuidad y el hacinamiento marcan el espacio en que estos niños crecen. Igualmente son mayores las chances de accidentes en el hogar, en particular cuando el equipamiento hogareño marca la presencia de un fogón, o de una mala calefacción y la ventilación es inadecuada.

Pero las condiciones desfavorables del hábitat y su impacto en la calidad de vida de la familia en general y de los niños en particular, no sólo se manifiestan en el punto antes descripto. El acceso al agua potable y a un saneamiento adecuado también afecta primordialmente a los pobres, y mucho más a los niños pequeños. Un 40% de los niños pobres menores de 6 años crecen en viviendas que no tienen baño. Este déficit se reduce en el resto de los hogares pobres a una proporción de alrededor del 25%, pero es de sólo el 6% en los hogares no pobres. El no tener acceso a un baño y al agua potable determina situaciones de riesgo totalmente diferentes que inciden en las tasas de morbilidad por enfermedades infecciosas y parasitarias que son evidentes incluso comparando con familias igualmente pobres según ingreso, pero con disponibilidad de agua potable y a un saneamiento adecuado en el hogar (Cuadro N° 10).

Diversos estudios realizados durante décadas enfatizaban la importancia de la higiene para la prevención de enfermedades en la infancia y de las familias en general. El aumento de la cobertura de agua potable fue debilitando los mensajes de los medios de comunicación y del equipo de salud en favor de la higiene personal, de los niños, de la vivienda y de los alimentos. La higiene se explica en última instancia mucho más por las actitudes, los hábitos, la disposición hacia ella que por los ingresos. Es muy ilustrativo recordar el impacto que tuvo en la incidencia de enfermedades diarreicas y otras de transmisión hídrica, la adopción de prácticas de higiene en las familias como consecuencia de la epidemia del cólera y el temor a contraerla. No sólo las dos gotas de lavandina, sino un mayor cuidado en la limpieza de los alimentos y del hogar fueron determinantes en el éxito obtenido.

Los niños que crecen en hogares en donde los hábitos de higiene son inadecuados no sólo son víctimas de un entorno insalubre, sino que incorporan estos hábitos que los acompañarán el resto de su vida, a menos que ésta lo exponga a contextos familiares y culturales de otro tipo que lo impulsen a modificar esta actitud aprendida en el seno familiar a edades muy tempranas.

Lactancia, alimentación y estado nutricional

Es largamente conocida la incidencia de las infecciones sobre el estado nutricional y de éste afectando el sistema inmunológico de los niños, y cómo ambos a su vez limitan su potencial de crecimiento y de desarrollo. El nivel de vulnerabilidad de los niños y este mismo potencial vimos ya que está determinado por el estado nutricional de la madre, antes y durante el embarazo, pero fundamentalmente en los primeros años de vida. En este sentido es básico el cuidado de salud, vigilando su crecimiento y su desarrollo y la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y posterior extensión hasta los 2 años con una adecuada incorporación de otros alimentos desde los 6 meses.

De acuerdo a la información que emerge del módulo materno-infantil de la EPH se observa que de acuerdo a las declaraciones de las madres no se distinguen comportamientos hacia la lactancia muy distintos entre las madres según su condición de pertenencia a familias de pobreza estructural (UNICEF, 1998). Sin embargo, de acuerdo a un procesamiento especial realizado por UNICEF durante 1998, se distinguen quienes son las mamás que nunca dieron de mamar. Las que forman parte de familias de pobreza estructural superan en un 50% el promedio (12%), igual que aquellas con bajo nivel de instrucción y duplican el promedio (1 de cada cuatro) entre quienes fueron mamás antes de los 20 años. Pero también son más las mujeres más pobres y con menor instrucción las que extienden la lactancia más allá de los 6 meses (aproximadamente 40%).

Una posible explicación a este comportamiento aparentemente contradictorio es el tipo de hogar en que nacen los niños pobres. En hogares con madre empleada en el mercado de trabajo (14%), sus niños difícilmente sean amamantados. Tampoco las más jóvenes que aún estudian. A la inversa las mujeres de pobreza estructural, en particular aquellas en situación de indigencia, así como la mayor parte de las múltiparas seguramente sí amamante. Incluso en estos grupos sociales, muchas veces la explicación de un estado nutricional inadecuado de los niños se asocia a la no complementación correcta de la lactancia con otros alimentos.

Del mismo procesamiento del módulo, se confirma que no son los niños nacidos en hogares pobres y vulnerables aquellos que tuvieron una adecuada vigilancia de su crecimiento y desarrollo. Mientras que en el promedio de las ciudades del país consideradas el 64% de las mamás manifestaron que llevaron a sus niños menores de 5 años a control, la proporción sube a 82% en los hogares de ingresos altos y al 86% de los hogares con jefe de hogar con educación universitaria.

Uno de los resultados de cuidados distintos de acuerdo a la condición de pobreza (salud, alimentación, medio ambiente, afecto) es el peso de los niños. Según datos del módulo se observa un claro diferencial en la prevalencia de déficit de peso para la edad, comparando con la tabla de referencia internacional NCHS/OMS, entre los niños, si pertenecían a familias de pobreza estructural o no, y en todas las ciudades evaluadas. Mientras en los hogares no pobres, la curva de peso estaba desplazada levemente hacia la derecha, la de los pobres lo estaba hacia la izquierda. Los diferenciales eran aun mayores cuando se evaluó la talla en relación a la edad de los niños entre 2 y 5 años (ver Cuadros 11 y 12) en que utilizando el mismo patrón de referencia, salvo en Rosario y Mendoza, incluso los niños no pobres del resto de las ciudades tenían tallas promedio inferiores a las esperadas. Pero entre los pobres la prevalencia de talla baja es 50% superior en el Gran Buenos Aires que en los niños no pobres de la misma zona, siendo hasta 6 veces superior en Mendoza.

Desarrollo infantil

Otra expresión de mayores oportunidades perdidas por la condición de pobre, es la del

desarrollo, pues producen condiciones de stress y una crianza capaz de inhibir el desarrollo sano e integral en los primeros años (Myers, 1993). Estudios como el coordinado por A.Rodrigo a fines de la década pasada confirmaban la importancia del clima familiar en el desarrollo temprano. El mencionado trabajo llevado a cabo entre familias pobres del Gran La Plata, identificaba como centrales a la ausencia de alcoholismo, la presencia del padre como agente de apoyo en la crianza y el nivel del umbral de alarma de la madre, los factores que se asociaban a un desarrollo psicológico normal.

El mencionado nivel de estrés provocado por la pobreza y su impacto en la salud de los individuos, ya no en la etapa de la infancia, es sujeto de creciente número de estudios e investigaciones. Según estos trabajos el nivel de estrés y pobreza determina situaciones de vulnerabilidad que afectan el sistema inmunológico y el estado de salud. Frente a estos niveles de estrés sin embargo las respuestas no son las mismas, lo cual lleva a los investigadores a explicar estas diferencias en las formas o medios en que los individuos enfrentan dicho estrés o dichas condiciones adversas. Estos trabajos se emparentan con los que estudian la resiliencia y llevan al conocido epidemiólogo canadiense Robert Evans a concluir que es la familia la que brinda al niño y a la persona los elementos para poder enfrentar condiciones adversas. En otros términos es el capital social, al cual me refería al principio del trabajo, el que está favoreciendo o dificultando las condiciones para un crecimiento y desarrollo sano y un potencial de bienestar del niño.

Un desarrollo temprano adecuado se asocia al éxito en el aprendizaje de la lectoescritura y en consecuencia a un tránsito exitoso por la escuela. Los programas por excelencia de educación temprana son los jardines maternos o de infantes, a los que acceden fundamentalmente los niños de hogares no pobres. Pese a que la educación temprana o preescolar no fue ni es obligatoria en el país, tuvo un vasto desarrollo y gran acogida entre los sectores medios urbanos desde hace más de 40 años. Si bien existen establecimientos públicos, la mayor parte de la oferta es privada, lo cual implica que es el nivel de ingresos del hogar el principal determinante para que los padres decidan si envían o no a sus hijos a estas instituciones.

La consecuencia es que la mayor parte de los niños pertenecientes a hogares pobres no acude a jardines de infantes. En su lugar, y en los últimos años se ha desarrollado una oferta especial para estos niños, que son los Centros de desarrollo o de Cuidado Infantil, a partir de iniciativas de algunos municipios, provincias y de experiencias internacionales, promovidas por UNICEF en el país. Consisten en la calificación de madres o vecinas en pautas de crianza y educación temprana para que se encarguen del cuidado de niños de su comunidad, en especial en horas de trabajo de las madres.

Es que los cambios sociales que implicó la incorporación masiva de la mujer al mercado de trabajo, así como la reducción de la fecundidad y del tamaño de la familia, trajo aparejada la necesidad de desarrollar servicios sociales y comunitarios que se encarguen del cuidado del niño mientras la madre está ausente del hogar. Ya no hay hogares extensos. Ni abuelos ni hijos mayores están disponibles para dejarlos a su cuidado. Potencialmente los padres pueden dedicar más tiempo a la crianza de un menor número de hijos. Pero como ambos deben y quieren mejorar, sino mantener su nivel de ingresos, deben pasar muchas horas ocupados. Ello significa en la práctica la necesidad de acceder a servicios para el cuidado de los niños, más allá de que ya se mencionó que en los hogares más pobres, los niños permanecen con sus madres, pues ellas mayormente son muy jóvenes y no trabajan, e incluso muchas veces cuando sí lo hacen, en especial en el trabajo doméstico, quedan sus hijos al cuidado de los hijos mayores o del padre desocupado. Estos servicios son los denominados CDI, y a las mujeres capacitadas se las denomina "mamá cuidadoras".

Estos servicios se extendieron por cientos en el país, cubriendo una necesidad creciente. Sin

embargo a más de 10 años de actividad, aún hoy no se han llevado a cabo evaluaciones sobre el impacto que tuvieron. La importancia de estas evaluaciones está dada porque la diferencia en la calidad de la oferta de estos servicios comparada con los jardines de infantes es significativa. Sin embargo los espacios de socialización, de juego, de desarrollo del relato y del lenguaje, en muchos casos superaron la condición de “depósitos de niños” y pudieran impactar en el éxito del tránsito escolar, en particular en el rendimiento en los tres primeros años de escuela.

Estudios llevados a cabo en otros países relatados por Myers, indican que la calidad de la oferta es determinante en cuanto al éxito alcanzado. Sobre todo cita algunos estudios longitudinales como el de Perry, de enseñanza preescolar en niños negros de los Estados Unidos demostrando que estos niños en comparación con otros de similar condición tuvieron mayor retención en la enseñanza media, más facilidad para obtener su primer empleo, menor nivel de delincuencia e infracción a la ley, y menor proporción de embarazos durante su adolescencia. Otros también exhibieron buenos resultados en los primeros años, pero se diluyeron a lo largo de la enseñanza primaria. Myers concluye que lo determinante para el impacto positivo es la calidad del servicio.

Escuela, educación y “desigualdad” de oportunidades

Superada la primera infancia y la socialización familiar, los niños ingresan a la escuela. Inician una etapa formal de aprendizaje que puede extenderse hasta los 25 años, en etapas que comprenden según la nueva denominación los 3 primeros ciclos de la EGB, el polimodal (3 años más) y la universidad. Durante un siglo, la enseñanza obligatoria fue de 7 años. Recién a principios de ésta década se extendió 3 años más. Pero también recién en los últimos 30 años, los niveles de escolarización permitieron afirmar en el país que la primaria o la enseñanza básica se había universalizado efectivamente. Actualmente el 95% de los niños entre 6 y 12 años están en la escuela. Por cierto que para la población en extrema pobreza y residente en algunas de las provincias más pobres del país este derecho básico y condición inherente a la igualdad de oportunidades no estaba garantizada. Así, la escolarización en esa edad en Chaco alcanzaba en 1991 el 88%, mientras que en las dos provincias más australes de la Argentina llegaba al 98%. Los diferenciales sociales y regionales son mayores a partir de los 13 y hasta los 17 años, que coincide con las edades del antiguo nivel medio. Según datos del Censo de Población de 1991 y del Ministerio de Educación, la jurisdicción con mayor escolarización en esta edad era la Capital, con el 82% de los adolescentes y las provincias con menor escolarización: Misiones con 39%, Santiago del Estero y Chaco, con 41%, Corrientes con 44% y Formosa con 48%.

Logrado el enorme éxito de la expansión de la enseñanza básica, uno podría imaginar que la igualdad de oportunidades se alcanzó. Sin embargo, algunos estudios permiten inferir que desde el punto de vista de la igualdad de oportunidades y el avance en el conocimiento impuesto por la globalización, lamentablemente las diferencias se ampliaron entre los niños según la condición socioeconómica de sus familias. Estas diferencias se expresan en la calidad de la educación recibida. Podemos afirmar hoy que la inmensa mayoría de los niños que ingresan a la escuela finalmente la terminan. Efectivamente todos acceden a igual certificación de conocimientos. Sin embargo ello es de algún modo una estafa para aquellos niños que fueron egresados sin haber accedido al nivel de conocimientos mínimos en cuanto a comprensión de textos, operaciones de cálculo y capacidad para obtener, seleccionar y analizar información.

Las disparidades tienen una variada expresión, así como distintas son las causas. Están lógicamente aquellas que se vinculan con los atributos de los niños. Estas se relacionan con la acumulación de handicaps que los niños traen desde su gestación, se expresan en su nacimiento y crianza, se extienden durante un desarrollo inadecuado y terminan consolidándose en la escuela. Esto significa que una proporción de los niños que ingresan a la escuela, tiene una capacidad ya limitada de aprendizaje, consecuencia de su historia de déficits en su vida. Por

cierto que ésta proporción es muy inferior a la de aquellos que fracasarán en su vida en la educación formal.

Las otras causas se relacionan con la oferta. Es decir con la escuela, con los docentes, con una determinada infraestructura y con un equipamiento dado. Al igual que lo ocurrido en casi todos los países, la expansión de las escuelas no se vio acompañada de un esfuerzo paralelo por mejorar las condiciones de trabajo y calidad de formación docente. Se produjo un profundo deterioro de ambas, que resulta en muy bajos niveles de calidad, tanto en lengua como en matemáticas durante la enseñanza básica y al finalizar el polimodal. Dependiendo de las provincias, en 7º grado, la evaluación de calidad mostró que en 1995, entre un 28% en Capital y un 60% en Misiones no aprobaron los conocimientos mínimos de matemáticas, para un promedio nacional del 40%. En lengua la mejor jurisdicción fue Capital con 24% de los chicos que no aprobaron y la peor fue Catamarca con 50% de los chicos que no aprobaron para un promedio nacional de 38%. Niveles similares de rendimiento y de disparidades entre jurisdicciones se encuentran entre quienes egresan de la enseñanza media.

Un elemento muchas veces no considerado, fue estudiado por la CEPAL, que relacionó el impacto del hacinamiento en el hogar con los logros educativos de los niños. Así en hogares homogéneos en cuanto a un capital educativo bajo en el hogar, con jefe mujer y de ingresos bajos, el rezago escolar era 50% inferior si vivían en un hogar no hacinado.

En consecuencia, podemos concluir que las disparidades ya no sólo se dan entre quienes asisten y quienes no lo hacen en especial ahora entre los adolescentes, sino según la escuela a la que asiste y la calidad de la familia de cada niño. La escuela ha dejado de igualar. Las oportunidades no son para todos equitativas. En los barrios y comunidades pobres, las escuelas cumplen muchas veces más un papel asistencial que educativo. Sus docentes deben asumir actividades de organización de la alimentación en la cocina y el comedor, atender problemas críticos familiares que afectan a los niños, contenerlos, vigilar su salud, y en el tiempo restante encargarse de la enseñanza. Muy diferente es la situación de las escuelas donde asisten los niños no pobres, donde las horas de exposición al aprendizaje es mayor, la disponibilidad de equipamiento también es mejor y el nivel de exigencia de los niños y adolescentes resulta estimulante también, para que el docente dé lo mejor de sí respecto a los conocimientos y didáctica.

Pero uno de los principales problemas de la escuela en la Argentina es la rigidez de la currícula y la escasa flexibilidad para adaptarse a los tiempos de los chicos para el aprendizaje. Todos son igualmente evaluados más allá de los diferentes intereses, e historias particulares. El guardapolvo blanco y su capacidad simbólica de igualación es realmente asumida por el sistema educativo. Pero las diferencias entre niños pobres y no pobres por supuesto que existen y son asumidas por la oferta educativa, según como hoy se estructura en muchas jurisdicciones del país. No sólo hay escuelas para niños pobres y otras para los no pobres. Hay también turnos para los mejores y secciones de grado que discriminan. La misma carrera docente favorece un mecanismo por el que la mayor experiencia y conocimiento de los docentes los premia con la posibilidad de elección de establecimientos en los cuales desempeñarse. Esto conduce a que en las escuelas más pobres donde asisten los niños con mayores necesidades, sean atendidos por docentes recién recibidos y con menor experiencia y conocimientos.

El resultado de esta forma de organización es que si bien los chicos finalmente terminan la escuela, no todos lo hacen en los 7 años esperados. Según los datos del Ministerio de Educación y del Censo de población de 1991, el retraso a los 12 años alcanzaba al 43% en el país, siendo la Capital la menor (27% de los niños) y Corrientes, Chaco, Misiones y Santiago del Estero los mayores, donde 2 de cada 3 niños se había rezagado respecto a su cohorte. En otras palabras estos son niños a los que finalizar la escuela les lleva entre 8 y 12 años.

En el caso de los adolescentes, la situación es peor porque el problema mayor es el abandono. A los 17 años, según las mismas fuentes antes mencionadas, sólo 1 de cada 4 adolescentes estaba escolarizado en el nivel correspondiente. Con estas cifras más bien uno podría concluir que en la enseñanza media (actualmente 3er.ciclo de la EGB y polimodal) más que abandono, se produce una “expulsión masiva”. Nuevamente la jurisdicción con mayor retención es la Capital Federal, con 47% y las menores son Misiones y Santiago del Estero (14%), y Formosa, Chaco y Corrientes, con 15%.

La edad en que se presenta el abandono masivo es entre los 13 y los 14 años. Por ello la universalización de los 10 años, es una fuerte apuesta y en la dirección correcta. Por cierto que para que ello sea posible se requiere, sobre todo en las jurisdicciones más pobres; y en el resto, en los barrios más pobres, efectuar un esfuerzo económico muy importante para habilitar infraestructura y disponer de docentes suficientes en cantidad y calidad para extender con igual grado de cobertura hasta esa edad, la escolarización.

La incorporación al mundo del trabajo: llave de la exclusión

Esta apuesta es fundamental para evitar lo que la globalización transformó en una condición. Las posibilidades de los niños y adolescentes en un mercado de trabajo con pautas competitivas a nivel mundial se diferencia cada vez más por el nivel de calidad y calificación de los recursos humanos y el capital social al que acceden.

Quienes no están calificados tienen y tendrán crecientes dificultades de incorporarse al mercado de trabajo. Según la información provista por la EPH, de la onda de octubre de 1997 en el Gran Buenos Aires, un 13% de los adolescentes entre 13 y 17 años no estudia ni trabaja y un 5% trabaja y no estudia. Según la misma fuente, las mayores proporciones de adolescentes que no estudian ni trabajan se encuentran en Tucumán (21%), en Rosario y en Mar del Plata (16%). También es entre los jóvenes menores de 25 años, el grupo más castigado por la desocupación, confirmando la vulnerabilidad presente y futura de los adolescentes pobres. Este es el ciclo de reproducción de la pobreza que se va encadenando desde la gestación hasta la adolescencia y que ahora se ve agravado al enfrentar el desafío de la exclusión: no acceder al empleo y a ingresos.

LAS POLÍTICAS SOCIALES: PARA SOBREVIVIR A LA EXCLUSIÓN O PARA INTENTAR LA INCLUSIÓN

La concepción bajo las cuales las políticas sociales se han legitimado y desarrollado en los últimos 50 años es la de asegurar ciertos niveles de bienestar para todos, reconociendo que el sistema produce desigualdad e injusticia. El inglés Alfred Marshall identificaba en la década de los '40 los derechos civiles, los derechos políticos y los derechos sociales. La ciudadanía plena agregaba, se obtenía cuando los tres tipos de derechos están asegurados y garantizados. Por ello, la ciudadanía la concebía como un proceso social de expansión permanente y creciente. Entre los derechos sociales, identificaba a las políticas de empleo e ingresos, a la política fiscal y a los por él denominados administración de los servicios sociales.

La construcción del estado de bienestar en la Argentina partió de un contexto de pleno empleo. Este fue la llave para acceder a los bienes y servicios y a ciertos niveles de ciudadanía de la población. El empleo posibilitaba acceder a ingresos, a derechos de pensión y jubilación, a seguros de vida, a coberturas por enfermedad, a programas habitacionales, al turismo social y a la recreación del trabajador (en su mayor parte asalariado) y su grupo familiar, a ingresos adicionales por escolaridad de los hijos, tamaño y estructura familiar, nacimiento de un hijo, fallecimiento de un familiar y matrimonio.

Desde mediados de la década de los '70, con el agotamiento del modelo sustitutivo de importaciones se inicia un proceso de cambio estructural del mercado de trabajo. Primero, se precarizó el empleo. Ello significó que todos los derechos a los que accedía el trabajador y su familia fueron perdidos para una masa creciente de asalariados. Estos mantenían sólo el empleo y los ingresos.

La educación y la salud de las familias, la recreación, la seguridad social, pasaron a ser financiadas y contratadas directamente por el trabajador o estos últimos pasaron a ser usuarios de servicios públicos utilizados antes sólo por los más pobres, aquellos grupos minoritarios que nunca excedieron el 20% con dificultades de acceso al empleo formal.

A partir de la década de los '90, el panorama se agrava, porque aparece un problema hasta entonces acotado que es el acceso al empleo. La desocupación se triplica en un año y desde 1994 entre la mitad y un tercio de las familias argentinas sufre problemas de desocupación o subocupación. Ello significa que al menos esa proporción de la población argentina tiene problemas de inseguridad de ingresos, que es lo mismo que decir inseguridad de vida, al no poder garantizar su acceso a una canasta de bienes y servicios.

Bajo algunas perspectivas de pensamiento neoliberal, el Estado debe limitarse a asegurar condiciones de funcionamiento pleno de los mercados, donde cada individuo según su competencia se beneficiará para comprar el paquete de bienes y servicios que requiera, entre ellos la salud, la educación, la vivienda para sí y los suyos. Al reconocer que hay sectores que no están en condiciones de acceder al mercado, para ellos y sólo para ellos, el Estado debe arbitrar programas que aseguren su sobrevivencia, denominados de compensación social.

Este modelo que se ha desarrollado en casi todo el mundo, ha producido crecientes niveles de inequidad, al favorecer una concentración del poder y de la riqueza desconocidos en los últimos 50 años. De acuerdo a la información sobre ingresos familiares provistos por la EPH de octubre de 1997, el ingreso promedio del 10% de las familias con ingresos más bajos es 27 veces inferior que el del 10% más rico en el Gran Buenos Aires.

Del ingreso total (subregistrado en particular por las declaraciones de las familias de mayores ingresos, por lo que la desigualdad en la realidad es mayor) el 10% más rico pasó de concentrar el 28% en 1974 a casi un 40% en 1997. Esta concentración se está llevando a cabo no sólo afectando a los deciles inferiores sino también a los medios.

En otras palabras, existe un proceso de creciente desigualdad en la sociedad, con sectores que encuentran crecientes dificultades para acceder a bienes y servicios, por insuficiencia de ingresos o por pérdida de derechos sociales, consecuencia de la precarización del empleo. Este cambio afecta primordialmente a las familias que tienen niños. Por lo tanto afecta más a los niños y adolescentes que son la mayoría en estas familias y en estos grupos sociales.

La posibilidad de nivelación y de aseguramiento propias de las políticas sociales no está funcionando, porque se ha mantenido bastante inflexible en su orientación a los cambios que se han producido en la economía y la sociedad, y por otro lado rebasada y deteriorada por la presión creciente de población que busca resolver sus necesidades en instituciones que antes desconocía.

En 1991, según datos del Censo de Población, cuando este proceso promediaba, 1 de cada 3 habitantes no tenía cobertura por obra social ni prepago, un 4.5% tenía cobertura privada y el 58% obra social. Por cierto que las diferencias eran grandes entre las jurisdicciones del país, al

punto que en Formosa y Santiago del Estero, la cobertura de obra social se reducía al 40% de sus habitantes. Al evaluar la cobertura por grupo etáreo, se observa que a medida que aumenta la edad mayor es la cobertura. Actualmente según las estimaciones, la población que tiene cobertura de obra social se reduce al 45% promedio, siendo casi del 87% en los mayores de 65 años. Los niños no disfrutaban de igual derecho que los ancianos. Esta sociedad no asegura a los niños y a los jóvenes (los grupos etáreos de menor cobertura) equidad generacional.

Tal afirmación se refleja en los servicios de salud donde nacen los niños argentinos. Según información de Estadísticas de Salud del Ministerio, en la última década creció la proporción de partos atendidos en el sector público del 43% al 58% del total, representando en Chaco, Formosa, Jujuy y Tierra del fuego, más del 70% del total.

La crisis de empleo e ingresos no puede ser compensada por las políticas sociales, como es evidente. Sin embargo, desde el punto de vista de la construcción de una sociedad que busca alcanzar mayores niveles de integración, es fundamental modificar ciertas orientaciones de las políticas sociales, así como reconstruir una mayor solidaridad entre los ciudadanos y los colectivos sociales, dando lugar a un nuevo Estado, más fuerte aunque reducido y a una sociedad más participativa y activa.

De acuerdo a los ejes que hemos recorrido, es fundamental reorientar las prioridades en las políticas sociales. Para asegurar una buena inserción ocupacional y responder a los desafíos de calificación que exige un modelo globalizado, es necesario mejorar y expandir la educación, tanto la básica como el polimodal. Con el fin de asegurar igualdad de oportunidades es necesario reconocer la desigualdad de origen, y asignar los mejores recursos docentes y pedagógicos a las jurisdicciones y a las comunidades más pobres. Ello no debe interpretarse como sólo diseñar una oferta para los pobres. Al contrario, debe afianzarse el carácter universal de ciertas políticas, si deseamos un escenario de mayor integración social.

En el campo de la salud la única alternativa es impulsar un cambio copernicano. Hasta ahora en el país se privilegió una visión reparadora de la salud. El sistema opera exclusivamente para recuperar, rehabilitar o disminuir el daño y el dolor. No invierte ni en la formación de hábitos, ni en la adopción de estilos de vida, ni en la construcción de deberes y responsabilidades por parte de la población para mejorar sus niveles presentes de salud y bienestar. Todo el gasto y la inversión se canalizan en medicamentos, tecnología para diagnóstico y tratamiento, y por lo tanto tienen su centro en el hospital. Hacia allí fluye el financiamiento. Además es el hospital también el eje para la formación y trabajo de profesionales y técnicos que atienden demanda por enfermedad. La propuesta no debe entenderse como que se pretende eliminar ésta modalidad, pues ello sería un absurdo. Lo que sí se pretende es que la asignación de recursos sea más equitativa, favoreciendo la educación para la salud, la organización comunitaria, el trabajo profesional extramuros y los servicios correspondientes al primer nivel de atención y al primer nivel de referencia.

Resulta a todas luces insuficiente e incluso imposible asegurar iguales oportunidades de salud y bienestar a los niños y adolescentes si no se invierte en acciones de promoción y prevención de la salud. Un sistema de atención médica como el actual es absolutamente funcional a la reproducción de condiciones de exclusión social y de no cumplimiento de derechos para los niños y adolescentes, en particular si son pobres. Y como la mayor parte de los niños son pobres y de los pobres son niños, el país está hoy hipotecando gran parte de su futuro. Cada vez tendremos más población a la que asistir con modelos de política asistencial, con mayores problemas de violencia, inseguridad y desintegración social.

Ciudadanos aptos para insertarse en el mundo global, exigen embarazos deseados y conscientes, de mujeres plenamente desarrolladas en todo su potencial, captadas y controladas adecuadamente, partos atendidos con calidad y calidez, niños que son bien alimentados, tratados con afecto,

estimulados, vigilados en su crecimiento y su desarrollo , residiendo en hogares donde existen hábitos adecuados de limpieza e higiene, se evita la promiscuidad y el hacinamiento, donde el clima familiar es el adecuado y existen instancias de protección del mismo, donde los niños accedan a la educación temprana de calidad y a escuelas y docentes estimulantes que respetan sus diferencias y sus ritmos de aprendizaje, a tiempos de exposición al aprendizaje y al conocimiento suficientes, con enfoques que estimulan la iniciativa, la solidaridad, la cooperación y la creatividad en los niños y que favorecen su participación en espacios donde sus ideas y sus tiempos son respetados y escuchados, único medio para que se incorpore el valor del escuchar y respetar a los demás.

Deseo concluir afirmando que hoy no existe duda alguna que es tan cierto que las políticas y programas sociales son insuficientes para asegurar la igualdad de oportunidades como también que sólo asegurando empleo e ingresos, será posible formar ciudadanos para la sociedad global. La lucha contra la exclusión exige el desarrollo de ambos aspectos. Parafraseando al fallecido ex-director de Unicef, podemos afirmar que la inclusión social es buena para los niños, y los niños son buenos e indispensables para construir una sociedad inclusiva.

REFERENCIAS

1. INDEC, La Pobreza en la Argentina, Buenos Aires, 1984.
INDEC, Anuario Estadístico, Buenos Aires, 1984.
2. Minujin A. et al., Cuesta Abajo, Colección Unicef-Losada, Buenos Aires, 1993.
3. Bustelo E. y Minujin A., La Política Social Esquiva, Unicef, Bogotá, 1997.
4. Carpio J., Minujin A. y Vinocur P., Infancia y Pobreza en la Argentina, UNICEF/INDEC/Siglo XXI, Buenos Aires, 1990.
5. Cheal D., New poverty, Families in Postmodern Society, Greenwood Press, Westport, Connecticut, 1996.
6. López N. y Vinocur P., Metas para el 2000, Un Compromiso nacional, publicado en Infancia y Condiciones de Vida, INDEC, Buenos Aires, 1995.
7. Estadísticas Vitales, Ministerio de Salud y Acción Social, Información Básica 1996, Cuadro N° 8, Buenos Aires, 1997.
8. op.cit (6)
9. Rodrigo A., Rentería M, Piacente T. et al., Piden pan... y algo más, Unicef/Siglo XXI, Buenos Aires, 1990.
10. Evans R., Barer M. y Marmor T., Why are some people healthy and other not?, Walter de Gruyter Inc, New York, 1994.
11. Myers R., Los Doce que Sobreviven, OPS/UNICEF-TACRO, OPS Washington, 1992.
12. CEPAL, Panorama Social de América Latina, Santiago de Chile, 1994.

ANEXO

Cuadro 1

Total de hogares - Hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI). 1980-1991
FUENTE: Anuario Estadístico, 1994. INDEC

Jurisdicción	1980			1991		
	Total	NBI	% nbi	Total	NBI	% nbi
Capital Federal	918758	67962	7.4	993066	69784	7.0%
Buenos Aires	2865982	568925	19.9	3408998	500176	14.7
19 partidos	1755277	381493	21.7	2087902	345352	16.5
Resto Bs. As.	1110705	187432	16.9	1321094	154824	11.7
Catamarca	42868	16129	37.6	57182	14032	24.5
Córdoba	610111	118315	19.4	737119	94701	12.8
Corrientes	140198	56889	40.6	179045	48159	26.9
Chaco	150616	67410	44.8	189562	62918	33.2
Chubut	62710	18695	29.8	91981	17865	19.4
Entre Ríos	219880	61360	27.9	259693	44698	17.2
Formosa	61373	28732	46.8	88687	30388	34.3
Jujuy	86266	38886	45.1	106800	35888	33.6
La Pampa	56705	10679	18.8	74138	8931	12.0
La Rioja	34853	11002	31.6	47788	11295	23.6
Mendoza	274527	56061	20.4	338392	51755	15.3
Misiones	129028	50553	39.2	181552	54473	30.0
Neuquén	52909	17951	33.9	93241	17849	19.1
Río Negro	92741	30401	32.8	130086	26873	20.7
Salta	137318	58228	42.4	178069	60421	33.9
San Juan	99191	25803	26.0	115029	19768	17.2
San Luis	50911	14078	27.7	69852	13084	18.7
Santa Cruz	26449	6009	22.7	40645	6163	15.2
Santa Fe	663778	132666	20.0	777174	108959	14.0
Santiago del Estero	122631	56151	45.8	143630	48261	33.6
Tierra del Fuego	5761	1474	25.6	18674	4758	25.5
Tucumán	198289	72608	36.6	242343	59677	24.6
Total País	7103853	1586967	22.3	8562744	1410876	16.5

Cuadro 2

Evolución de la pobreza en hogares del Gran Buenos Aires

	Pobres	No pobres	Total
Oct-74	2.8	97.2	100.0
Oct-80	9.1	90.9	100.0
Oct-86	13.8	86.2	100.0
Oct-87	19.1	80.9	100.0
May-88	27.8	72.2	100.0
May-89	24.9	75.1	100.0
Oct-90	30.9	69.1	100.0
Oct-91	21.7	78.3	100.0
Oct-92	16.9	83.1	100.0
Oct-93	16.1	83.9	100.0
Oct-94	18.9	81.1	100.0
Oct-95	22.8	77.2	100.0
Oct-96	24.3	75.7	100.0

Fuente: UNICEF. Elaboración propia en base a INDEC-EPH, Gran Buenos Aires

Cuadro 3

Incidencia de la pobreza por grupos de edad GBA

Grupo de edad	1990	1991	1992	1993	1994	1996	1997
0-2	56,5	39,0	35,0	32,7	37,7	51,0	49,7
3-5	54,9	42,0	36,5	34,5	36,3	50,5	46,3
6-12	58,6	40,1	32,1	34,5	40,8	52,3	49,4
13-17	53,4	33,4	24,7	27,0	31,8	45,7	40,5
18 y mas	31,2	22,2	17,2	15,6	19,0	25,7	23,4

Fuente: Unicef, en base a INDEC/EPH, GBA, Octubre 1997

Cuadro 4

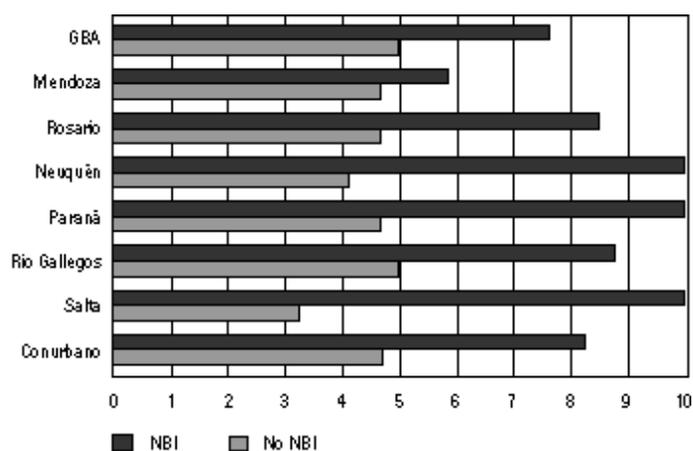
Porcentaje de mujeres que usan o usaron métodos anticonceptivos sin indicación médica, por NBI y nivel de ingresos

Jurisdicción	N. de ingresos				
	Hogares con NBI	Hogares sin NBI	Bajo	Medio	Alto
Gran Buenos Aires	73,2	64,6	72,2	65,0	61,4
Conurbano	74,0	66,5	73,0	66,2	63,6
Mendoza	75,0	68,4	70,3	67,7	69,2
Rosario	61,6	59,2	62,0	53,1	58,1
Neuquén	61,9	54,5	58,9	53,2	53,5
Paraná	67,9	64,4	68,4	62,4	62,8
Río Gallegos	63,0	57,8	60,8	52,8	58,3
Salta	80,8	73,0	79,0	73,9	66,8

Fuente: Módulo Materno Infantil, EPH-INDEC, 1994.

Gráfico 1

Bajo peso al nacer por NBI



Cuadro 5.a.

Porcentaje de mujeres con controles prenatales durante el primer trimestre según NBI y nivel de ingresos

	N. de ingresos				
	Hogares con NBI	Hogares sin NBI	Bajo	Medio	Alto
Gran Buenos Aires	71,1	91,2	74,5	89,5	95,0
Conurbano	67,2	89,5	73,4	87,4	94,5
Mendoza	72,7	92,3	80,5	88,5	96,4
Rosario	60,7	89,8	65,6	88,3	92,9
Neuquén	86,4	86,2	74,8	87,0	94,3
Paraná	70,5	88,7	69,1	88,8	97,1
Río Gallegos	57,4	83,5	66,2	85,8	91,0
Salta	57,7	79,5	60,8	81,4	94,1

Fuente: Módulo Materno Infantil, EPH-INDEC, 1994

Cuadro 5.b.

Porcentaje de mujeres que realizaron cinco o más controles prenatales por NBI y nivel de ingresos

Jurisdicción	N. de ingresos				
	Hogares con NBI	Hogares sin NBI	Bajo	Medio	Alto
Gran Buenos Aires	79,4	94,8	84,1	93,9	99,0
Conurbano	78,6	93,9	83,2	92,7	99,0
Mendoza	75,8	92,9	84,1	86,5	96,4
Rosario	68,3	94,1	72,5	93,1	97,7
Neuquén	80,8	89,1	81,3	88,3	100,0
Paraná	74,9	91,7	78,8	89,2	94,5
Río Gallegos	42,2	82,2	64,3	81,8	88,8
Salta	60,9	86,0	69,4	81,4	94,1

Fuente: Módulo Materno Infantil, EPH-INDEC, 1994.

Cuadro 6

Hogares según edad del jefe

Tipos de Hogar	Hasta 19 años	20-29 años	30-39 años	más de 40 años
Hogares pobres con niños menores de 6 años	0,3	23,3	36,4	40,0
Hogares pobres con niños entre 6 y 18 años	0,4	3,7	25,8	70,1
Hogares pobres sin niños	0,0	3,6	3,6	92,8
Hogares no pobres	0,2	9,4	15,3	75,1

Fuente: Gran Buenos Aires, EPH, Octubre 1997

Cuadro 7

Evolución de la Proporción de niños nacidos vivos según filiación extramatrimonial

Jurisdicciones	1983	1990	1996
Total	32.0%	36.74%	48.26%
Capital Federal	24.07%	28.41%	40.57%
Buenos Aires	27.76%	33.59%	46.18%
Catamarca	36.96%	41.69%	60.39%
Córdoba	22.48%	28.41%	39.58%
Corrientes	43.95%	42.96%	59.83%
Chaco	54.78%	54.83%	62.21%
Chubut	42.42%	41.69%	55.74%
Entre Ríos	28.94%	34.19%	46.59%
Formosa	59.70%	60.60%	66.34%
Jujuy	46.17%	56.18%	67.54%
La Pampa	25.65%	31.73%	45.07%
La Rioja	37.10%	42.41%	56.18%
Mendoza	21.08%	26.21%	34.59%
Misiones	44.94%	50.10%	57.70%
Neuquén	42.13%	44.51%	52.96%
Rio Negro	41.10%	45.48%	55.58%
Salta	46.19%	49.92%	59.92%
San Juan	25.21%	27.43%	36.72%
San Luis	27.73%	34.04%	50.11%
Santa Cruz	32.39%	39.79%	51.34%
Santa Fé	30.50%	35.52%	45.80%
Sgo.del Estero	40.52%	42.63%	61.52%
Tucumán	30.27%	33.76%	42.71%
Tierra del Fuego	24.48%	19.22%	44.21%
Otros países	42.54%	37.86%	53.80%
Lugar no espec.	64.78%	54.84%	65.83%

Fuente: Estadísticas Vitales, Ministerio de Salud y Acción Social

Cuadr 8

Hogares según tipo y condición de pobreza

Hogares según composición	Unipersonal	Nuclear completo sin hijos	Nuclear completo con hijos	Nuclear incompleto con hijos	Hogar no familiar
Hogares pobres con niños menores de 6 años			64,4	3,5	2,2
Hogares pobres con niños entre 6 y 18 años			61,9	18,3	2,3
Hogares pobres sin niños	18,8	37,2	21,3	9	8,3
Hogares no pobres	19,1	18,2	37,6	8,8	4,5

Fuente: Gran Buenos Aires, EPH, Octubre 1997

Cuadro 9

Hogares según máximo nivel de instrucción del jefe

Hogares según composición	Bajo	Medio	Alto
Hogares pobres con niños menores de 6 años	24,4	67,2	8,4
Hogares pobres con niños entre 6 y 18 años	26,0	62,0	12,0
Hogares pobres sin niños	37,5	49,8	12,8
Hogares no pobres	11,9	48,9	39,1

Fuente: Gran Buenos Aires, EPH, Octubre 1997.

Nivel de Instrucción = Bajo: Menos de primaria completa.

Medio: Menos de secundaria completa. Alto: Universitario

Cuadro 10

Hogares con hacinamiento mayor que tres, sin instalación de agua, sin instalación de baño, según tipo de hogar

Composición del Hogar	c/hacinamiento >3	s/instalación de agua	s/instalación de baño
Hogares pobres con niños menores de 6 años	28,1	6,3	39,7
Hogares pobres con niños entre 6 y 18 años	7,1	3,5	28,7
Hogares pobres sin niños	0,6	1,9	22,0
Hogares no pobres	0,9	0,8	6,0

Fuente: Gran Buenos Aires, EPH, Octubre 1997.

Cuadro 11

Prevalencia de desnutrición global (peso/edad, menos de -2 D.E.) de menores de 6 años (%)

Jurisdicción	Hogares con NBI	Hogares sin NBI
Gran Buenos Aires	4,4	2,1
Mendoza	2,6	1,4
Rosario	2,0	0,5
Neuquén	8,8	2,3
Río Gallegos	3,1	2,2
Salta	2,3	2,2

Fuente: INDEC, Módulo Materno Infantil, EPH, 1994. Tabla de Referencia: NCHS/OMS

Cuadro 12

Prevalencia de desnutrición crónica (talla/edad, menos -2 D.E.) de los niños entre 2 y 5 años según NBI

Jurisdicción	Hogares con NBI	Hogares sin NBI
Gran Buenos Aires	7,7	5,3
Conurbano	8,4	5,5
Mendoza	12,7	2,1
Rosario	8,6	2,7
Neuquén	12,5	5,2
Río Gallegos	3,5	5,1
Salta	10,6	3,8

Fuente: INDEC, Módulo Materno Infantil, EPH, 1994. Tabla de Referencia: NCHS/OMS

COMENTARIOS AL DOCUMENTO PRESENTADO POR PABLO VINOUCUR

Ageitos:

Quisiera mencionar que en un estudio realizado por la Dirección de Estadística del Ministerio de Salud de la Nación, sobre una base de nacimientos únicos, correspondientes a 4 años, hay 2 interesantes observaciones. En primer lugar las curvas de peso al nacer en la provincia de Jujuy y de Mendoza son prácticamente iguales si bien el porcentaje de NBI es muy superior en Jujuy (33%) con respecto a Mendoza (15%) y la mortalidad infantil es en Jujuy de 26.4 y en Mendoza de 15.3.

De esa misma base de datos es interesante analizar como el éxito reproductivo de las mujeres analfabetas en la Ciudad de Buenos Aires es superior a las universitarias en las poblaciones más desfavorecidas, como si aún este indicador tan importante de la educación materna se viera influenciado por las condiciones desfavorables del ambiente, que incluye a la calidad de los servicios a los que se accede.

En relación con el tema de la valoración social de la maternidad creo que es importante instalar este tema desde diferentes perspectivas incluyendo a los medios de comunicación y al sector educación.

Otro tema que quisiera comentar es acerca de la educación para la salud. Las campañas de comunicación social tienen diferente repercusión según que el tema sea de interés o amenace a la población económicamente privilegiada. Este es por ejemplo el caso del cólera o de la polio, que han tenido tanto eco en los medios de comunicación y éxito en la población en su conjunto probablemente, debido a que fueron percibidos como una amenaza no sólo para la población NBI.

Mercer:

Los datos referidos en el módulo de evaluación de metas sociales contenidos en la EPH no son coincidentes (probablemente por diferentes criterios metodológicos) con los obtenidos por el Programa Materno Infantil en dos áreas: los datos de concentración de controles prenatales y de prevalencia de lactancia materna son superiores en la EPH. Quisiera destacar que para el caso de control prenatal, la información es obtenida de entrevistas en la EPH mientras que en nuestro caso se obtiene de los registros de atención (SIP y SIPA). En el caso de prevalencia de prácticas de lactancia los datos que evaluamos en el Programa Materno Infantil son de lactancia materna exclusiva, siendo éste un indicador más exigente que el aportado por EPH.

Abeyá Gilardón:

La pobreza cuando adquiere niveles críticos debe incorporarse como problema de Estado y como tal reclama la explicitación y adopción de políticas de Estado. En este sentido si una política es universal no implica que sea el Estado el responsable de su ejecución a través de prestadores propios. Más bien el Estado debe ejercer un rol regulador y controlador con múltiples prestadores. Esto es particularmente válido para salud y educación donde en Argentina el Estado no monopoliza las prestaciones.

Díaz:

La impecable y detallada presentación de Pablo Vinocur muestra un panorama ciertamente desalentador respecto del fenómeno de la pobreza y la exclusión en la Argentina, así como de las condiciones de vida de la niñez en nuestro país, especialmente para los grupos más postergados. Al mismo tiempo nos lanza un desafío al señalar que ésta es una historia cuyo final aún no ha sido escrito y que por lo tanto podemos ser víctimas o simples espectadores de este fenómeno o bien asumimos como actores comprometidos en el proceso de cambio que se requiere. Quisiera destacar el peso de la observación que hace Pablo dado que luego de la caída del muro de Berlín -que representó el triunfo del sistema capitalista- se intentó instalar la idea que la economía de mercado, tal cual la conocemos, es el único sistema de organización económico-social posible y en consecuencia toda aspiración de construir una sociedad más justa y solidaria

no podía haber ni siquiera en el pensamiento. Pues bien, los datos presentados muestran las enormes fisuras del modelo propuesto, expresadas en la movilidad descendente de vastos sectores de nuestra sociedad y en los crecientes niveles de exclusión y marginalidad que genera, fenómeno que afecta de manera más marcada a la población infantil.

En este marco y respondiendo al llamado de constituirnos en actores del cambio, queda por discutir si ese compromiso está orientado sólo a optimizar los recursos asignados a la asistencia de los grupos más vulnerables de la sociedad -en base a la aplicación de estrictos criterios de focalización, a la eliminación de la superposición de los programas asistenciales, a la anulación del "clientelismo" en el proceso de asignación de la ayuda, etc.- o si, aparte de ello, a promover un debate profundo que parta del derecho de los ciudadanos a la salud y a condiciones de vida dignas, al tiempo que se fortalezca la participación social y la construcción de ciudadanía, con el fin de avanzar hacia cambios más profundos en el modelo de organización social y de desarrollo actualmente vigente.

Onaandia:

En la presentación del Dr. Vinocur encontramos que la mitad de nuestra población pobre se compone de niños menores de dos años. Pero también que es alto el número de padres jóvenes y adolescentes. Si se considera este dato con la dificultad de los adolescentes para lograr su inserción en el mercado laboral, incrementada por el peso de la paternidad, o aún multiplicada para la mujer que es madre y sostén de hogar, no podemos sino encontrar un panorama desalentador, con familias que se alejan cada vez más del su derecho a la salud y la educación.

Por otro lado, el analfabetismo, las pobres condiciones de educación e información no hacen sino aumentar la ocurrencia de enfermedades, y estas luego podrán generar internaciones. Lo que ya es un problema grave de por sí, tanto más cuanto que provoca el ausentismo, el abandono de trabajo, la inestabilidad de la fuente del mismo y finalmente su pérdida. Estas circunstancias no pueden sino llevar a la desesperanza y el abandono, que muchas veces se traducirá en el abandono de la familia por parte de padres que no pueden satisfacer sus necesidades básicas, las fuerzas vitales de la familia tienden necesariamente a menguarse y desaparecer.

La familia como ente de promoción y protección de la salud, entonces, desaparece. Es cierto que la aparición de las familias ampliadas sin duda puede ofrecer un valioso último recurso en el sostén de los niños, pero su hipertrofia también es peligrosa ya que la desaparición de roles más perfilados en el seno de una familia ampliada, donde la madre ocupa el rol de hermana de sus hijos, donde los abuelos, muchas veces abuelas maternas solas, se encargan del sostén de todo el grupo, puede contribuir a la desaparición, o alejamiento de un padre que no encuentra el lugar natural donde ubicarse.

Finalmente la necesidad de subsistencia no solo puede provocar la interrupción del desarrollo de un correcto vínculo madre hijo, desalentando o impidiendo el desarrollo de una lactancia materna adecuada e interfiriendo con la mayoría de los principios de cuidado infantil, sino que en última instancia es determinante del comienzo del trabajo, o mejor dicho de la explotación del trabajo infantil, como problema creciente, acuciante y actual en América latina, los países en desarrollo y el mundo entero.

Por otro lado se pone una vez más de manifiesto que cuando se habla de salud infantil, se debe incluir además en la misma carpeta la salud de los adolescentes, población que se encuentra en el ojo mismo de la tormenta, que viene de ser abandonada por la sociedad en su desarrollo histórico, que avanza hacia el abandono por parte de su propia familia en necesidad de los cambios que su propia naturaleza representa y que hacia una inclusión violenta asincrónica y difícil en un mundo de adultos que no se le ofrece, que lo empuja a reiterar su pasado. Que lo envía a repetir tempranamente su historia de desamparo infantil en una nueva familia pobre.

Arce:

Cuando yo era chico y joven creía que todo ser humano y toda familia podía salir de la pobreza trabajando duro y estudiando, como efectivamente lo lograron muchos en nuestro país desde fines de siglo pasado y hasta promedio nuestro siglo XX. Hoy parece mucho más difícil este objetivo e incluso se observa el fenómeno contrario de pauperización. Pero es bueno seguir apoyando y estimulando a que la gente luche, trabaje y se esfuerce a la par que se reclaman mejoras laborales y salariales.

“Reclamar salario digno y ser digno del salario”. Esto vale también y muy especialmente, para el equipo de salud y más aún para los profesionales médicos.

Un trabajo de evaluación del programa materno infantil halló en base a las historias clínicas de los servicios de salud del primer nivel de atención de 2 provincias argentinas, la casi absoluta falta de seguimiento del desarrollo de los niños. (Ver Giraldez R. y Ruiz V., Evaluando por productos en La Eficiencia del gasto social, Premio ADEBA 1997, Mecanografix Editores, Buenos Aires, 1997).

Desarrollo psicomotor del niño.

Consideraciones generales y necesidades actuales en la Argentina.

Horacio Lejarraga, Cecilia Pascucci.

Servicio de Crecimiento y Desarrollo. Hospital Garrahan. Buenos Aires Argentina.
Centro Colaborativo de la Organización Mundial de la Salud en Crecimiento Físico y Desarrollo Psicosocial.

INTRODUCCIÓN

Podemos decir que en la Argentina, hay una “cultura” pediátrica y epidemiológica sobre el crecimiento físico del niño, pero esta cultura no es tan perceptible, o no está tan desarrollada en lo que respecta al desarrollo psicomotor. En efecto, ya desde los tiempos de Perlina Winocur, (años 1935 - 1938)⁽¹⁾, disponemos de estudios de crecimiento físico. En la década del 60 se realizaron estudios más modernos⁽²⁾; que se multiplican en los años 70 y 80, se introducen normas nacionales⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾, se realizan estudios de evaluación nutricional con métodos antropométricos,⁽⁷⁾⁽⁸⁾ y se incorporan temas de crecimiento físico en la enseñanza de pre y de post -grado⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾.

En cambio, en lo que hace al desarrollo psicomotor, carecemos de tan abundantes antecedentes. La información científica y epidemiológica es muy escasa (ver más adelante), no disponemos de normas a nivel asistencial, y en el aspecto de la enseñanza de pre y postgrado tenemos carencias. Por ejemplo, en la Facultad de Medicina de Buenos Aires es difícil encontrar nada relativo al desarrollo psicomotor hasta llegar a la materia Pediatría, y el dictado de esta materia en muchas facultades de Medicina ocupa solamente 10 semanas, período en el cual la enseñanza de este tema tiene poco espacio. Las residencias pediátricas, como sabemos, se concentran en su enorme mayoría en Hospitales de alta complejidad, o con énfasis en las salas de internación, y los residentes tienen poca presencia en los centros ambulatorios. En las residencias, “el centro de gravedad” de la enseñanza está en el niño enfermo, hospitalizado; en este contexto tampoco hay mucho tiempo para la enseñanza del desarrollo psicomotor y de sus problemas.

Estas carencias, analizadas en el contexto de esta relevante reunión de expertos e interesados en la salud infantil, justifica plenamente el análisis del tema, así como una breve descripción de lo que disponemos actualmente, y la preparación de una serie de recomendaciones para su ulterior análisis y discusión.

¿QUÉ SE ENTIENDE POR DESARROLLO?

O mejor dicho: ¿qué es lo que se desarrolla?. Esta es una pregunta que parece obvia, pero no lo es tanto. Ud., lector, puede hacérsela a muchos pediatras, psicólogos, etc. Si lo hace, sorpresivamente, puede obtener respuestas muy dispares. Algunos le contestarán después de un momento de vacilación, “ lo que se desarrolla son... las capacidades...”; otros podrán decir: “lo que se desarrolla es... las pruebas que un niño puede cumplir en el consultorio...”, otros: “lo que

se desarrolla es... el sistema nervioso”, y así sucesivamente. Esta disparidad de criterios puede beneficiarse de un breve comentario sobre los conceptos más relevantes relativos a este tema.

La descripción de los conceptos nucleares en desarrollo infantil, se imbrica inextricablemente con la descripción de las escuelas de investigación que se han ocupado del tema. Debemos entonces hacer una breve mención de los principales conceptos de cada escuela. En esta mención deben estar incluidos al menos tres aspectos: a) la aproximación epistemológica que se haga del desarrollo del niño, b) la definición de la variable que cambia, (variable de cambio), es decir, de lo que se entiende por “ lo que se desarrolla “ y c) el impacto que tiene cada una de las escuelas sobre el mundo científico y sobre la sociedad. A estos fines podemos en forma muy esquemática, resumir cinco enfoques científicos del desarrollo psicomotor infantil, cinco perspectivas, de acuerdo al excelente resumen hecho por Kessen⁽¹¹⁾. Resulta obvio decir que el resumen de cinco escuelas psicológicas en unos pocos párrafos es necesariamente incompleto y defectuoso, pero el tema central de este escrito es otro y no hay espacio para mayor análisis. Si embargo, resulta fundamental hacer esta sinopsis, no solamente para mostrar la enorme amplitud del tema que nos ocupa, sino también para poder enfocar en forma más científica algunos de los problemas de la conducta infantil que se le plantean a diario en su consultorio y, más importante aun, porque estos conocimientos permitirán sin duda la mejor planificación de programas de promoción del desarrollo infantil en el área de salud pública.

Espero que estos párrafos sean comprendidos por el lego y aprobados por el experto.

El desarrollo como proceso madurativo

Esta es la concepción que le dio la escuela de Arnold Gessell⁽¹²⁾, y que, desde el punto de vista de la historia del estudio del desarrollo es la más antigua. Gessell, en su laboratorio, estudiaba el comportamiento de los niños de diferentes edades. Observaba las cosas que hacía un niño de seis meses, las que hacían otros de 9, etc. Tanto en forma transversal (diferentes niños de distintas edades), como longitudinal. Para Gessell, el desarrollo era un proceso madurativo entendiéndose por esto a un proceso de carácter fundamentalmente biológico, con una fuerte regulación genética, en el cual a medida que el niño se acerca al estado adulto (y aumenta su edad), alcanza en forma progresiva, sucesiva y cronológica, determinados logros y pautas de conducta que se van cumpliendo siempre con la misma secuencia (secuencia que estaba previamente programada). Según Gessell (aunque él no lo expresó de esta manera), la variable de cambio es la conducta. Gessell describió en forma minuciosa las conductas de los niños según su edad cronológica. Para Gessell, los niños que se alejaban de la media eran variaciones estadísticas alrededor de valores centrales que representaban la tendencia normal del niño “tipo” y marcaban el cumplimiento de la secuencia programada genéticamente.

El impacto sobre el mundo científico y sobre la sociedad de este enfoque “Gesselliano” fue muy importante. Se crearon percentilos de la edad en que los niños alcanzaban determinadas pautas; se usaron tests de desarrollo que, basados en estos conceptos pudieron expresarse en términos de cocientes de desarrollo. Se construyeron tablas, y de ellas se definieron criterios para evaluar el desarrollo de los niños según su edad, y los pediatras y las maestras jardineras evaluaban a los niños bajo su cuidado, estimando si un niño de una edad determinada cumplía con las conductas que Gessell decía que debía cumplir a esa edad. Esta concepción fue una de las primeras aproximaciones específicas al estudio del desarrollo infantil, y los pediatras estamos fuertemente influidos por la visión “Gesselliana”, madurativa del desarrollo infantil. Este es el enfoque que subyace bajo los tests de screening del desarrollo⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾.

El desarrollo como conducta provocada, y aprendida

En forma más contemporánea y también en USA, nació una teoría diferente del desarrollo infantil, cuyo principal exponente fue Watson⁽¹¹⁾. Watson estaba interesado en estudiar los móviles, los estímulos que se asociaban a determinadas conductas, y las formas que esas conductas aparecían luego de la repetición de dichos estímulos. Estudió la conducta humana y la de los animales, y encontró que había estímulos positivos (que provocaban satisfacción en el individuo estudiado), que favorecían la aparición de determinadas conductas, y otros estímulos negativos que desalentaban la aparición de las mismas conductas o favorecían la aparición de otras conductas opuestas. De esta manera, manipulando el medio ambiente, y repitiendo determinados estímulos, lograba la aparición de las conductas deseadas. Como es natural, esta visión de la conducta humana, determinada fuertemente por las variaciones del medioambiente es conceptualmente contradictoria con la concepción de Gessell, quien abogaba por una determinación más bien endógena de la conducta, y con un fuerte componente biológico.

Los experimentos de Watson, en humanos y en animales fueron llevándolo a la síntesis de una teoría que tomó el nombre de Conductismo⁽¹⁵⁾. Dicha teoría afirma que la conducta humana es el resultado de la influencia de los factores medioambientales sobre el niño. A lo largo de su vida, el niño está sometido a una serie de influencias positivas que le permiten reforzar y luego aprender determinadas conductas, y de influencias negativas, que le permiten desalentar algunas y alentar otras .

No es casual que esta escuela haya nacido y desarrollado en USA. No olvidemos que allí tomó cuerpo la corriente filosófica llamada Pragmatismo cuyo principal exponente fue William James⁽¹⁶⁾. Según James, no existen verdades absolutas, sino que los conocimientos tienen su legitimación en los resultados que dan; solamente pueden considerarse verdades aquellas que pueden dar resultados. La Verdad es sólo los resultados que ella brinda; no hay verdades, las verdades se hacen , las hacen el éxito en la acción. La verdad que no lleva hacia las cosas, que no sirve para algo, carece de sentido.

Tampoco fue aleatoria la aparición de William James y el pragmatismo en Estados Unidos. Este país, colonizado por Inglaterra, recibió la fuerte herencia de los filósofos empiristas Hume y Locke. Locke (16) retoma el concepto aristotélico que decía que el ser humano nace virgen de toda experiencia, y cuya mente es como una “tabla rasa”, en la cual se van imprimiendo con el decurso de la vida, todas las impresiones del medioambiente, conformándose así la personalidad, y la naturaleza “ontológica” del ser humano. Esta filosofía niega la existencia de conceptos innatos, de nociones primarias congénitas, previas a la experiencia del mundo sensible, e impregnó todo el pensamiento científico norteamericano del siglo XIX.

Con todos estos antecedentes (que forman parte inextricable de la filosofía norteamericana) pesando sobre las espaldas de Watson y sus discípulos, es fácil comprender la importancia excluyente que el Conductismo watsoniano le dio al medio ambiente sobre el desarrollo del niño. Así, Watson llegó a pronunciar una de las frases más arrogantes que puedan pensarse en psicología humana: “dadme diez recién nacidos, dejadme manipular el medioambiente a mi voluntad, y os produciré el adulto que se desee: un prestigioso profesional, un operario, incluso un mendigo, o un delincuente “.

Desde el punto de vista de la variable de cambio, para Watson, lo que se desarrolla es la conducta aprendida, a través de estímulos condicionantes de la misma a lo largo del tiempo. Las consecuencias que tuvo sobre el mundo científico fueron importantes. Esta escuela implicó en el mundo médico la centralización de la atención en las motivaciones de la conducta humana, en sus condicionamientos externos; implicó un fuerte progreso en la psicología experimental,

porque se pudo profundizar un poco más en las motivaciones de la conducta. El desarrollo de trabajos de investigación basados en la observación de la conducta, en la descripción y evaluación objetiva de la misma, el desarrollo de tests para medir aspectos subjetivos como la ansiedad, aspectos afectivos o emocionales, el vínculo madre-hijo, el apego , etc.. Esta escuela permitió el desarrollo de la psicología en el amplio campo de la investigación experimental, área de la investigación en la que estaba ausente el psicoanálisis, cuyas fuentes de conocimiento son otras. Esta corriente también favoreció la creación de terapias psicológicas tales como las de modificación de la conducta, que en algunos síndromes alcanzó resultados muy significativos, como por ejemplo en la enuresis, en muchos trastornos de conducta, y en todos aquellos problemas en que el cambio de la conducta es uno de los principales objetivos terapéuticos.

En la Pediatría, y también en la sociedad entera, el Conductismo tuvo consecuencias muy importantes: si el medio ambiente es la única (o la principal) causa del desarrollo infantil, (y por extensión, de todos sus problemas) , entonces cuando los niños tienen problemas, alguien tiene la culpa: llámese la madre, la institución, o el pediatra. Con esta idea, pero en el sentido opuesto, también se desarrollaron las “ escuelas de genios”, en las que se esperaba, por ejemplo, que si los padres comenzaban a enseñar música en forma suficientemente temprana, podrían casi en forma infalible, producir un Mozart o un Bach.

¿Gessell o Watson?, ¿Natura o Nurtura? El análisis de ambas teorías podría inducir al lector, erróneamente, a tomar partido por alguna de ellas. ¿Qué es lo que determina el desarrollo?, ¿La genética o el medio ambiente?. A esta altura del conocimiento científico, puede decirse que esta es una opción falsa. Hoy en día sabemos que TODO lo que sea humano, es el resultado de tres factores: el programa genético, el medioambiente, y la interacción entre ambos factores. Este tercer factor, la interacción, es esencial, ya que el mismo medioambiente no actúa igual en individuos con diferente potencial genético, y viceversa, un mismo programa genético no se expresa de la misma manera en diferentes ambientes. Aun los conductistas más radicales⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾ están de acuerdo en que el desarrollo mental es el resultado de factores genéticos y medioambientales.

El Psicoanálisis

En medio del dualismo genética-medioambiente que imperó en el mundo científico durante los tiempos de Gessell y Watson y aun después, surge, en la Viena de las primeras décadas de este siglo, la teoría Psicoanalítica de Sigmund Freud⁽¹⁹⁾. Básicamente, describe la existencia de tres instancias psíquicas: el Ello, que contiene las pulsiones (y no instintos), en su mayor parte inconscientes (Freud nunca habló de instintos, reservando esta palabra para los animales); el Yo, instancia de organización del individuo, que le sirve para actuar sobre la realidad, cuyos componentes son en su mayoría (pero no en su totalidad) conscientes; y el Super Yo , que tiene dos funciones fundamentales: la organización del Yo, y la censura moral de las pulsiones. Para Lacan, continuador y profundizador de la teoría Freudiana, en el Ello, el elemento central no son las pulsiones (que serían secundarias), sino las palabras, ciertas palabras que tienen una representación simbólica diferente en cada individuo, y esencial a la identidad del individuo y constituyentes de él⁽²⁰⁾⁽²¹⁾. La génesis de estas tres instancias toma lugar en el curso de los primeros años, durante los cuales, en algunos lugares de los bordes del cuerpo (zonas erógenas) se concentran las áreas de satisfacción e interacción con el medio ambiente. En el primer año tiene lugar la etapa oral, caracterizada por el tacto oral , el conocimiento de los objetos con la boca, la satisfacción de mamar, las características receptivas de la conducta, luego deviene la etapa sádico-anal, caracterizada por el dominio de los esfínteres, la salida de los dientes y su utilización , la repetición de movimientos, el placer en la ejercitación de los músculos voluntarios, la necesidad de controlar el medio ambiente; la tercera etapa o etapa fálica , en la

que la zona erógena se localiza en los genitales , y el conflicto central entre ambos sexos se debate en tener o no tener falo. Durante estas etapas, se instala y elabora el llamado “Complejo de Edipo” que constituye un organizador de la personalidad; consiste en el desarrollo de la atracción sexual del niño hacia el progenitor del sexo opuesto, y el surgimiento del complejo de castración (del cónyuge hacia el niño). El desarrollo del niño decursa en el medio del interjuego de las pulsiones, la censura, y los límites de la realidad.

Para esta perspectiva lo que se desarrolla, lo que cambia en el niño es la forma en que se elaboran las emociones, la forma de resolver los conflictos. La repercusión en el mundo médico y no médico de la teoría freudiana fue muy grande, y en nuestro país tuvo una repercusión especial. La teoría freudiana hizo ver a los interesados en desarrollo infantil, que éste es algo más que la edad en que los niños alcanzan alguna pauta de conducta, motivado por algún estímulo externo, sino que es algo mucho más complejo, en el que están involucrados factores, de los cuales ni siquiera pueden estar en el plano de la conciencia del individuo. Permitió el reconocimiento de que los niños no eran seres tan “inocentes”, desprovistos de las pasiones del adulto, sino que eran seres altamente necesitados de afecto, con sus conflictos, sentimientos, deseos, los que si bien son obvios para nosotros ahora, en las postrimerías del siglo veinte, de ninguna manera eran tan obvias antes de Freud. En nuestro país esa escuela, junto con algunos pediatras que engendraron ideas propias como Escardó⁽²²⁾, contribuyó mucho al tratamiento humanitario del niño, y a la comprensión de sus necesidades afectivas para que experimenten un desarrollo normal. En la década del 50, ayudó grandemente a que los niños enfermos sean internados en los Hospitales con sus madres.

No podemos citar a Freud sin agregar una palabra más sobre Jacques Lacan. Como decimos más arriba, Lacan dice que en vez de pulsiones, en el inconsciente lo que hay como elemento primario son palabras. Las pulsiones aparecen en forma secundaria. Ilustraré esto con un ejemplo: hace un tiempo, mientras estaba en mi consultorio escuchando a una madre que me contaba (en forma un tanto aburrida) la historia de su hijo de 4 años que no crecía bien y “no quería comer”, le pregunté al niño súbitamente: “¿y a vos qué te pasa?”, a lo que me contestó: “mi mamá no me mira”. Esta frase, (que uno obtiene una vez cada treinta años de consultorio), resulta central para comprender la problemática del niño, está llena de connotaciones afectivas, y es constitutiva de su personalidad, es la que va a modular y tal vez determinar toda su vida. Esto es lo que Lacan llama “el significante”. No debe extrañarnos descubrir que en el núcleo de nuestro aparato mental estamos constituidos por palabras, dado que es el lenguaje lo que nos diferencia del resto de los seres vivos. No se necesita explicar mucho más para comprender la extraordinaria importancia que tienen estos conceptos en el área de la salud mental del niño en atención primaria.

La Epistemología genética

En los años treinta, Jean Piaget, un joven suizo que trabajaba con Binet, examinando resultados de cocientes intelectuales de niños normales, encontró que cuando los niños de una edad determinada se equivocaban en los tests de inteligencia, se equivocaban TODOS DE LA MISMA MANERA, es decir cometían el error siempre en el mismo sentido. Esto llevó a pensar (y a comprobar años más tarde), que los niños de edades similares fracasaban en pruebas de inteligencia que niños de mayor edad aprobaban, no porque tuvieran una inmadurez del esquema intelectual de niños de mayor edad, sino porque tenían OTRA forma de comprender el mundo, otro esquema mental de interpretación de la realidad y de adquisición de conocimientos. Piaget descubrió una teoría que es de carácter constructivista de la forma en que el niño aprende, en el sentido que el niño, a través de su acción en la realidad, va conformando una idea de los objetos y del mundo que lo rodea. Este esquema va cambiando con la edad del

niño. El esquema se va creando esencialmente a través de la acción, y siempre con referencia o en la interacción con él. Por ejemplo, un niño de tres meses va a desarrollar un esquema mental de clasificación de los objetos que percibe en “chupables” y “no chupables”, luego de unos pocos meses, los objetos se dividirán en “agarrables”, y “no agarrables”, etc.⁽²³⁾⁽²⁴⁾. El niño pasa así por cinco estadios de desarrollo cada uno de los cuales se caracteriza por un esquema diferente del espacio, del tiempo, del mundo en general.

El impacto de Piaget sobre el mundo de la educación fue enorme, y aun no ha sido completamente asimilado e incorporado a la sociedad y a la enseñanza (Jean Piaget murió en 1980). Se comprendió que la enseñanza no es llenar de conocimientos (de adquisición pasiva) una “cabeza” vacía, sino, lograr que a través de una posición activa del niño hacia la realidad, pueda construir el conocimiento nuevo e integrarlo a los pre-existentes. Para Piaget, lo que se desarrolla, lo que cambia en el niño es su esquema de entender el mundo.

Los estudios inter-culturales

En los últimos años, están apareciendo numerosos trabajos que estudian aspectos del desarrollo del niño (sobre todo del lenguaje), en distintas culturas y en forma comparativa⁽¹¹⁾. Estos estudios, que podemos llamar inter - culturales, toman el desarrollo como una cuestión de contexto, más que de desarrollo de algo, y sus resultados, extremadamente interesantes, seguramente enriquecerán el conocimiento del desarrollo infantil, a medida que sean más conocidos.

Una definición de desarrollo

Después de repasar estos comentarios, ensayamos la siguiente definición, necesariamente amplia y comprehensiva:

“El desarrollo es el curso de los cambios de la conducta sensorio-motriz, del lenguaje, de las formas de resolución de los conflictos emocionales, de la inteligencia y del aprendizaje”.

FACTORES QUE INFLUENCIAN EL DESARROLLO PSICOMOTOR

A continuación, enumeramos los factores medioambientales más relevantes, en los que se ha estudiado su influencia sobre el cumplimiento de pautas de desarrollo psicomotor.

Pautas de crianza

El primer factor medioambiental a tener en cuenta, que influencia la aparición de pautas de desarrollo, son las pautas de crianza. Estas a su vez, dependen de la cultura en que nacen y se practican, son cultura-dependientes, e influyen fuertemente en el desarrollo psicomotor del niño. En un estudio en Kenya, se observó que los niños cumplían tempranamente algunas pautas de desarrollo motor. Estas pautas, por ejemplo, sentarse, y caminar, eran justamente aquellas cuyo cumplimiento era altamente valorado por la comunidad⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾. En una sociedad en que sea altamente valorado (y practicado) comer con “palitos chinos” (como ocurre, precisamente en China), los niños alcanzarán esta habilidad antes que en los países con una sistema de valores indiferente a esta pauta. Para poner otro ejemplo más cercano, si se aplicara el test de Denver II en nuestras comunidades, la mayoría de los niños sanos fracasarían en la pauta “prepara cereal”, porque la mayoría de las familias argentinas no desayunan ni meriendan con cereales⁽²⁷⁾. Lógicamente, la ausencia de estímulos medioambientales, o su disminución, tal como ocurre en grupos sociales desfavorecidos, va

a estar asociada a un retraso de las pautas de desarrollo. El retraso del desarrollo por falta de estímulos medioambientales adecuados es una de las formas más prevalentes en comunidades con necesidades básicas insatisfechas.

Educación materna

Hay varios estudios, uno de ellos hecho en Argentina, que comentaremos más adelante⁽²⁾ y otros en el extranjero⁽²⁷⁾⁽²⁸⁾, que reafirman la influencia positiva e independiente del nivel de educación materna sobre el desarrollo infantil. Esta influencia debe ser tomada en cuenta en los programas de salud pública, ya que constituye una “aliada” natural de los programas de capacitación, estimulación familiar, etc.

Nivel socioeconómico

La influencia de este factor, ajustando para educación materna, depende en cierta medida de la edad del niño.

En niños mayores de tres años, los trabajos son bastante consistentes en el sentido que los niños de bajo nivel socioeconómico retrasan sus pautas de desarrollo⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾. Los factores biológicos asociados a este bajo nivel (bajo peso al nacer, prematurez, desnutrición materna, etc.) tienen una influencia importante pero en una proporción relativamente pequeña de niños. En la mayor proporción de niños afectados, el retraso sería secundario a factores medioambientales de orden psicosocial⁽³¹⁾. Podría pensarse que las diferencias en el desarrollo en niños de diferente nivel socioeconómico se deben a diferencias culturales, de familiaridad con los instrumentos usados para tomar las pruebas del desarrollo. De esta manera, los niños de niveles bajos de zonas rurales, fracasarían, por ejemplo, porque no están familiarizados con el automóvil que hay que reconocer en un test. Si en lugar de un automóvil se les mostrara un burrito o un animal con el cual estuvieran familiarizados, aprobarían los tests de la misma manera que los niños de niveles sociales altos con culturas sintónicas con los instrumentos de los tests. Sin embargo, los estudios realizados ya en los años 70 demuestran que las diferencias en el desarrollo de niños de niveles sociales bajos con respecto al de los niños de niveles altos, persisten cuando se usan tests culturalmente compatibles⁽³²⁾⁽³³⁾.

En lo que respecta a niños menores de tres años, los estudios no son concluyentes. Algunos trabajos muestran adelanto en las pautas de niños de bajo nivel socioeconómico⁽³⁴⁾⁽³⁵⁾, pero en otros estudios, estas diferencias no fueron observadas⁽²⁸⁾⁽³⁶⁾.

Dentro del concepto de nivel socioeconómico, que es un concepto algo vago, corresponde preguntar: ¿cuáles son los factores específicos que influyen en la conducta y el aprendizaje?. Un estudio muy importante de Jacobson demuestra la existencia de un incremento marcado en los puntajes de inteligencia en niños de nivel socioeconómico bajo como resultado de la modificación sistemática de factores de tipo cognitivo: un período de experiencia sistemática centrada en el área cognitiva de sólo 24 horas fue suficiente para cambiar significativamente los resultados de los tests de inteligencia derivados de la prueba de Stanford Binet⁽³⁷⁾. Quiere decir que la influencia de la clase social sobre el cociente intelectual es seguramente a través de estímulos y de carencias en el medioambiente. La capacidad del niño de bajo nivel socioeconómico está presente, y es necesario permitirle su expresión con la estimulación adecuada. De más está decir que esta estimulación no implica solamente la administración mecánica de ejercicios o de estímulos sensoriomotrices, sino también, y sobre todo, el logro de un vínculo entre la persona que estimula y el niño estimulado, imprescindible para lograr los efectos positivos deseados.

Orden de nacimiento

Hay algunos estudios que muestran que el orden de nacimiento puede influir en el CI de una familia; se han encontrado estas influencias en dos sentidos, una de ellas, en el sentido de mayor CI en niños nacidos en primer orden (con respecto al segundo, tercero, etc.), y la otra en el sentido de mayor cociente intelectual en los niños con menor número de hermanos (a mayor número de hermanos en la familia, menor CI promedio de la familia).⁽²⁹⁾⁽³⁵⁾ Estos resultados seguramente se relacionan con la condición limitada del tiempo materno disponible, y alimenta grandes dudas sobre el conocimiento popular generalizado de que “si un bebé nace en el seno de una familia de muchos hermanos, los mayores lo van a criar o a estimular adecuadamente”. Esto no debe sorprendernos porque similares hallazgos se han encontrado en relación con la estatura ⁽³⁸⁾.

Sexo

Hay varios estudios que describen una tendencia de las niñas a alcanzar pautas de desarrollo antes que los niños, pero esta tendencia no es consistente en todos los estudios, y tampoco se la ha encontrado en todas las áreas del desarrollo ⁽¹³⁾⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾⁽³⁶⁾⁽³⁹⁾.

Cambios seculares

En algunos países (por ejemplo USA), se ha observado que niños del mismo nivel socioeconómico, pero nacidos en 1980 ⁽⁴⁰⁾ alcanzan pautas de desarrollo psicomotor a edades más tempranas que niños nacidos veinte años antes, en 1960 ⁽¹³⁾. Esto se debe probablemente a mejores condiciones de vida, y de estimulación medioambiental, tal como ocurre con la estatura media de los grupos de población. En la Argentina, sólo contamos con información sobre tendencia secular en lo que se refiere a la estatura ⁽⁴¹⁾.

TRABAJOS REALIZADOS EN NUESTRO PAÍS, INFORMACIÓN DISPONIBLE

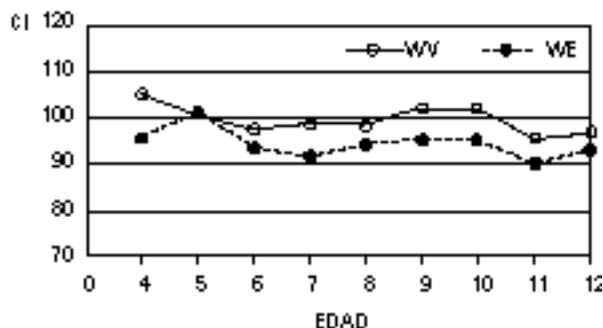
Trabajos hechos en el pasado

Dentro de nuestro conocimiento, el primer trabajo con un enfoque epidemiológico fue el realizado por Cusmisnky en 1974 en la ciudad de La Plata ⁽²⁾. En este trabajo, de carácter transversal, se evaluó el cociente intelectual con el test de Terman Merrill, de una muestra proporcional, representativa y estratificada de 800 niños de 4 a 12 años de la ciudad de La Plata. El muestreo fue realizado en forma impecable, a partir de una fotografía aérea de la ciudad, y del sorteo de las viviendas. Los niños fueron entrevistados en los hogares y estudiados en un laboratorio psicométrico dentro de un intervalo de +/- 15 días del día de su cumpleaños. La composición social de la muestra refleja la composición social de La Plata, ciudad predominantemente administrativa y universitaria (predominio neto de clase media).

La figura 1 muestra la media del cociente intelectual de los niños a cada edad. Se observa una media cercana a 100, en las edades iniciales, lo cual permite inferir que el desarrollo intelectual de los niños de La Plata no difería significativamente de los de la muestra de estandarización, es decir de los usados para construir el test de Weschler.

Figura 1

Media del Cociente Intelectual (CI) por edad en la escala de Wechsler (WV: verbal; WE: ejecutivo)



Llama la atención un discreto descenso del promedio de CI a medida que se avanza en edad. Este descenso es bastante consistente, y puede estar mostrando un efecto desfavorable del medio ambiente (cuya importancia e influencia sobre el CI aumenta con la edad del niño) a medida que se avanza en edad. Cuando se presentó este trabajo en un congreso de Investigación Pediátrica, un miembro de la audiencia preguntó si ese descenso no podía ser el resultado (paradójico, se entiende), de una influencia negativa de la escuela. No hay manera de evaluar este efecto, ya que todos los niños estudiados mayores de 6 años iban a la escuela, pero si hablamos de medioambiente, y su influencia, la escuela está comprendida dentro de dicho medio. La media del CI en los primeros años es superior a 100.

Los desvíos estándar del CI a cada edad oscilaron entre 13 y 16, de manera tal que puede decirse que la variación individual era similar a la de niños sanos de otro países, y que no hay evidencias de una variancia inusualmente grande, como para pensar en la existencia de un subgrupo dentro de la misma muestra, con un CI particularmente muy bajo o muy alto.

Es interesante evaluar los datos del CI cuando se estudia la influencia independiente de dos factores de orden familiar de gran importancia: el nivel educacional materno (NEM) y el nivel económico paterno (NEP)⁽⁴²⁾. La tabla 1 muestra los cocientes intelectuales de los niños con las cuatro combinaciones posibles de los subgrupos, en forma separada. Como es de esperar, se observa que hay pocas madres (pero las hay) bien educadas que se casan con padres de bajo NEP; la inversa también es posible, es decir, que hay madres poco educadas que se casan con padres de buen NEP.

Tabla 1

Cociente intelectual según nivel ocupacional paterno y nivel educacional materno (Cusminsky y col, ref 42). Media +/- Error Estandard. 952 niños de 4 a 12 años.

		Nivel educacional materno			
		Alto		Bajo	
		N	X +/- ES	N	X +/- ES
Nivel ocupacional paterno	Alto	332	109.9 +/- 0.8*	11	107.4 +/- 3.0*
	Bajo	432	101.8 +/- 0.8*	177	95.9 +/- 1.1*

* todas las diferencias son estadísticamente significativas para P < 0.05 o menos.

NEM : alto : Secundario y Universitario NOP : alto : Niveles de Graffar 1, 2 y 3.

El mayor nivel intelectual se obtiene en el casillero de madres educadas con padres de buen NEP, y el más bajo, como es de esperar también en el subgrupo de madres poco educadas con padres de bajo NEP. Sin embargo, es muy interesante observar que a igual nivel socioeconómico paterno, los hijos de madres educadas tiene un CI mayor que los de madres poco educadas y viceversa: a igual nivel educacional materno los hijos de padres de buen NEP tienen mejor CI que los de bajo NEP. El hallazgo de la independencia de influencia del nivel educacional materno sobre el CI del niño es, a nuestro juicio de una importancia fundamental desde el punto de vista de salud pública y de educación, ya que brinda bases científicas que fundamentan el enorme impacto que puede tener la educación materna (y también del niño) en los programas de promoción del crecimiento y desarrollo infantil que surgen desde las áreas de salud pública, o de desarrollo social.

En forma contemporánea a este estudio, hubo esfuerzos docentes importantes en el país, tales como los del grupo de la Dra. Coriat ⁽⁴³⁾. En 1988 se llevó a cabo un estudio de 319 niños menores de cinco años asistentes a tres hospitales públicos del área metropolitana ⁽⁴⁴⁾. En este trabajo, se evaluó solamente el número y porcentaje de niños que fracasaban en el cumplimiento de una escala de origen chileno ⁽⁴⁵⁾ al igual que en otros estudios, realizados en Capital o en la provincia de Buenos Aires con pacientes hospitalarios ⁽⁴⁶⁾⁽⁴⁷⁾. Un estudio realizado recientemente en la Pcia. de Córdoba ⁽⁴⁸⁾ empleó la PRUNAPE (ver más adelante) para evaluar el desarrollo psicomotor y serán comentados por los autores en otro capítulo. Todos estos trabajos aquí mencionados fueron dirigidos fundamentalmente a evaluar el porcentaje de niños que pasan un determinado test de pesquisa.

Hay muy escasa información en nuestro país sobre prevalencia de trastornos de desarrollo. La única referencia encontrada es el trabajo realizado por el Dr. N. Fejerman en 1970 ⁽⁴⁹⁾ en el cual se describe una prevalencia de 1.3% de retardo mental (CI por debajo de 70), muy similar a la encontrada en otros países.

En el período 1987-1996 se lleva a cabo un estudio nacional colaborativo que brinda información nacional sobre la edad en que los niños sanos alcanzan a cumplir determinadas pautas de desarrollo, que permitió la construcción de un instrumento para uso pediátrico en el primer nivel de atención:

Trabajos recientes. El Programa Nacional Colaborativo. La Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE)

En esta sección, omitiremos comentar un importante trabajo de campo, que en este libro merece un capítulo aparte ⁽⁵⁰⁾.

El Programa Nacional Colaborativo consistió en la organización de un estudio en el que participaron 220 pediatras de todo el país, y que luego de un período de entrenamiento, evaluaron en su consultorio una serie de más de 200 pruebas de desarrollo en 3573 niños de 0 a 5 años de edad. Junto con los resultados de la evaluación de pruebas de desarrollo se recogió información sobre una serie de variables medioambientales tales como nivel socioeconómico, educación materna, tamaño familiar, etc. ⁽⁵¹⁾⁽⁵²⁾

La tarea de recoger la información estuvo precedida por un estudio piloto en el cual cada pediatra participante debía tomar las distintas pautas de desarrollo antes del entrenamiento, a un grupo de cinco niños. La tabla 2 nos muestra una información interesante sobre el porcentaje de pruebas que el pediatra omitió hacer, según la edad del niño. En conjunto, los pediatras debieron tomar un determinado número de pautas en 542 niños menores de un año y en 851 niños de 1.0 a 5.99 años. Se observa que el porcentaje de pruebas omitidas tomadas a mayores de un año

(3.26 %) es significativamente mayor que el porcentaje de pruebas omitidas a menores de un año. Esto es una evidencia indirecta, pero clara, de que los pediatras estamos más habituados a evaluar el desarrollo en niños menores de un año.

Tabla 2

Número y porcentaje de pautas/niño no realizadas, con relación al número de pautas/niño realizadas por 181 pediatras, por grupo etáreo.
Estudio piloto del Programa Colaborativo Nacional (Lejarraga, ref 51).

	0 - 1.0 años	1.0 - 5.99 años
Número total de niños	201	573
Total de pautas a tomar en cada niño	52	56
Total de pruebas /niño a tomar	10.884	17.582
Número de pruebas no realizadas	201	573
Porcentaje de pruebas no realizadas	1.84 %	3.26 % *

* Chi cuadrado , P < 0.01

En conjunto con el Instituto de Cálculo (UBA) se estimaron percentilos de la edad en que los niños cumplían 78 pautas de desarrollo que deben ser tomadas en forma debidamente estandarizada⁽⁵³⁾, y se construyó un conjunto de pautas que tomó el nombre de Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE)⁽⁵⁴⁾. Es de destacar que salvo en escasísimos trabajos de origen extranjero (y sólo en pautas puntuales) en ningún otro trabajo sobre edad de cumplimiento de pautas de desarrollo se estimaron los centilos junto con los intervalos de confianza, datos esenciales para evaluar la precisión de los mismos⁽⁵³⁾.

Esta prueba consiste en una serie de pautas a tomar en cada niño, que incluye preguntas y pruebas tomadas por el observador a cumplir en su presencia. La PRUNAPE, antes de ser recomendada y normatizada para el primer nivel de atención pediátrica en todo el país, debe ser sometida a determinadas pruebas de validación. Con ese objetivo, y con la colaboración del Instituto Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con Discapacidad (Ministerio de Salud y Acción Social), y con el Instituto del Cálculo de la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales de la Universidad de Buenos Aires, hemos llevado a cabo recientemente una serie de estudios destinados a evaluar varias preguntas.

Un primer estudio⁽⁵⁵⁾ estuvo destinado a recoger información para poder establecer criterios de riesgo y límites de normalidad, con un número reducido de pautas con respecto al test original. Un segundo estudio estuvo destinado a evaluar el tiempo que se demora en tomar la prueba (aun no publicado), y un tercer estudio, aun en curso, está destinado a evaluar la replicabilidad (test-retest), la validez concurrente con tests diagnósticos, con cuyos resultados se obtiene la sensibilidad, especificidad y valor predictivo⁽⁵⁶⁾. Comentaremos sintéticamente los resultados de los dos primeros.

Con respecto al primer estudio, la pregunta central fue: "dentro del número total de pautas a tomar en un niño determinado a una edad dada ¿cuál es el número de pautas que un niño debe fracasar para ser considerado sospechoso ? ". Lógicamente, este número de pautas fracasadas dependerá del número total de pautas tomadas a cada edad. No es lo mismo fracasar en una pauta cuando se toman 29 que cuando se toman 10. En el caso de la PRUNAPE, deben tomarse aproximadamente 12 pautas para hacer el test, después de los nueve meses de edad⁽⁵⁴⁾. Con el

objetivo mencionado, se llevó a cabo un estudio sobre los niños del banco de datos del Programa Nacional Colaborativo (sobre la muestra de estandarización), calculando el número y porcentaje de niños que serían clasificados como anormales (o de riesgo) si se establece como punto de corte fracasar en una, dos, tres, etc. pruebas. Este estudio se llevó a cabo con todas las combinaciones posibles de pautas, y a todas las edades, ya que según la edad, varía el número de pautas a tomar. También se llevó a cabo un estudio teórico de cálculo probabilístico para estimar también por este camino la especificidad del test. Los resultados completos serán debidamente publicados en breve, aquí mostraremos solamente los más ilustrativos. La tabla 3 muestra el porcentaje de niños del banco de datos y del estudio teórico que serían clasificados como normales según un determinado número de pautas tomadas y fracasadas, con una reducción del número de pautas a tomar de 20 a 12 o menos según la edad. Hemos elegido estos resultados de todos los disponibles, porque el punto de corte de los mismos se acerca a una especificidad del 90 %.

Tabla 3

Proporción de niños sanos clasificados como normales con el criterio de riesgo

(Lejarraga, H., Pascucci, M.C., ref. 55):

- más de 2 pautas fracasadas, cuando se evalúan 10 a 12.

- más de 1 pauta fracasada, cuando se evalúan 1 a 9.

N° de pautas evaluadas	N° de niños	ESTUDIO EMPIRICO	ESTUDIO TEORICO
12	-	-	89%
11	33	94%	91%
10	64	92%	93%
9	112	88%	77%
8	34	77%	82%
7	79	67%	85%
6	32	88%	89%
5	65	94%	91%
4	69	93%	94%
3	15	100%	97%
2	19	100%	99%
1		-	100%
N° total	522	-	-

Los porcentajes de ambas columnas son semejantes, lo cual refuerza los hallazgos del estudio empírico, y se observa que para la toma de 6 pautas o más, se obtiene un porcentaje de niños sanos clasificados como sospechosos de aproximadamente un 10 %.

Teniendo en cuenta que algunos programas pueden necesitar puntos de corte más específicos, la tabla 4 muestra los resultados obtenidos tomando como límite de normalidad un mayor número de pautas fracasadas. En este caso, los porcentajes del estudio empírico y teórico son semejantes, y ambos dan cifras de alrededor del 97 %.

De esta manera, con estos resultados que incluyen una reducción del número de pautas a tomar, sabemos que si establecemos los siguientes puntos de corte para la PRUNAPE (ver tabla 5) obtendremos una proporción determinada de niños normales. Estos puntos de corte son necesariamente provisorios, ya que deben ser fundamentados en estudios complementarios de

sensibilidad y especificidad que están actualmente en curso en el Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Garrahan.

Tabla 4

Proporción de niños sanos clasificados como normales según criterios de riesgo

(Lejarraga, H., Pascucci, (ref. 55).

- más de 3 pautas fracasadas, cuando se evalúan 10 a 12.

- más de 2 pautas fracasadas, cuando se evalúan 4 a 9.

- más de 1 pauta fracasada, cuando se evalúan 1 a 3.

Nº de pautas evaluadas	Nº de niños	ESTUDIO EMPIRICO	ESTUDIO TEORICO
12	-	-	97
11	33	100	98
10	64	97	99
9	112	98	95
8	34	94	96
7	79	90	97
6	32	100	98
5	65	98	99
4	69	99	99
3	15	100	97
2	19	100	99
1	-	-	100
N Total	522	-	-

Tabla 5

Criterios de riesgo para el uso de la "Prueba Nacional de Pesquisa" con 90 % y 97 % de especificidad (Lejarraga, H., Pascucci, M. C., ref. 55). Datos preliminares, a ser complementados con pruebas de sensibilidad y especificidad.

NÚMERO DE PAUTAS EVALUADAS		ESPECIFICIDAD 90%	ESPECIFICIDAD 97%
		(sospechosos)	(muy sospechosos)
NÚMERO DE PAUTAS EVALUADAS	10 a 12 (0.50 - 5.99)	3 o más pautas fracasadas	4 o más pautas fracasadas
	4 a 9 (0.22 - 0.49)	2 o más pautas fracasadas	3 o más pautas fracasadas
	1 a 3 (0.05 - 0.21)		2 o más pautas fracasadas

Con respecto al segundo estudio (tiempo de toma de la prueba), se llevó a cabo la implementación de la PRUNAPE en tres Hospitales de la Capital Federal⁽⁶⁶⁾. La tabla 6 muestra la media y variación individual en cada una de las instituciones, del tiempo que tardaron en tomar las pruebas, médicos residentes sujetos a muy escaso entrenamiento.

Tabla 6

Media y DS de duración (en minutos) de la PRUNAPE, en tres Hospitales capitalinos (Lejarraga, Pascucci, D'Anna, Rosental, Salamanco, 1998, ref. 56). (Residentes con escaso entrenamiento).

	P. de Elizalde	R. Gutiérrez	J.P. Garrahan
N	29	59	51
X	12.2	11.5	12.5
D	3.8	3.2	3.2
Rango	3 - 2	3 - 21	3 - 20

Teniendo en cuenta este escaso entrenamiento de los residentes que efectuaron las pruebas, es de esperar que con un adecuado entrenamiento, el tiempo de la prueba sea de aproximadamente ocho minutos. Se está preparando un estudio de campo a los efectos de evaluar estos tiempos.

Concepto de diagnóstico y de screening, aplicaciones

Convencionalmente, es ampliamente aceptado que el término diagnóstico significa “la caracterización de la enfermedad con miras a efectuar un tratamiento”⁽⁶⁴⁾. En cambio, screening, o pesquisa es “ la detección, en una población supuestamente sana de individuos supuestamente enfermos”. Los métodos de screening son muy importantes porque están diseñados para detectar la enfermedad antes de que éstas se hagan clínicamente aparentes. J. Palfrey demostró que sin los test de pesquisa, muchos problemas de desarrollo pueden no ser detectados en los controles pediátricos habituales, y hacerse manifiestos recién en la edad escolar⁽⁶⁷⁾.

Todo individuo detectado como sospechoso en un test de pesquisa debe ser sometido a pruebas diagnósticas. Este concepto es importante, y tiene muchas implicancias en salud pública. El establecimiento de puntos de corte precisos y estimados en forma confiable es fundamental; un punto de corte mal establecido puede sobrestimar el número de individuos sospechosos y recargar innecesariamente el sistema de salud. Si por ejemplo, recomendáramos con la PRUNAPE lo que se recomienda con el test de Denver, tendríamos cerca del 72 % de individuos falsos positivos. Con los datos mostrados aquí, resulta fundamental incorporar los nuevos criterios a la práctica pediátrica.

El desarrollo del niño no necesariamente debe ser explorado con un test en TODAS las entrevistas; puede ser evaluado en forma oportunitica (aprovechando la conducta espontánea del niño) en el examen periódico, observando al niño en el consultorio, y hablando con la madre. El test formal en cambio, debe hacerse en ciertas edades preestablecidas y normatizadas.

En Pediatría, una de las formas más eficaces de detección temprana de problemas del desarrollo es el screening o pesquisa, realizado por el pediatra en niños menores de seis años⁽⁵⁷⁾⁽⁶⁸⁾. La

utilización normatizada de estos tests tiene, sin duda, un significativo impacto en el diagnóstico oportuno de trastornos de desarrollo^{(54) (59) (60) (61) (62)}. Aun no se han normatizado en nuestro medio, las edades en que deben administrarse estos tests, y los grupos de riesgo en los que estas evaluaciones son prioritarias (por ejemplo, en recién nacidos de bajo peso).

Características a tener en cuenta del desarrollo infantil ante la planificación desde el sector salud

El conocimiento del campo de trabajo que nos ocupa, es de una importancia esencial para la planificación de programas e intervenciones. Así, estamos ante un área que tiene las siguientes características:

- Los trastornos de desarrollo comprenden una amplia y variada gama de problemas, desde déficits mentales, trastornos del lenguaje, torpeza motriz, hasta trastornos de la interacción social, trastornos de conducta, etc. Estos problemas requieren una definición, una caracterización e individuación muy precisa, ya que cada grupo de problemas implica estrategias de solución diferentes.

- Los problemas de desarrollo pueden ser una seria causa de discapacidad en la vida adulta y con una profunda repercusión social⁽⁶³⁾.

- El ámbito científico de trabajo excede el de la medicina. El desarrollo infantil es competencia también de la psicología, de la psicopedagogía, de la foniatría, fonaudiología, psicometría, neurología, neurocirugía, psicoanálisis, y aun de la epistemología y de la filosofía. Este campo incluye otras disciplinas en mucha mayor medida que lo que ocurre en otros campos. Esto obligará en el futuro a una intensidad en la interacción interdisciplinaria mayor que en cualquier otra área.

- Los problemas de desarrollo son actualmente una causa muy frecuente de consulta, y serán aun más frecuentes en las próximas décadas. Esto no sólo es debido a que han disminuído (sólo en algunas áreas del país, ya que en otras han aumentado) las enfermedades tales como la desnutrición, diarrea e infecciones pulmonares, sino también porque la comunidad, la sociedad misma, exigirá en el futuro una mayor atención de estos problemas por parte de los pediatras, del equipo de salud y de los organismos de salud. Los problemas de desarrollo configuran parte de lo que podemos llamar "la nueva morbilidad"⁽⁶⁴⁾.

- Existe una demanda no satisfecha en la población, y una carencia de grupos asistenciales en esta área. En efecto, no todas las instituciones cuentan con verdaderos grupos de trabajo para el diagnóstico y tratamiento de trastornos de desarrollo.

- El enfoque pediátrico de la supervisión del desarrollo es algo diferente al que se lleva a cabo con el crecimiento físico, siendo también diferentes las estrategias para su vigilancia clínica y epidemiológica. Para poner un ejemplo sencillo y práctico: el crecimiento físico debe ser evaluado efectuando en cada consulta programada las mediciones antropométricas normatizadas (peso, estatura, etc.). En desarrollo en cambio, también debe evaluarse el desarrollo del niño en cada consulta, pero la realización de un test formal de pesquisa debe hacerse en determinados momentos (también programados) del seguimiento, ya que su cumplimiento insume un cierto tiempo.

- Es necesario implementar un instrumento de origen local, confiable y validado, para evaluar el desarrollo y pesquisar sus problemas en el ámbito pediátrico. Los pediatras son conscientes de la importancia del desarrollo infantil y sus problemas, pero hasta hace muy poco no contaban con un instrumento adecuado para su evaluación.

- Los diseños experimentales de investigación en desarrollo infantil, sobre todo los de carácter

longitudinal, son diferentes a los que se hacen en crecimiento físico. Las pautas de desarrollo son, en una primera aproximación, de carácter cualitativo (el niño cumple o no cumple una pauta), mientras que los datos de crecimiento son cuantitativos (cm, kg, etc). Adicionalmente, cuando investigamos el crecimiento físico en un estudio longitudinal, medimos la estatura de un grupo de niños de una edad, y repetimos la misma medición anualmente en los mismos niños. En cambio cuando medimos el desarrollo en un estudio longitudinal, medimos por ejemplo la capacidad de caminar solo en un grupo de niños de un año, pero a los dos años ya no podemos medir la capacidad de caminar solo, porque TODOS los niños caminan solos a una nueva edad. Si recurrimos, entonces por ejemplo, a esa nueva edad, a la capacidad de andar en triciclo, nos encontraremos que cuando los niños alcancen edades más avanzadas, nuevamente, ya no podemos medir esa capacidad y debemos recurrir a otra prueba, por ejemplo, evaluar si retrocede con talón - punta. El problema es que para caminar solo, andar en triciclo y retroceder talón - punta, se requiere de funciones cerebrales diferentes, cada vez más complejas, que pueden estar ausentes en una determinada etapa y presentes en una etapa ulterior. Se requiere recurrir a tecnologías especiales de diseño, de ordenamiento de información, de transformación de la misma, y de análisis estadísticos especiales para poder recoger conclusiones significativas.

PROPUESTAS

- Toda acción destinada a la prevención, promoción o atención de problemas de desarrollo deberá insertarse en una estrategia de Atención Primaria con énfasis en el primer nivel de atención, y con una adecuada regionalización del sistema por niveles de complejidad. Sin estas bases estructurales que podemos considerar urgentes⁽⁶⁾ las propuestas no tendrán los resultados perseguidos.

- Las acciones preventivas deberán poner énfasis en la aplicación de programas de educación comunitaria (en escuelas, centros de salud, jardines de infantes, etc.), capacitando a los padres para modificar actitudes parentales, para que brinden a sus hijos los estímulos más adecuados. Los pediatras deberían recibir capacitación para reconocer familias en riesgo y los programas educativos deberán poner especial énfasis en esas familias. En estos programas, el juego constituye una de las vías de aproximación más eficaces⁽⁶⁶⁾.

- La adecuada atención perinatal y la reducción de las tasas de bajo peso, prematuridad y distocias de parto reducirán significativamente los trastornos de desarrollo de origen biológico.

- Es necesario disponer de información sobre la extensión y el tipo de problemas de desarrollo prevalentes en el país. Teniendo en cuenta la magnitud de niños en condiciones socioeconómicas desfavorables⁽⁶⁷⁾ podemos inferir que habrá una importante cantidad de niños con déficits de desarrollo asociado a carencias de estímulos medioambientales. Ya hay evidencias de esto en alguna provincia⁽⁵⁰⁾. Hay, además, otro grupo de niños con trastornos del desarrollo que podemos llamar de tipo "biológico", cuyas causas son independientes del grado de estímulo medioambiental, y que están asociadas a bajo peso al nacer, prematuridad, daño de parto, etc., que requiere ser cuantificado y caracterizado a distintos niveles. Es necesario llevar a cabo investigaciones y estudios epidemiológicos que nos brinden información acerca de la prevalencia de los diferentes trastornos de desarrollo.

- En el largo plazo, la detección de niños con problemas de desarrollo debe incorporarse a sistemas de registro locales, provinciales, regionales y nacionales, con agregación progresiva, a los fines de lograr su incorporación a las estadísticas nacionales de salud, al igual de lo que debería hacerse con el crecimiento físico.

- Es necesario definir adecuadamente los diferentes trastornos del desarrollo (retardo mental, torpeza motriz, trastornos del lenguaje, trastornos de aprendizaje, etc.) y homogeneizar criterios diagnósticos con respecto a estas definiciones, sobre las bases existentes en la bibliografía internacional^{(68) (69)}.

- Pensamos que pueden identificarse dos grandes tipos de trastornos del desarrollo: aquellos asociados a déficit de estimulación medioambiental, que son frecuentes de encontrar en grupos de población con Necesidades Básicas Insatisfechas, y aquellos asociados a causas biológicas, (bajo peso, prematurez, parto distócico, etc.). El segundo tipo de trastornos comprende individuos que son pasibles de detección por pruebas de screening. El primer grupo requiere un enfoque más integral, de diagnóstico e intervención sobre TODA la población afectada.

- Deberá promoverse la interacción inter - institucional. En el país hay numerosas instituciones de muy diferente tipo que se ocupan de los problemas de desarrollo infantil, y la comunicación entre ellas será seguramente muy fructífera. El Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Garrahan cuenta con la colaboración del Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con Discapacidad. La interacción entre los grupos que se ocupan de prevención y detección precoz, con los que se ocupan de la rehabilitación será altamente provechosa para la salud infantil en el área del desarrollo.

- La identificación de factores de riesgo de retraso del desarrollo de causa medioambiental, su utilización con criterios preventivos seguidos de implementación de medidas de intervención contribuirá a la disminución de la prevalencia de este tipo de problemas.

- Será necesario cumplir acciones que lleven al diagnóstico temprano de los trastornos de desarrollo psicomotor en el niño. Esto es un paso de fundamental importancia ya que permite intervenciones terapéuticas de mayor eficacia. Para este objetivo, la implementación de un test de pesquisa en el primer nivel de atención integrado dentro de las distintas acciones a cumplir por el pediatra en el seguimiento programado, es una medida altamente necesaria. Esta necesidad se funda en que los métodos de screening están diseñados para detectar los problemas cuando aun son inaparentes. La Ley Pública 99.457 de EE.UU. establece la obligación de implementar programas destinados al reconocimiento temprano de trastornos del desarrollo en niños menores de 3 años, obligación que incluye la implementación de programas de pesquisa. Luego de los estudios de sensibilidad y especificidad necesarios, la PRUNAPE podría implementarse fácilmente en el primer nivel de atención, y dentro de la estrategia de atención primaria. Esta implementación requiere un entrenamiento, y el equipamiento en centros de salud con kits standardizados. El Servicio de Crecimiento y Desarrollo ha preparado estos kits, y está preparando videos educativos para la toma de la prueba por personal de salud en el primer nivel de atención.

- La implementación de un programa de pesquisa debe hacerse siempre acompañada de una adecuada evaluación de los recursos existentes para dar respuesta a los niños sospechosos detectados por el programa. Es necesario estudiar los recursos diagnósticos y terapéuticos que se disponen en cada área. Esto implica evaluar principalmente los recursos humanos disponibles en cada nivel de atención. Los recursos humanos se refieren a pediatras, psicomotricistas, psicólogos, profesores de educación física, neurólogos infantiles, fonoaudiólogos, etc.

- Es necesario reforzar los equipos multidisciplinarios de trabajo, y equiparlos con los instrumentos diagnósticos necesarios (audiómetros, kits, para tests diagnósticos y de pesquisa, etc.). Es necesario definir el tipo de problemas a atender en cada nivel, en lo que respecta a diagnóstico y tratamiento, y definir las medidas diagnósticas y terapéuticas a cumplir en el primer nivel de atención, y los que deberán ser diagnosticados y atendidos en niveles superiores.

Esto se aplica sobre todo a los retardos del desarrollo debido a falta de estímulo. Será necesario equipar con kits para la pesquisa en el primer nivel de atención, equipar con instrumental diagnóstico a los niveles que corresponda (audiómetros, etc.).

- En el momento en se escribe este artículo, el Servicio de Crecimiento y desarrollo está en la etapa final de aplicación piloto de la PRUNAPE en tres Hospitales de la Capital Federal (P. de Elizalde, R. Gutiérrez y J.P. Garrahan)⁽⁵⁶⁾.

- Además de evaluar, definir y preparar los recursos humanos necesarios deberán proveerse los recursos materiales necesarios para el tratamiento o equipamiento de los niños afectados (a los niños con déficits sensoriales, etc.).

- Deberán implementarse programas asistenciales piloto con normas de prevención, pesquisa, diagnóstico, derivación y tratamiento de problemas de desarrollo, con una prolija evaluación, y con miras a ser luego implementados en forma generalizada en todo el país.

- Deberían desarrollarse programas de seguimiento diferenciado de niños con alto riesgo de problemas de desarrollo y de niños con problemas actuales de desarrollo en los centros de primer nivel de atención.

- Será necesario destinar recursos a la capacitación de todo el personal de salud en desarrollo infantil. Deberá cubrirse todo el curriculum, desde la inclusión de los temas prioritarios de desarrollo infantil en la educación universitaria de pre-grado, no sólo en la materia Pediatría, sino en las que tienen aplicación en atención primaria de la salud.

- Las residencias de pediatría deberán desplazar su centro de gravedad actual que está en las salas de internación de Hospitales de cierta complejidad, hacia centros de pediatría general, ambulatorios, del primer nivel de atención. Debe considerarse este nivel como de la mayor complejidad en medicina, ya que en él, la atención de pacientes requiere del conocimiento y manejo de variables biológicas, psicosociales, antropológicas familiares, de la mayor complejidad.

- Es necesario destinar recursos para la capacitación del personal de salud en desarrollo infantil (uso del test de pesquisa, detección temprana, etc.).

- Las distintas disciplinas que tienen que ver con el desarrollo infantil deberán incrementar su diálogo e intercambio en jornadas, seminarios, y otras actividades académicas.

- Deberá proseguirse con investigaciones sobre varios temas que hacen a la detección oportuna de problemas de desarrollo. Es necesario investigar el valor predictivo de la PRUNAPE con respecto al rendimiento escolar alejado de los niños afectados y detectado años antes. Es necesario evaluar el impacto relativo de la detección oportuna en cada uno de los problemas de desarrollo así como la respuesta terapéutica a los distintos tratamientos. Es necesario evaluar en qué alteraciones del desarrollo la llamada estimulación temprana tiene impacto y en cuáles no. Es necesario también evaluar nuevas propuestas sobre el efecto de algunas pautas de crianza sobre el desarrollo del niño⁽⁷⁰⁾

- Deben enriquecerse las bibliotecas pediátricas con libros y revistas sobre desarrollo infantil, y estimular su lectura.

- Todas las medidas propuestas deberán integrarse íntimamente con los programas educativos, asistenciales y de investigación vigentes, a fines de que trasciendan las coyunturas y tengan

continuidad en el largo plazo.

CODA FINAL

- Todos los sectores de la sociedad deberían participar de esta tarea, pero no hay duda que el Ministerio de Salud tiene una responsabilidad indelegable.

- Ningún programa de salud puede a esta altura contener como único objetivo la reducción de las tasas de mortalidad infantil; debe incluir en forma sistemática, la promoción de un crecimiento y desarrollo normal del niño para que llegue a ser un adulto sano.

RECONOCIMIENTOS

Agradecemos la colaboración de:

- La Fundación Hospital de Pediatría.

- El Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con Necesidades Especiales.

REFERENCIAS

- 1) Winocur, P. Peso y talla de escolares argentinos pertenecientes a la ciudad de Buenos Aires. *Revista Argentina de Higiene y Medicina Escolar*, 2, 11, 1943.
- 2) Cuminsky, Lozano, G.A., Castro, E., Feller, J., Lejarraga, H., Spotti, M., Córdoba, G., Rodríguez, A., Jáuregui, E., Vitullo, A., Medina, N., Vazquez, L., Porfiri, N., Waintal, B., Bem, M., Mele, A. Investigación del Desarrollo del Niño normal de 4 a 12 años, Estudio Transversal, La Plata Argentina. Comisión de Investigaciones Científicas, Ministerio de Bienestar Social, Pcia de Bs Aires, La Plata, Argentina. 1974.
- 3) Lejarraga, H., Morasso, M. Del C. Longo, E. Guías para la evaluación del crecimiento y nutrición del niño menor de seis años en atención primaria. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Ministerio de Salud y Acción Social, Noviembre 1984, reimpresso Marzo 1988.
- 4) Lejarraga, H., Orfila, G. Estándares de peso y estatura para niñas y niños argentinos desde el nacimiento hasta la madurez. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 85: 209-222; 1987.
- 5) Lejarraga, H., Fustiñana, C. Estándares de peso, longitud corporal y perímetro cefálico desde las 26 semanas hasta las 92 semanas de edad postmenstrual. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 84: 210-235; 1986.
- 6) Lejarraga, H., Morasso, M. del C. Orfila, G. Estándares de peso/edad y de peso/talla para el niño menor de 6 años en atención primaria. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 85: 69-76; 1987.
- 7) Lejarraga, H., Meletti, I., Biocca, S., Alonso, V. Peso y talla de 15,214 adolescentes de todo el país. Tendencia secular. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 84: 219-235, 1986.
- 8) Abeyá, E., Lejarraga, H. Prevalencia de obesidad en 88,861 varones de 18 años . Argentina . 1987. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 93: 163-166, 1995.
- 9) Cusmisky, M., Lejarraga, H., Mercer, H., Martell, M., Fescina, R., Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niños. Serie Paltex Número 8, OPS/OMS, Washington, 1986.
- 10) Lejarraga, H., Armellini, P. Problemas de Crecimiento en el primer año de vida. PRONAP, Tomo 2, 1993. Sociedad Argentina de Pediatría.
- 11) Kessen W. The development of behaviour. En : Levine, Carey y Crocker, *Developmental - Behavioural Pediatrics*, Capítulo 1, 1-15, 2a Edición, Saunders, New York 1992.
- 12) Gessell, A., Amartruda, C. Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño. Paidós, 2a edición. Buenos Aires, 1952.
- 13) Frankenburg , W.K., Dodds, J.B. The Denver Developmental Screening Test, DDST. *Journal of Pediatrics*, 71: 181-191; 1967.
- 14) Lejarraga, H., Krupitzky, S., Kelmansky, D., Martínez, E., Bianco, A., Pascucci, M.C., Tibaldi, F., Cameron, N. Edad de cumplimiento de pautas de desarrollo en niños argentinos sanos menores de seis años. *Archivos Argentinos de Pediatría* 94: 355-368; 1996.
- 15) Watson, J.B. *Psychological care of the infant and child*. New York, de W. Norton 1928.
- 16) Fatone, V. *Lógica e introducción a la filosofía*. Kapelusz, Buenos Aires, 9º edición. 1969.
- 17) Thorne, J.M. Radical behavioural approach to the diagnosis of mental retardation: *Mental Retardation* 8:2; 1970.
- 18) Thorne, J.M. Genetic structures in mental retardation: a radical behavioural point of view. *Mental Retardation* 10: 32; 1973.
- 19) Freud, S. *Obras Completas*. Editorial Santiago Rueda. Buenos Aires, 1955.
- 20) Lacan, J. *Escritos*. Editorial Siglo XXI, Mexico 1998.
- 21) Lacan, J. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Barral editores, SA, 1974. España.

- 22) Escardó, F. Anatomía de la familia. 6a Edición, El Ateneo, Buenos Aires, 1968.
- 23) Piaget, J. Estudios de psicología genética. Emecé Editores. Buenos Aires, 1973.
- 24) Piaget, J. El lenguaje y el pensamiento del niño pequeño. Editorial Paidós. Biblioteca del Educación Contemporánea, 2a edición, Buenos Aires, 1978.
- 25) Super, C.M. Environmental effects on motor development: the case of african infant precocity. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 18: 561- 67; 1976.
- 26) Lansdown R.G, Goldstein H., Shah P.M, Orley J.H, Guo Di, Kaul K.K, Kumar V, Laksanavicharn U, Reddy U: Culturally appropriate measures for monitoring child development at family and community level: a WHO Collaborative Study, *Bulletin of the World Health Organization*, 74 (3): 283-290; 1996.
- 27) Frankenburg W, Dodds J, Archer P, Bresnick B, Maschka P, Edelman N, Shapiro H, Denver II: Technical Manual. Published by Denver Developmental Materials. Denver. 1992.
- 28) Bayley, N. Comparison of mental and motor tests scores for ages 1 -15 months by sex, birth order, race, geographical location and education of parents. *Child Development*, 36: 379 - 411; 1965.
- 29) Bryant, G.M., Davies, K.J., Newcombe, R.G. Standardisation of the Denver Developmental Screening Test for Cardiff children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 21: 353-364; 1979.
- 30) Caldwell, B.M., Richmond, J.B. Social class level and stimulation potential of the home. *Exceptional infants - the normal infant*. Seattle: special child publications 1967.
- 31) Sameroff A, Seifer R, Barocas R., Zax M, Greenspan S.: Intelligence Quotient Scores of 4-year-old Children: Social-Environmental Risk Factors. *Pediatrics*, 79: 343-350; 1987.
- 32) Odom, R.D. Problem - solving strategies as a function of age and socioeconomic level. *Child development*, 36: 747; 1967.
- 33) Bresnahan J.L., Shapiro, M.M. Learning strategies in children from different socioeconomic levels. *Advances in Child Development and Behaviour*. Edited by H.W:Reese , 7:32, 1972.
- 34) Frankenburg , W.K., Nathan, P., Dick, M.S. , Carland, J. Development of pre-school aged children of different social and ethnic groups : implications for developmental screening. *Journal of Pediatric*, 87: 125-132; 1975.
- 35) Neligan, G., Prudham, D., Norms for four standard developmental milestones by sex, social class and place in the family. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 11: 413-422; 1969.
- 36) Bryant, G.m.M., Davies, K.L., Newcombe, R.G. The Denver developmental screening test. Achievement of test items in the first year of life by Denver and Cardiff infants. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 16: 474-484; 1974.
- 37) Jacobson, L.I., Berger, S., Bergman, R.L. Milham, J., Greeson, L.E. Effects of age, sex, systematic and conceptual learning acquisition of learning and programmed social interaction on the intellectual and conceptual development of pre-school children from poverty backgrounds. *Child development*, 42: 1399; 1971.
- 38) Tanner, J.M., Growth at adolescence. Blackwell, Oxford, 1969.
- 39) Sénécal J, Bouchard, C., Roussey, M., Defawe, G. Une méthode simple de surveillance du développement moteur et psychologique de l'enfant de trois à six ans: le DDST. *Annales de Pédiatrie* 29: 403-410; 1982.
- 40) Frankenburg, W. Dodds, J., Archer, P, Bresnik, B., Maschka, P, Edelman, N., Shapiro, H. The Denver II: a major revision and restandardization of the Denver Developmental Screening Test. *Pediatrics*, 89: 91-97; 1992.
- 41) Lejarraga, H., Physical growth in Argentina, en: Hauspie, Lindgren and Falkner, "Essays in Auxology ", Castlemead pub. UNICEF Argentina, 1995.
- 42) Porfiri H, Spotti, M., Petriz, G., Lejarraga, H., Medina N, Cusmisny, M. Effect of age, socioeconomic level, maternal

education and paternal occupation on intellectual quotient of a representative sample of 900 children aged 4-12 years. *Journal of Pediatrics*, 89: 326; 1976.

43) Coriat, L.F. Maduración Psicomotriz en el primer año del niño. Hemisur, Buenos Aires, 1974.

44) Roy, E., Cortigiani, M.R.R., Acosta, L., Shapira, I. Evaluación del desarrollo psicomotor de 319 niños de 1 a 24 meses de la consulta ambulatoria de los Hospitales Ramon Sardá, Pedro de Elizalde y Luisa de Gandulfo. *Archivos Argentinos de Pediatría* 4: 204-212; 1988.

45) Rodríguez, S., Arancibia, V., Undurraga, C. Escala de evaluación del desarrollo psicomotor del niño de 0 a 24 meses. Santiago de Chile, Galdoc, 1987.

46) Bermúdez, E., Cabajal, N. Evaluación del desarrollo psicomotriz en niños de 0 a 24 meses. *Archivos Argentinos de Pediatría*. 93: 354 - 361; 1995.

47) Kunin, S., Hofman, E., Manterola, A. Test de Denver experiencia como método de detección temprana de trastornos de desarrollo. *Actas de la Sociedad Latinoamericana de Investigación Pediátrica, XXI Reunión Anual, Uruguay, 1983.*

48) CLACyD, Córdoba, Lactancia, Alimentación, Crecimiento y Desarrollo: Perfiles de Lactancia, Alimentación, Crecimiento y Desarrollo en los primeros cinco años de vida. Córdoba. 1998.

49) Fejerman N.: Estudio de Prevalencia de Retardo Mental en la Población Infantil de la ciudad de Buenos Aires. Tesis de Doctorado. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. 1970.

50) CESNI. Proyecto Tierra del Fuego. Encuesta de Desarrollo Infantil. 1998.

51) Lejarraga, H., Krupitzky, S., Gimenez, E., Diamant, N., Kelmansky, D., Tibaldi, E., Cameron, N. Organización de un estudio nacional para la evaluación del desarrollo psicomotor infantil con un programa de entrenamiento para peditras. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 94: 290-300; 1996.

52) Lejarraga, H., Krupitzky, S., Giménez, E., Diamant, N., Kelmansky, D., Tibaldi, E., Cameron, N. The organisation of a national survey for evaluating child psychomotor development in Argentina. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 11, 359-373, 1997.

53) Lejarraga, H., Krupitzky, S., Kelmansky, D., Martínez, E., Bianco, A., Pascucci, M.C., Tibaldi, E., Cameron, N. Edad de cumplimiento de pautas de desarrollo en niños argentinos sanos menores de seis años. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 94: 355-368, 1996.

54) Lejarraga, H., Krupitzky, S. y col. Guías para la evaluación del desarrollo en el niño menor de seis años. Ediciones Nestlé, Buenos Aires, 1996.

55) Lejarraga, H., Pascucci, M.C. Criterios de riesgo de la Prueba Nacional de Pesquisa PRUNAPE. Enviado para publicación a *Archivos Argentinos de Pediatría*. Agosto 1998.

56) Lejarraga, H., Pascucci, M.C., D'Anna C., Rosental, C., Salamancco, G., Implementación de la Pueba Nacional de Pesquisa de desarrollo psicomotor (PRUNAPE) en tres Hospitales de la Capital Federal. Datos no publicados, 1998.

57) Palfrey, J.S., Singer, J.D., Walker, D.K., Butler, J. Early identification of children's special needs. A study in five metropolitan communities. *Journal of Pediatrics*, 111: 651-659; 1987.

58) Frankenburg, W. K. Pediatric screening tests. Charles C. Thomas Co. Springfield, USA, 1985.

59) Wilson, J.M., Junger, G. Principles and practice of screening for disease. *Public Health papers*, # 34, Geneva, World Health Organisation . 1968.

60) Blackman, J.A. Developmental screening: infants, toddlers and pre-schoolers. En: Levine, Carey ad Crocker: *Developmental - Behavioral Pediatrics*, 2a edición. Saunders, Cap. 69, 617-623, 1992.

61) De Graw, C., Edell, D., Ellers, B., Hillemeier, M., Liebman, J., Perry, C., Palfrey, J.S. Public Law 99-457 : New opportunities

to serve young children with special needs. *The Journal of Pediatrics* 113: 971-974; 1988.

62) Dworkin, P.H., Shokoff, J., Leviton, A., Levine, M.A. Training in developmental pediatrics. How practitioners perceive the gap. *American Journal of Diseases in Children* 133: 709-712; 1979.

63) Pantano L. La discapacidad como problema social. Eudeba, colección Temas. Buenos Aires, 1987.

64) Lejarraga, H. La nueva morbilidad. Curso Modular de Crecimiento y Desarrollo. Mayo 1-15-1998. Servicio de Crecimiento y Desarrollo. Hospital Garrahan.

65) Moreno, E. Los pediatras y la salud infantil. *Medicina y Sociedad*, 20: 249-253; 1997.

66) Radizañi Goñi, A. El niño y el juego. Editorial Catari, Buenos Aires, 1987.

67) INDEC . Infancia y condiciones de vida. Ediciones INDEC. Buenos Aires, 1996.

68) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV . Washington DC. 1994.

69) Organización Mundial de la Salud. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación de las Enfermedades. Criterios Diagnósticos de Investigación. OMS, Ginebra. Meditor, Madrid, 1993.

70) Pikler, E. Moverse en libertad. Desarrollo de la motricidad global. Ed. Narcea, Madrid, 1985.

COMENTARIOS AL DOCUMENTO PRESENTADO POR HORACIO LEJARRAGA

Rodrigo:

Quiero felicitar a Horacio Lejarraga, tanto por la claridad conceptual de exposición como por el enorme esfuerzo y perseverancia para desarrollar un instrumento argentino de evaluación del desarrollo infantil.

Con respecto al marco epistemológico que ha expuesto, quisiera agregar algunos nombres, dado que en las últimas décadas han surgido y se han desarrollado nuevos enfoques y marcos teóricos que han transformado el panorama de la psicología evolutiva. La teoría sociocultural del desarrollo establecida por L.S. Vygotski y la integración de las teorías del aprendizaje con el desarrollo infantil desarrolladas por Jerome Bruner entre otros son esenciales para la concepción actual del desarrollo humano.

Con respecto a los factores que influyen el desarrollo psicomotor, considero fundamental incluir la calidad del vínculo madre-hijo que se establece en la etapa más temprana de la vida.

En relación a la mención que efectúa sobre los trabajos realizados en nuestro país a nivel epidemiológico, quisiera rescatar el Proyecto Colaborativo sobre Estrategias de Alimentación, Crianza y Desarrollo Infantil (UNICEF, IDRC, CIC) llevado a cabo en 1986-1989; que integró a tres países (Chile, Argentina y Uruguay). En la Argentina la investigación fue realizada sobre una muestra de 920 familias y 1520 niños de 0-5 años de edad con residencia en enclaves de pobreza del Gran Buenos Aires y Gran La Plata. En relación al desarrollo infantil la muestra presentó una situación de déficit global de su desarrollo de un 34.4% : 8.9% de niños con retraso franco en su desarrollo y un 24.5% de niños en situación de riesgo, los resultados de este estudio están publicados en PIDEN PAN... UN ESTUDIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO. SigloXXI. España 1990.

Vinocur:

A mí me preocupa que la evaluación del desarrollo en los niños sea una acción que favorezca la discriminación, al reconocer la existencia de niños con retrasos.

Lejarraga:

Creo, por el contrario, que las madres muestran un gran interés cuando un pediatra procede a la evaluación del desarrollo psicomotor del niño, y lejos de ser un factor de discriminación, esa evaluación constituye un instrumento de refuerzo del vínculo madre-hijo y madre-pediatra. Puede ser un riesgo a tener en cuenta, que puede a su vez morigerarse, pero ese no puede ser un argumento para no hacer el screening, ya que no podemos dejar pasar una cantidad de niños con ambliopía de un ojo, sordera neurosensorial, trastornos de la coordinación que son en nuestro medio reconocidos tardíamente y que con un método de screening serían reconocidos más oportunamente.

Vinocur:

Se sugiere utilizar con suma cautela los instrumentos de evaluación del desarrollo por el grave riesgo de facilitar la común tendencia a estigmatizar a los niños, hasta por sus mismos padres. En este sentido debe recogerse la experiencia que se ha relevado en el sector educativo, donde a los niños pobres se los educa con parámetros inadecuados y rígidos fallando en la evaluación. El resultado es procesado por las familias jamás cuestionando a la institución escolar sino victimizando al niño, en una actitud que podríamos sintetizar con la expresión: "a mi hijo no le da la cabeza".

Asimismo es importante proceder con cautela al considerar las pautas de normalidad y los desvíos en la construcción de los instrumentos de estandarización. El riesgo de forzar una homogeneización de los niños hacia los chicos de clase media y su cultura, no solamente sería grave desde el punto de vista de la discriminación, sino que afectaría la riqueza de lo diverso y

la educación y práctica de una cultura de respeto al diferente con su consecuente efecto al enriquecimiento colectivo.

Por último, es imprescindible evitar un sesgo medicalizador del desarrollo. Así como se apela a una aproximación multidisciplinaria para la detección de problemas, es imprescindible asegurar una perspectiva similar para las eventuales intervenciones. Seguramente la mayor parte de los problemas son factibles de ser enfrentados por los mismos padres enfatizando el abordaje de la educación sobre “pautas de crianza”. El fallo en este campo, muy posiblemente deberá ser encarado con una perspectiva social de resolución de conflictos familiares.

El pediatra sin lugar a dudas ocupa un lugar trascendental para identificar posibles trastornos y para planear soluciones, como parte de un equipo en el que seguramente estará presente el trabajador social, la docente, el psicólogo o psicopedagogo. Muy posiblemente el trastorno de desarrollo no se explique por causas estrictamente médicas. Por ello su lugar debe ser el de sumar y participar como parte de un equipo.

Arce:

El test de maduración es un instrumento que como los musicales, está siendo afinado. Pero la música de su aplicación sonará de acuerdo a cómo lo ejecutemos los efectores en el futuro. Debemos ser muy cautos al emplearlo, sobre todo en niños de otras culturas, especialmente los aborígenes y no alterar la tranquilidad y equilibrio familiar con diagnósticos inadecuados o apresurados. Entre los pediatras están los “halcones” que tienden al sobrediagnóstico y sobretratamiento y las palomas que tienden a pecar por omisión. Busquemos el justo término medio.

Mercer:

Comparto la apreciación de Lejarraga sobre cómo seguir la etapa de implementación de un nuevo instrumento desarrollado, en este caso para screening de desarrollo infantil. Aquí nuevamente se da el planteo sobre cómo y cuando incorporar una nueva tecnología. Lo ideal sería que exista un ámbito de discusión convocante sobre este aspecto. De lo contrario, las iniciativas quedan restringidas al grupo que las generó y se hace muy dificultosa su extensión. Por otra parte, y con miras a integrar los aspectos de pautas culturalmente apropiadas de desarrollo sugeridas por el grupo de Bornstein del NIH o del P.M. Shah de OMS (en un trabajo colaborativo en el cual participamos desde el Hospital Noel H. Sbarra) resta aun definir cuáles son las pautas representativas de la diversidad cultural. ¿En qué medida las pruebas de screening contemplan los aspectos de individuación, variabilidad y diversidad?

Creo que los instrumentos desarrollados no deben estar restringidos al equipo de salud. Estaremos limitados en la medida que no involucremos a los padres, cuidadores, y la comunidad en general en la valoración del desarrollo como un hito trascendente en la vida del niño. Deben los padres y la comunidad disponer de la información tendiente a visualizar al desarrollo como una ganancia en salud.

Por otra parte, si bien la nueva morbilidad, entre la que se encuentran las enfermedades crónicas, las discapacidades (muchas de ellas como secuela de la atención de recién nacidos de alto riesgo), existe otra nueva morbilidad que tiene impacto sobre el desarrollo infantil y que fuera mencionada por Vinocur en su presentación, me estoy refiriendo a la exclusión social. La falta de oportunidades y condiciones para un desarrollo pleno afecta a una proporción de niños que hoy no pueden ver satisfecho este derecho básico.

Díaz:

Tanto la presentación de Horacio Lejarraga, como el documento elaborado conjuntamente con Cecilia Pascucci, brindan una detallada descripción de las grandes escuelas o corrientes del pensamiento que han realizado aportes fundamentales para la comprensión y estudio del complejo proceso del desarrollo del niño. Asimismo, describen los estudios nacionales disponibles y algunos instrumentos de evaluación, entre los que se destaca el elaborado

recientemente por Lejarraga y colaboradores.

Se menciona también, la poca atención que le asigna el equipo de salud a la evaluación del desarrollo de la niñez, lo cual conlleva un marcado sub-registro de posibles trastornos, una detección tardía y posibles daños irreparables que ello puede implicar.

En este sentido, considero importante remarcar la escasa visibilidad que tiene la temática del desarrollo infantil no sólo para el equipo de salud sino para la sociedad toda.

Por esta razón, una paso fundamental es lograr instalar el tema en forma clara y definitiva, para lo cual es necesario, entre otras cosas, comprender y hacer comprender la importancia y trascendencia que tiene promover el desarrollo de la niñez.

Es decir, se debe no sólo conceptualizar el proceso de desarrollo o acordar las metodologías e instrumentos que permitan detectar o sospechar las desviaciones en el proceso normal, sino también explicar y difundir los “porqué” de la promoción del desarrollo de la niñez.

En este sentido, considero que esta fundamentación debe ser abordada desde una doble perspectiva, individual (del niño y la niña) y colectiva (de la sociedad en su conjunto).

En el primer caso, es importante destacar que la posibilidad de crecer y desarrollarse adecuadamente representa un derecho fundamental de todo individuo. Este concepto - frecuentemente mencionado pero no siempre tenido en cuenta en su real dimensión- debe considerarse como uno de los aspectos esenciales que sustenta la labor de todos aquellos que de alguna u otra forma tienen responsabilidades respecto del cuidado y bienestar de la niñez.

En este sentido, la Declaración Internacional de los Derechos del Hombre en 1948, y más reciente la Declaración de los Derechos del Niño de 1989 constituyen hitos fundamentales en el progreso de la humanidad. A partir de ahí, aspectos tales como el reconocimiento de la identidad, la protección contra todo tipo de abusos o malos tratos, la libertad de expresión o los esfuerzos para asegurar al niño el cuidado y protección que necesita para su normal crecimiento y desarrollo dejan de ser esporádicas concesiones de aquellos que detentan el poder, para convertirse en compromisos formales que deben honrar los Estados miembros de las Naciones Unidas.

“Los Estados Partes se comprometen a asegurar al niño la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes de sus padres, tutores u otras personas responsables ante la ley y con ese fin, tomar todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas”. Artículo 3, Inciso 2 de la “Convención sobre los Derechos del Niño” Desde el punto de vista colectivo, la relación existente entre el desarrollo de la niñez y el desarrollo de la sociedad es indiscutible. Esta afirmación, obviamente, no se limita sólo al terreno económico, donde numerosos estudios han puesto en evidencia de qué forma la promoción del desarrollo temprano de la niñez constituye un elemento clave en la formación del capital humano indispensable para lograr incrementar la productividad y el nivel de ingreso de toda sociedad. Por el contrario, el mayor énfasis está puesto en destacar el hecho que los niños son los receptores y transmisores de valores y principios esenciales que rigen a toda sociedad. En tal sentido, asegurar que ellos crezcan y se desarrollen en ámbitos donde predominen valores tales como justicia, equidad, solidaridad, respeto, participación, tolerancia, ciudadanía, será la mayor garantía de sabernos transitando el camino que conduce a una sociedad mejor.

“...Lo que hagamos o dejemos de hacer por nuestros niños se inscribe en el sucedido más probable de la humanidad futura...” Florencio Escardó.

Desde esta perspectiva -y reconociendo la necesidad de otorgar mayor visibilidad a la temática del desarrollo- se deduce la importancia de “desmedicalizar” el tema a fin de que sea asumido conjuntamente por los distintos integrantes del equipo de salud, así como por todos aquellos sectores y actores sociales comprometidos con el bienestar de la niñez. Es decir, se debe fortalecer el trabajo interdisciplinario en el interior del equipo de salud, mejorando la calidad y la eficacia del trabajo, al mismo tiempo que se estimule la demanda por parte de la población que concurre a los centros asistenciales. Por otro lado, se debe promover una mayor coordinación intersectorial e interinstitucional con el fin de optimizar los recursos disponibles y lograr una mayor cobertura en la atención, especialmente de los más vulnerables.

Onaindia:

En la presentación de Horacio Lejarraga se advierte el rescate de la singularidad como elemento de gran valor en el momento de apreciar pautas de desarrollo. Así la cultura operara en el ambiente donde el niño va a desarrollarse, estimulando y evaluando a la vez de manera especial a cada uno de los componentes de su sociedad.

De esta premisa deviene la inmediata conclusión de que cualquier instrumento que se utilice para intentar evaluar el desarrollo deberá adaptarse a la realidad social y cultural donde el niño viva.

Sin embargo también surge el problema más difícil. Como nos comentó Horacio Lejarraga, el establecimiento de los vínculos pesa en el momento de evaluar resultados de estimulación. La subjetividad donde estos vínculos se dan en el interior de cada familia es tan variable como las pautas de desarrollo que se evalúan en las distintas edades. De esta manera podremos evaluar cuál es la pregunta más adecuada para hacer a un determinado niño, o aun, a un determinado grupo de niños, pero es más difícil considerar apropiadamente, porqué no la contestó bien. Se deberá considerar también el factor tiempo para repetir el test que se realice, ya que como los logros que mide son temporales, debe poder manejarse una escala de retrasos permitidos en los niños normales. La curva de desarrollo parece evolucionar también en forma irregular, con aceleraciones y desaceleraciones, de acuerdo a circunstancias que transite la familia, quizás, evaluar la potencialidad en la capacidad de ésta de realizar una adecuada estimulación, no sólo podría ser más fiel, sino que asumiría las características de una investigación-acción.

Estudios epidemiológicos sobre desarrollo infantil

Teresa Torralva e Isabel Cugnasco

INTRODUCCIÓN

A partir de los siglos XVII y XVIII se comenzó a concebir la infancia como un período especial y diferenciado del período adulto, atribuyéndoles a los niños necesidades psicológicas, educacionales y físicas únicas. Hacia mediados del siglo XIX comenzó a desarrollarse un nuevo abordaje en el entendimiento del niño: se pasó de la mera especulación acerca de su naturaleza hacia el estudio de su desarrollo y conducta. Aportes revolucionarios como el de la evolución de la especie de Charles Darwin (1809-1892), los estudios de la inteligencia de A. Binet (1857-1911), la teoría psicoanalítica de S. Freud (1856-1939) en la que se le atribuyeron a las experiencias psíquicas tempranas un papel fundacional para la vida adulta, la teoría psicogenética del desarrollo de J. Piaget (1896-1980), entre otros, generaron las bases para todos los estudios posteriores referidos a la infancia. En el siglo XX grandes esfuerzos de la investigación científica comenzaron a volcarse al desarrollo infantil y numerosos estudios fueron realizados en esta área resaltando la trascendencia de la niñez como una etapa crítica en la vida de una persona.

Existe en la actualidad mucha información sobre desarrollo infantil así como numerosas y variadas concepciones acerca de éste. A modo general, podría definirse el desarrollo como un proceso multidimensional que incluye cambios continuos en un plano físico o motor (capacidad para coordinar movimientos), un plano intelectual (capacidad de pensamiento), un plano emocional (capacidad para sentir) y un plano social (capacidad para relacionarse con los demás) (Myers R., 1993). Todos estos planos funcionan en forma interrelacionada y deben ser considerados como un conjunto indisoluble.

Asimismo, existe una intrincada relación entre el proceso de desarrollo infantil y el crecimiento. Por ejemplo, carencias severas de energía y/o proteínas así como deficiencias de micronutrientes especialmente hierro y ácidos grasos esenciales, producen menor crecimiento del cerebro y de las estructuras y conexiones neuronales que conforman la base orgánica del proceso de desarrollo infantil.

En este sentido también, es sabido que existe una estrecha interdependencia entre la actividad neuronal de un niño pequeño y el establecimiento definitivo de sus habilidades y patrones de conducta. Investigaciones recientes demuestran que la estimulación sensorial - aún desde instancias prenatales- afecta la estructura y la organización de las vías neuronales durante el período de formación. El cerebro humano no está definitivamente formado en el momento del nacimiento, su crecimiento más intenso ocurre durante el período de la infancia. Todo niño nace

con más neuronas de las que el cerebro adulto retendrá, perdiendo, mediante el proceso de “poda selectiva”, aquellas conexiones sinápticas que se usan menos y reforzando aquellas que se usan con más frecuencia. El Sistema Nervioso Central requiere, para su normal desarrollo, de otros estímulos además del alimento y condiciones físicas adecuadas. Necesita nutrirse de “estímulos ricos, variados y oportunos de los diversos canales sensoriales, así como de oportunidades para ejercitar diferentes respuestas frente a dicha estimulación” (Lira I, Montenegro H y col, 1978).

Desde una perspectiva ecológica más amplia, Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1986) habla del desarrollo en contexto, definiéndolo como “una concepción cambiante, progresivamente más amplia y diferenciada que tiene una persona de su ambiente y de su relación con él, así como también su capacidad creciente para descubrir o modificar las propiedades del mismo”. De esta forma se resalta el papel fundamental del ambiente, caracterizado en términos de sistemas y estructuras interpersonales cada vez más amplias. Desde los procesos, eventos y relaciones del niño con su ambiente social inmediato (microsistema), las relaciones entre los principales microsistemas en un determinado punto de la evolución del niño, como la familia y la guardería o el barrio (mesosistema), las instituciones y grupos sociales que constituyen el entorno laboral y social de la familia que afectan indirectamente al niño (exosistema), hasta la interacción e impacto de los sistemas sociales como marcos ideológicos, conceptuales, demográficos y geográficos en el cual están inmersos los demás niveles del ambiente (macrosistema). Estos 4 niveles crecientes del ambiente determinan las interacciones, procesos y estructuras que repercuten en el desarrollo del niño.

Por lo tanto, resulta imposible aislar este proceso del contexto en el que se desenvuelve. Ambos, el niño y su medio, representan una unidad intrincada entre complejos procesos internos y una realidad exterior, de tal manera que es tan determinante del desarrollo la estructura biológica del niño como la realidad socioeconómica en la que vive, la ecológica donde crece y las oportunidades que le ofrece el sistema político y social.

Vemos entonces que, una de las características de mayor implicancia en la crianza de los niños más pequeños es que aun mínimos hechos relacionados con la nutrición, los estímulos y el afecto que reciben tienen gran repercusión sobre su futuro desarrollo e inserción social. Hablar de cuidado del niño implica entonces, responder a sus necesidades básicas de alimentación y atención de salud y debe necesariamente incluir afecto, interacción, estímulo, la seguridad y coherencia que le ofrecen sus cuidadores y el juego que le permite la exploración y el descubrimiento del mundo que lo rodea. Para ello es imprescindible el rol de la familia como principal agente de cuidado y socialización de las futuras generaciones. En ella recae la responsabilidad de brindar a los niños las experiencias necesarias para desarrollarse en forma adecuada y convertirse en personas felices y exitosas con igualdad de oportunidades para ingresar a los sistemas escolar y laboral. A su vez, la comunidad tiene la responsabilidad de orientar y brindar los recursos necesarios para que las familias puedan cumplir con este trascendente rol social.

Existen pocos antecedentes en nuestro país de estudios epidemiológicos que hayan realizado una descripción de las características del desarrollo infantil temprano y su relación con el nivel social y el estilo de crianza de las familias. El conocimiento del estilo de crianza es importante no solamente para describir la normalidad del proceso del desarrollo sino fundamentalmente para el diseño de estrategias de intervención que contribuyan a mejorar la expresión del potencial de desarrollo de la comunidad.

El objetivo del presente trabajo es describir qué sabemos con relación al desarrollo infantil, qué estudios se han realizado, qué es lo que se hace con lo que se sabe acerca del mismo y especular algunas ideas acerca de lo que podría hacerse.

A continuación presentaremos una breve reseña de algunos de los estudios diagnósticos

realizados en la actualidad acerca del desarrollo infantil y su relación con variables sociales y familiares. Un programa de representación nacional de desarrollo infantil se incluye como capítulo aparte en este libro (Lejarraga H, y col., 1996).

- ESTUDIO CLACYD (Córdoba, Lactancia, Alimentación, Crecimiento y Desarrollo)

Escuela de Nutrición de la Universidad Nacional de Córdoba, Dirección de Atención Médica Periférica de la Ciudad de Córdoba y filial local de la Sociedad Argentina de Pediatría, 1992.

El estudio CLACYD fue un estudio longitudinal prospectivo, que tomó una cohorte de niños desde su nacimiento pudiendo evaluarlos en diferentes períodos de su vida. El universo del estudio fue de 709 niños y sus respectivas madres. Las principales variables dependientes fueron: la alimentación (lactancia, introducción de alimentos, ingesta calórica y de nutrientes y consumo familiar habitual), el crecimiento (estado nutricional, peso, longitud, perímetros y pliegues) y el desarrollo (pruebas de desarrollo). Las principales variables intervinientes fueron: las biológicas, las demográficas, las sociales, las familiares y las conductuales. La variable independiente fue el denominado estrato social.

La submuestra elegida para el estudio de desarrollo infantil, estuvo constituida por los 202 niños evaluados antropométricamente a los seis meses, de ese total inicial se entrevistaron a 180 binomios madre/hijo. Todos los niños fueron evaluados en la edad de 12 meses + 15 días con la escala de desarrollo elaborada por el Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Garrahan de Buenos Aires. Esta escala de desarrollo consta de 24 ítems para el período de 9-12 meses. Estos ítems fueron clasificados en las siguientes áreas de conducta: relacional, del lenguaje, motora fina, motora gruesa, adaptativa y personal-social.

Resultados:

En el área de desarrollo, el 85% de los niños habían cumplido satisfactoriamente con más del 70% de los ítems del instrumento al que fueron expuestos, 1 niño (0,6%) no superó el 50% y 7 (4%) no superaron el 60%. Recategorizados en niveles de desarrollo, el 15% de los niños obtuvieron nivel menor, el 49% el nivel intermedio y el 36% de los niños el nivel mayor.

Se encontró que a mayor nivel social y menor hacinamiento existió un mayor nivel de desarrollo ($p < 0.05$). Los niños que no padecieron una enfermedad en el primer año de vida, alcanzaron mejor nivel al igual que aquellos que forman parte de familias nucleares y que tuvieron una lactancia materna más prolongada, sobre todo en estratos sociales más bajos.

Estos niños fueron evaluados al año de edad y serán nuevamente evaluados a los 2, 4 y 5 años.

- ENCUESTA DE DESARROLLO INFANTIL, PROYECTO TIERRA DEL FUEGO

Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (Cesni), 1995

Este estudio se realizó en la ciudad de Ushuaia, Provincia de Tierra del Fuego en 1995. Esta provincia fue seleccionada por presentar la mayor proporción de población infantil de todo el país y una tasa de mortalidad muy baja, similar a la de la Ciudad de Buenos Aires. Tierra del Fuego, a pesar de su ubicación geográfica, tiene un estilo similar al de la Ciudad de Buenos Aires y a los grandes centros urbanos del país. En el momento de la encuesta no existía pobreza extrema, la población tenía adecuada accesibilidad económica a la alimentación, no existía desnutrición. Prácticamente toda la población es urbana, con una elevada proporción de familias en las que ambos progenitores trabajan.

El estudio incluyó 400 niños sanos; 100 para cada grupo etáreo (6, 12, 24 y 60 meses). La recolección de datos se realizó a través de un muestreo aleatorio simple conformado por todos aquellos nacimientos anotados en el Registro Civil. Fueron criterios de exclusión la presencia de enfermedades crónicas invalidantes con o sin diagnóstico definido y enfermedades neurológicas

o trastornos genéticos con compromiso de la conducta.

Instrumentos de medición:

Los instrumentos utilizados en este estudio fueron seleccionados con la intención de evaluar y describir las siguientes áreas: a) como variables dependientes, el desarrollo mental y motor de los niños menores de 24 meses (Bayley II)(Bayley N, 1993), el coeficiente intelectual (WPPSI)(Kauffman S, 1972) y el vocabulario de los preescolares de 5 años (subtest de Weschler)(Wechsler B, 1967), b) como variables independientes: el grado de estimulación de las familias (HOME)(Bradley R, Caldwell B, 1984), su nivel social, su conocimiento y creencias acerca del cuidado infantil y algunas características generales de la familia (edad de los padres, número de convivientes, presencia de abuelos, trabajo materno, etc.).

Resultados:

1. Descripción del desarrollo infantil mental y motor a los 6, 12 y 24 meses de edad

Los datos de TDF demuestran que existe un comportamiento diferente entre el desarrollo mental y motor de los niños de Ushuaia entre sí y comparados con la población de referencia en la cual se estandarizó el Bayley (Figuras 1 a 6). En el área motora, los niños más pequeños se ubicaron a la izquierda de la población de referencia norteamericana; lo mismo ocurrió con los niños de 24 meses en su desarrollo mental (bondad de ajuste entre ambas distribuciones $P < 0.05$)

FIGURA 1
Desarrollo mental (6 meses)

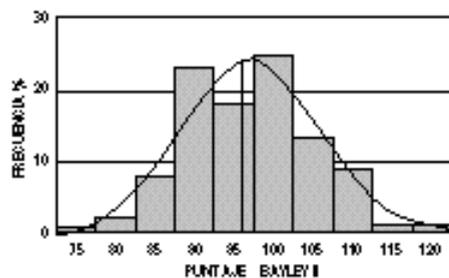


FIGURA 2
Desarrollo motor (6 meses)

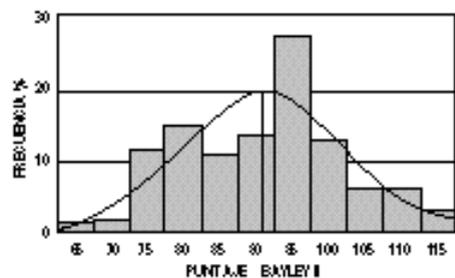


FIGURA 3
Desarrollo mental (12 meses)

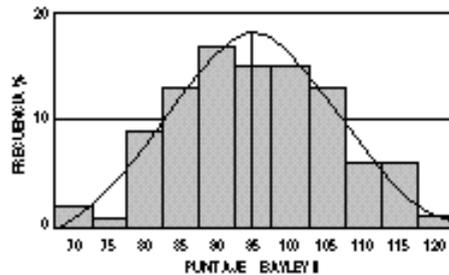


FIGURA 4
Desarrollo motor (12 meses)

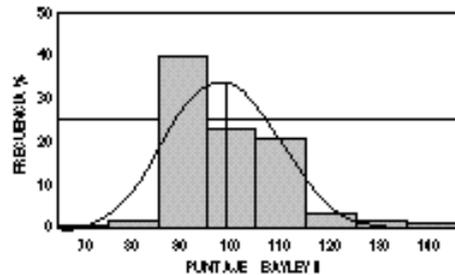


FIGURA 5
Desarrollo mental (24 meses)

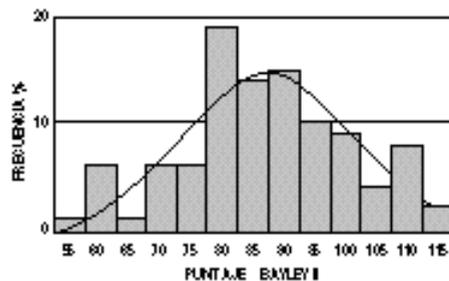
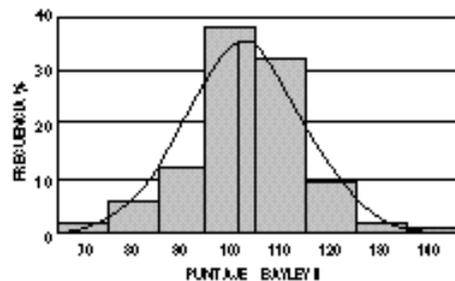


FIGURA 6
Desarrollo motor (24 meses)

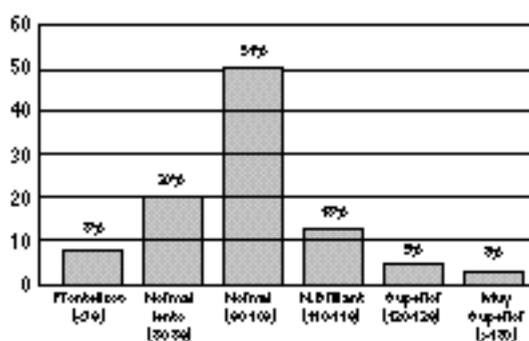


2. Descripción del coeficiente intelectual (WPPSI) a los 5 años de edad

El coeficiente intelectual promedio de los niños de Ushuaia fue de 97.8 ± 18.4 sin diferencias significativas por sexo. De acuerdo con los puntos de corte sugeridos por la adaptación local del WPPSI¹, 8% de los preescolares de Ushuaia presentó un coeficiente menor de 79 puntos (fronterizo), 20% un coeficiente entre 80 y 89 puntos (normal lento), 51% entre 90 y 109 (dentro de los límites normales), 13% entre 110 y 119 (normal brillante), 5% entre 120 y 129 (nivel superior) y 3% mayor de 130 puntos (muy superior).

FIGURA 7

Nivel Intelectual (WPPSI)



3. Descripción de la estructura social de la población encuestada

La estructura social de la población encuestada está compuesta por 38% de familias de nivel socioeconómico alto, 30% de nivel medio y 32% de nivel bajo. La gran mayoría de estas familias habita en viviendas con servicios instalados, con acceso al sistema de salud, adecuada disponibilidad de alimentos, ocupación plena, importante participación de la mujer en el trabajo fuera del hogar y alto nivel educacional promedio. En relación con este último indicador prácticamente toda la población estudiada tiene educación primaria completa y una tercera parte de los padres había recibido educación superior (universitaria o terciaria).

4. Descripción de la respuesta al Cuestionario de HOME

En cuanto a la estimulación ambiental evaluada a través del HOME se observó que en una proporción considerable de familias, no son frecuentes las actitudes y conductas que se sabe son importantes para el desarrollo psicosocial de los niños. Las áreas más descendidas fueron aquellas relacionadas con la respuesta emocional y verbal de la madre y con la disponibilidad de material de juego apropiado para la edad de los niños. A los seis meses de edad, 52% de los niños no contaba con material de juego apropiado y 26% de las madres demostró una baja respuesta emocional y verbal para con sus hijos. En los niños más grandes pudo observarse que las mismas áreas continuaban siendo bajas aunque en menor proporción, 18% y 10% respectivamente a los 12 meses y 11% y 21% a los 2 años de edad.

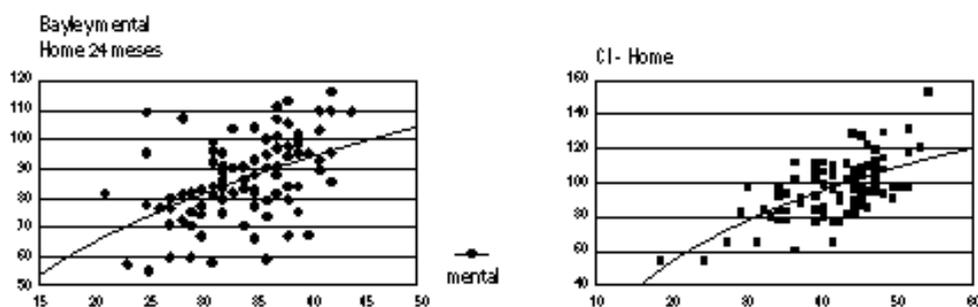
Algunos ejemplos de la escala del HOME son ilustrativos acerca del estilo de estimulación e interacción de los niños con su entorno familiar. Por ejemplo, 49% de las madres no se dirigieron espontáneamente hacia sus niños por lo menos dos veces durante la visita (ítem #7) que tuvo una duración promedio de 2 horas. En 38% de los hogares, los niños no tenían un rincón para sus juguetes (ítem #5) y 67% de los niños no contaban con más de tres libros de su propiedad (ítem #30). A los 5 años de edad, 60% de las madres no halagaron espontáneamente las cualidades de los niños (ítem #39) durante las pruebas que se efectuaron durante la entrevista y 75% no los acariciaron, besaron o abrazaron (ítem #40).

¹ Criterio de clasificación de la adaptación local. (Test de Inteligencia para Preescolares -WPPSI- manual, edición en castellano, Paidós, 1991).

5. Asociación entre las distintas variables del ambiente familiar (NSE y HOME) y el desarrollo mental o coeficiente intelectual

Los datos más relevantes de este estudio muestran que existe una asociación directa y positiva entre el grado de desarrollo mental y motor y el CI observado en los niños de Ushuaia y la capacidad de estimulación del medio ambiente familiar. (figuras 8 y 9)

FIGURAS 8 Y 9



A su vez, el análisis estadístico (regresión múltiple y logística) permitió establecer que el grado de desarrollo alcanzado por un niño es explicado principalmente por la capacidad de estimulación familiar más que por el nivel social. En cada estrato socioeconómico existen entre 5 y 17 puntos de diferencia en el desarrollo entre los niños provenientes de familias con menor o mayor puntaje del HOME (Cuadro 1).

CUADRO 1

Desarrollo mental y cociente intelectual de la mitad de la población mayor o menor a la mediana del HOME según NSE

DESARROLLO MENTAL (Puntaje de Bayley II y de WPPSI)

EDAD	NSE BAJO		NSE MEDIO		NSE ALTO	
	HOME < mediana	HOME > mediana	HOME < mediana	HOME > mediana	HOME < mediana	HOME > mediana
6 Meses	94 ± 8	101 ± 7	100 ± 12	98 ± 8	92 ± 8	99 ± 7
12 Meses	94 ± 11	99 ± 11	93 ± 10	101 ± 10	90 ± 8	94 ± 9
24 Meses	77 ± 13	88 ± 10	84 ± 13	94 ± 9 (*)	85 ± 11	93 ± 14
60 Meses (CI)	87 ± 16	94 ± 3	96 ± 10	102 ± 12	90 ± 14	107 ± 15

(*) P < 0.05

En el cuadro 2 puede observarse que a los 24 meses, del 24% de la variación del puntaje obtenido en la escala mental del Bayley estadísticamente explicado, el HOME es responsable de la mayor parte (20%) y los recursos económicos de una mínima fracción (4%). Mientras que a los 5 años, del 38% de la variación explicada por las variables del medioambiente, 37% se deben a variables funcionales del microambiente familiar. (cuadro 2)

CUADRO 2

Desarrollo mental o coeficiente intelectual = Estimulación del medio ambiente (HOME), recursos educativos y recursos económicos

EDAD	TOTAL	HOME	REC.EDUCATIVOS	REC.ECONOMICOS
6 MESES	R2= .04	R2= .04 (*)	R2= .00	R2= .00
12 MESES	R2= .02	R2= .00	R2= .00	R2= .00
24 MESES	R2= .24 (**)	R2= .20 (**)	R2= .00	R2= .04 (**)
60 MESES	R2= .38 (**)	R2= .37 (**)	R2= .00	R2= .00

Método: Regresión múltiple escalonada

(*) = P < 0.05

(**) = P < 0.001

6. Descripción de otras variables que intervienen en el desarrollo de los niños

La conformación familiar y algunos aspectos vinculados con su dinámica juegan un papel importante en el proceso del desarrollo infantil. Si bien el objetivo de este estudio no fue explorar las modalidades de organización familiar resulta importante describir la relación entre algunas de estas variables y el grado de desarrollo o coeficiente intelectual alcanzado por los niños.

• Presencia de ambos padres

No todas las familias contaban con la presencia de ambos padres en el hogar. Entre un 8% y un 13% de las familias -según la edad considerada- carecían de la figura paterna en el hogar (por divorcio, viudez o abandono). En todas las edades existió una diferencia en el desempeño intelectual a favor de los niños que contaban con ambos padres en una magnitud de 2 a 10 puntos a pesar de que ésta no alcanzara significación estadística.

• Trabajo materno

Por su trascendencia social se exploró el efecto del trabajo materno fuera del hogar así como el número de horas que las madres permanecían con sus hijos. En términos generales la mitad de las madres trabajaba fuera de su casa un promedio de 10 horas diarias. No se observaron diferencias en el puntaje del Bayley (ni mental ni motor) entre los niños cuyas madres trabajaban o no fuera del hogar a los 6, 12 meses o 24 meses de edad. En forma similar, la correlación entre el número de horas que los padres referían que estaban en el hogar y el grado de desarrollo de los niños fue prácticamente nula.

Es decir, de la misma manera que se demostrara que el trabajo materno no se asoció con la calidad de estimulación brindada a los hijos, el tipo de actividad laboral de la madre fuera de la casa tampoco implicaría riesgos para el desarrollo infantil.

Conclusión:

En resumen, el grado de desarrollo y CI de los niños fueguinos fue menor al esperado a los 6, 12, 24 y 60 meses de edad. El hallazgo más trascendente de este estudio fue que, más que las condiciones sociales, los principales determinantes del desempeño intelectual infantil fueron el grado de estimulación brindado por sus familias.

• ENCUESTA DE DESARROLLO INFANTIL DE LA CIUDAD DE LOBERIA
Centro de Estimulación y Aprendizajes Tempranos No 1 (CEAT) "Jesús de Nazaret",
Gobierno Municipal de Lobería, Dirección de Salud, Secretaría de Bienestar Social, Lobería.
Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI), 1997.

En 1997, el CEAT (Centro de Estimulación y Aprendizajes Tempranos) y las fuerzas vivas de la Ciudad de Lobería, motivados por los hallazgos del estudio Tierra del Fuego, decidieron llevar adelante una evaluación del grado de desarrollo de los niños, y sobre dicha base articular un programa de intervenciones con el objetivo de mejorar el desarrollo y salud de sus niños.

El estudio incluyó una muestra de 50 niños por grupo etáreo (6-9 meses, 24-27 meses y 5 años). En los niños menores esto significó la totalidad de la población y en los niños preescolares una fracción muestral de 1:3. De los 50 casos seleccionados para cada grupo etáreo participaron 50 niños de 6 a 9 meses, 50 niños de 24 a 27 meses y 50 niños de 5 años. Este tamaño muestral permitió alcanzar un nivel de confianza del 90% detectando diferencias de prevalencia del orden del 5 por ciento. Fueron elegibles para participar de la encuesta todos los niños con residencia en la Ciudad de Lobería de las edades estipuladas para cada una de las pruebas durante el período de la realización de la encuesta. Fueron criterios de exclusión la presencia de enfermedades crónicas invalidantes, enfermedades neurológicas y/o trastornos genéticos.

Instrumentos de medición:

Los instrumentos utilizados en este estudio fueron los mismos que se utilizaron en la Encuesta de Desarrollo de Tierra del Fuego. Fueron seleccionados con la intención de evaluar y describir las siguientes áreas: a) como variables dependientes, el desarrollo mental y motor de los niños menores de 27 meses (Bayley II), el coeficiente intelectual (WPPSI) y el vocabulario de los preescolares (subtest de Weschler), b) como variables independientes: el grado de estimulación de las familias (HOME), su nivel social, su conocimiento y creencias acerca del cuidado infantil y algunas características generales de la familia (edad de los padres, números de convivientes, presencia de abuelos, trabajo materno, etc.).

Resultados:

1. Descripción del desarrollo infantil en los niños de 6-9 y 24-27 meses de edad

Según la categorización de Bayley II, el desempeño de los niños de 6-9 meses se vio más descendido en el área motora que en la mental: en el desarrollo mental el 82% de los niños obtuvo un desarrollo normal y un 18% un leve retraso. En la Escala Motora, 66% de los niños obtuvo un desarrollo normal, mientras que en un 30 % de los niños se observó leve retraso y en un 4 % un retraso significativo.

En los niños de 24 -27 meses el desempeño de los niños también se vio descendido con respecto a la población de referencia, con un nivel de retraso levemente mayor en el área mental. El desarrollo mental del 72 % de los niños fue normal o mayor al esperado (normal 60% y acelerado 12%), y un 28% se encontraron por debajo de lo esperable (leve retraso 18% y retraso significativo 10%).

Con respecto a su desarrollo motor, el 74 % de los niños obtuvo un desarrollo normal y un 26% por debajo de lo esperable. (Figuras 10 -13)

Figura 10
Desarrollo mental 6-9 meses

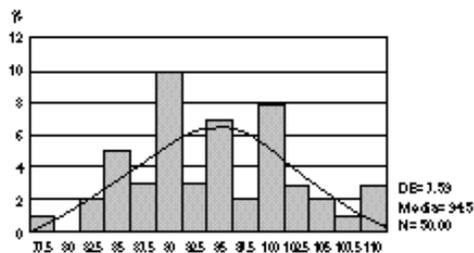


Figura 11
Desarrollo motor 6-9 meses

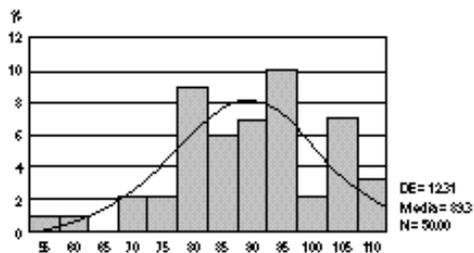


Figura 12
Desarrollo mental 24-27 meses

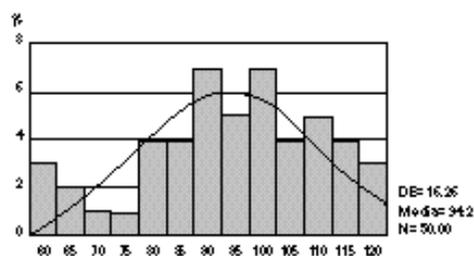
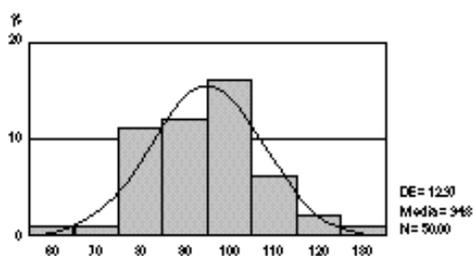


Figura 13
Desarrollo motor 24-27 meses

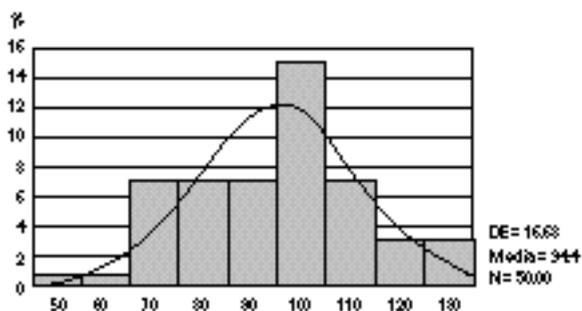


2. Descripción del cociente intelectual de los niños de 5 años de edad:

De acuerdo con los puntos de corte sugeridos por la adaptación local del WPPSI, 22% de los escolares de Lobería presentó un coeficiente intelectual menor de 70 puntos (nivel fronterizo), 12% un C.I entre 80 y 89 puntos (normal lento), 50% entre 90 y 109 puntos (dentro los límites normales), 10 % entre 110 y 119 puntos (normal brillante) y 2% mayor de 130 puntos (muy superior). El coeficiente intelectual promedio de los niños de Lobería fue de 94.4 + 16.6. (Fig. 14)

Figura 14

Coficiente Intelectual 5 años



3. Descripción de la estructura socioeconómica de la población evaluada

El 47 % de la población presentó un nivel educacional correspondiente a primario completo, un 16% nivel secundario completo, un 28% entre terciario y universitario incompleto y un 4% universitario completo. Existe un buen nivel de ocupación, estando el 70% por debajo de la

categoría de “empleado administrativo” y el resto en cuadros técnicos, propietarios de empresas o actividad profesional específica. En cuanto a la calidad de vivienda un 99 % viven en casas o departamentos, con terreno propio (56%) o sin terreno propio (16%), en su gran mayoría de material (97%) con pisos de mosaico, madera o plástico (84%) y agua corriente (91%). Con respecto al nivel de hacinamiento, en el 90% de los hogares, habitaban menos de 4 personas por habitación.

4. Descripción del nivel de estimulación del ambiente

Según la clasificación del HOME existe un 11% de niños que recibían una inadecuada estimulación ambiental. Al observar las respuestas por áreas, se observó que las áreas más afectadas fueron, al igual que en Tierra del Fuego, la respuesta emocional y verbal de la madre (18%) el material de juego adecuado (27%) y la capacidad de la madre para involucrarse con el niño (19%).

5. Grado de asociación entre las distintas variables del ambiente familiar: NSE (Nivel Socioeconómico) y HOME

Puede observarse una asociación directa y positiva entre el NSE y el puntaje del HOME. Es decir, a mayor nivel socioeconómico correspondió un mayor enriquecimiento del medio ambiente. Puede observarse una diferencia de 11 a 22 puntos entre las medias del HOME entre las familias de NSE bajo y alto.

Al analizar la asociación entre las distintas subáreas del HOME y el NSE se vio que prácticamente todas las subáreas que conforman el HOME presentaron alguna asociación con el NSE. Algunas excepciones se encontraron en los niños menores en las subáreas de: “Variedad de oportunidades para la estimulación diaria” y “Respuesta emocional y verbal de la madre” y en los niños preescolares en la subárea que describe la “Aceptación de las conductas del niño” y “Estimulación académica”

Se realizó una regresión múltiple escalonada (stepwise) con el HOME como variable dependiente y los componentes del nivel social - educación materna, educación paterna, ocupación materna y paterna y la calidad de la vivienda - como variables independientes. Entre los resultados más relevantes se encontró que en el grupo de 6 a 27 meses el 30 % de la variabilidad del HOME fue explicado por la educación materna; a los 5 años el 48% de la variabilidad del HOME fue explicado por la calidad de la vivienda, el 21% fue explicado por la educación materna y el 5% fue explicado por la ocupación paterna. En ambas edades el resto de los componentes no entraron en la ecuación o ejercieron una influencia poco significativa.

6. Grado de asociación entre el nivel de desarrollo motor y mental (Bayley II) y el coeficiente intelectual(WPPSI), y las distintas variables del ambiente familiar

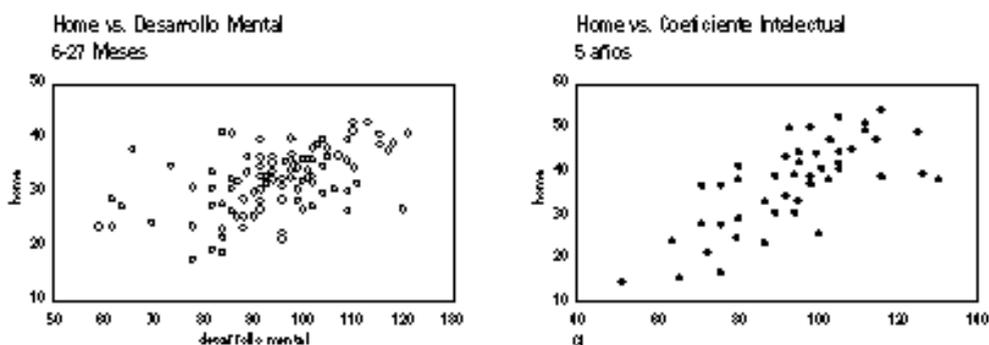
El hallazgo más importante en cuanto al desempeño de los niños fue el alto grado de asociación entre el desarrollo mental y motor (Bayley II) y el coeficiente intelectual (WPPSI) y las distintas variables del ambiente familiar. Se demostró una asociación directa y positiva entre el grado de desarrollo mental y motor y el CI alcanzado por los niños de Lobería y la capacidad de estimulación del medio ambiente familiar. (cuadro 3, Fig. 15)

CUADRO 3

CORRELACIONES ENTRE HOME Y DESARROLLO MENTAL/CI

	HOME		Bayley mental o WPPSI
	r	r ²	P
6-27 meses	r=.49	r ² =.24	P=000
5 años	r=.73	r ² =.53	P=000

Figura 15



A su vez, corroborando la asociación entre HOME y NSE mencionada antes, en cada estrato socioeconómico se demostró una diferencia de 2 a 17 puntos en el desarrollo mental (Bayley o WPPSI) entre los niños provenientes de familias con menor o mayor puntaje de HOME respectivamente. (cuadro 4)

CUADRO 4

DESARROLLO MENTAL Y COCIENTE INTELECTUAL DE LA MITAD DE LA POBLACION MAYOR O MENOR A LA MEDIANA DEL HOME SEGUN NSE

DESARROLLO MENTAL (Puntaje de Bayley II y de WPPSI)

EDAD	NSE BAJO		NSE MEDIO		NSE ALTO	
	HOME < mediana	HOME > mediana	HOME < mediana	HOME > mediana	HOME < mediana	HOME > mediana
6-27 Meses (Bayley)	83 ± 12 *	100 ± 5 *	92 ± 11 *	98 ± 10 *	89 ± 14	101 ± 10
60 Meses (CI)	75 ± 11		95 ± 17	99 ± 8	103 ± 0	105 ± 9

(*) P < 0.05

En un modelo matemático en el que se considere el aumento en el grado de desempeño en función del aumento del nivel social o el HOME, si se deja constante el grado de estimulación, el aumento del NSE no se asocia con un aumento en coeficiente intelectual de los niños. Por ejemplo, en los niños preescolares, el 55% de la variación del desarrollo fue explicado por el HOME y la incorporación del NSE explicó menos de 0.2% adicional.

En los niños de 6 a 27 meses el HOME explicó el 25% de la variabilidad del desarrollo infantil.

7. Grado de asociación entre las distintas variables del ambiente familiar y la prueba de vocabulario

La prueba de Vocabulario se asoció significativamente tanto con el HOME ($r=.64$, $P=000$) como con el NSE ($r=.63$, $P=000$). Al ingresar estas variables en un modelo de regresión múltiple con el puntaje de vocabulario como variable dependiente y el puntaje de HOME y de NSE como variables independientes pudo observarse que el HOME explica el 41% de la variación del vocabulario.

Se dividieron los puntajes de HOME de la población en tres, HOME alto (25%), medio (50%) y bajo (25%). Las medias del puntaje de la prueba de vocabulario variaron en forma significativa entre los tres grupos, a favor de las familias que estimulaban mejor a sus hijos. (cuadro 5)

CUADRO 5

Vocabulario según HOME

	HOME alto	HOME medio	HOME bajo
Vocabulario	10.1 ± 3 *	8.3 ± 3 *	5.5 ± 3 *

* Anova $P=.005$

8. Desarrollo Mental de los niños de acuerdo a la condición laboral de las madres

Se comparó el grado de desarrollo mental o CI de aquellos niños cuyas madres trabajaban fuera del hogar y de aquellos cuyas madres no lo hacían. Tanto en el grupo de niños de 6-27 meses como en los preescolares, no se encontraron diferencias significativas en el desarrollo mental de los niños entre ambos grupos. Por el contrario, la diferencia a favor de aquellos niños cuyas madres trabajaban, fue de 1 punto en los niños menores y de 9 puntos en el CI de los preescolares. Estas diferencias en los niños mayores pueden entenderse en razón del diferente y más alto grado de estimulación familiar que recibieron estos niños. La misma prueba se utilizó comparando el HOME de aquellas familias en que la madre trabajaba y pudo observarse que en el grupo de los niños menores no se encontraron diferencias significativas ($P=.87$). Lo contrario ocurrió a los 5 años donde se pudo encontrar una diferencia significativa entre el puntaje del HOME entre ambos grupos a favor de aquellas madres que trabajaban ($P=.01$). Las diferencias entre ambas medias fueron de 8 puntos.

Conclusión:

Los resultados obtenidos en este estudio, así como otras experiencias epidemiológicas, confirman la importancia que reviste la estimulación ambiental en el desarrollo integral del niño. Una vez más se hizo evidente que más que las condiciones socioeconómicas en las que vive un niño, son la variedad y calidad de estímulos (afectivos, lúdicos, sensoriales, etc.) que recibe diariamente de su entorno familiar, lo que influye con mayor peso en su desarrollo.

Asimismo, los resultados observados en el área del desarrollo de los niños (Bayley y WPPSI) replican, aunque en diferente proporción, los obtenidos en Tierra del Fuego. Al igual que en este estudio, existe un porcentaje significativo de retraso en el área motora en el grupo etáreo de 6-9 meses (34%) así como en el área mental en los niños de 24-27 meses (28%). A esta edad también pudo observarse igualmente descendida el área motora (26%). En cuanto a los niños de 5 años, los resultados hablan de un 34% de niños con un desempeño por debajo de lo esperable, datos equiparables a los del estudio realizado en Ushuaia (28%).

Lobería y Ushuaia son dos comunidades internas que se desarrollan en características geográficas

y de estilo de vida muy diferentes. Una comunidad de características estables, con baja migración y organización tradicional, asentada en la Pampa Húmeda y otra, de población inmigratoria de diferentes zonas del país, con alta movilidad y en su mayoría carente de la red social principal y de las familias extendidas, habitando un lugar con meses de dura inclemencia climática. Podría concebirse entonces, que en forma independiente de las características de la región o el ritmo de vida de la población, las variables que determinan el nivel de desarrollo de los niños son mayormente atribuibles a las características del ambiente familiar en que crecen, la calidad de estímulos y oportunidades que se les brindan, que favorecen su crecimiento y desarrollo en forma integral.

DISCUSIÓN

Muchos son los estudios que describen correlaciones entre la estimulación brindada por las familias, el nivel socioeconómico al cual pertenecen y el coeficiente intelectual de los niños. El NSE es considerado generalmente un indicador crudo del grado de estimulación brindado por el ambiente. Sin embargo, el HOME, instrumento que evalúa el grado de estimulación brindado por una familia, pareciera ser un instrumento más sensible a las interacciones y procesos de aprendizaje que ocurren entre padres e hijos (Bradley & Caldwell, 1984). Autores como Bradley, Caldwell, Brummit, Jacobson, Gottfried, Hawk entre otros, sostienen que el HOME predeciría por sobre el NSE la inteligencia futura de un niño; sin embargo, otros investigadores como Siegel y Jordan fundamentan que el HOME no adiciona nada al poder predictivo que tiene el nivel social (Siegel, 1984; Jordan, 1979).

Los estudios aquí desarrollados han demostrado las relaciones existentes entre el desarrollo mental y motor de los niños y el nivel social (Estudio CLACYD, Tierra del Fuego, Lobería) y la aún más marcada correlación entre el grado de estimulación brindado por las familias y el desarrollo de los niños (TDF, 1995 y Lobería, 1997).

Los últimos dos estudios demuestran que existe un comportamiento diferente entre el desarrollo mental y motor de los niños entre sí y comparados con la población de referencia en la cual se estandarizó el test con el que fueron evaluados. Pudieron observarse deficiencias en el desarrollo motor en los niños más pequeños y en el área mental en el segundo año de vida. Este comportamiento podría explicarse desde el punto de vista que los retrasos se manifiestan en aquellas áreas del desarrollo que predominan a una determinada edad. Por lo tanto es de esperar que los retrasos en el desarrollo se presenten primero en el funcionamiento motor y luego en el segundo año de vida en las conductas relacionadas con el desarrollo mental (McCall et al. , 1977).

El decaimiento en el puntaje mental entre los niños de 6 y 24 meses de edad puede ser explicado porque durante los primeros meses los niños se encuentran más protegidos de las influencias negativas del medio dado que dependen absolutamente de sus padres, especialmente de su madre. A esa edad, los niños necesitan que se los alimente varias veces al día, que se los proteja del frío, que se los bañe, que se los tenga en brazos, etc. A medida que crecen y especialmente a los dos años de edad, pasan más tiempo solos y están más influenciados por el medio que los rodea. Los retrasos en el desarrollo de niños poco estimulados pueden aparecer a edades más tempranas pero las alteraciones más o menos severas se evidencian recién alrededor de los 2 años de edad (Bermúdez, 1995).

Analizando la respuesta de los niños de todas las edades a cada uno de los ítems de la escala de Bayley se observa que prácticamente todos aquellos ítems en que los niños fallaron corresponden a procesos mentales del área del lenguaje, especialmente el expresivo². No es fácil justificar estas diferencias por el instrumento de medición en razón de que la forma en que la escala de Bayley explora estas funciones del lenguaje es sumamente sencilla y directa. Es más

probable pensar que como consecuencia de una baja estimulación en el área del lenguaje (la ausencia de libros, la falta de comunicación verbal espontánea hacia el niño por parte de un alto porcentaje de madres, etc.), la respuesta a estos ítems aparezca tardíamente en el proceso del desarrollo. Esta demora es, por lo tanto, de gran relevancia, ya que el retraso en la maduración de las áreas del lenguaje, por su implicancia en el desarrollo del pensamiento simbólico, podría extenderse al ingreso escolar con las consecuencias sobre el proceso de aprendizaje que este handicap significa.

En cuanto a la estimulación ambiental evaluada a través del HOME se observó en ambos estudios que en una proporción considerable de familias no son frecuentes las actitudes y conductas que se sabe son importantes para el desarrollo psicosocial de los niños. Por ejemplo, la respuesta, la sensibilidad y el cariño de las madres para con sus hijos son fundamentales para generar y facilitar una “relación de apego segura” (“secure attachment”, Isabella & Belsky, 1993; Pederson et al., 1990) y que esta relación tiene repercusión sobre el desarrollo mental del niño y en su futura inserción social.

Los datos en ambos estudios muestran que el grado de estimulación ambiental que recibían los niños de los sectores sociales más acomodados fue mayor que el de los niños más pobres; a su vez los niños que recibieron mayor estimulación presentaron un grado de desarrollo mental (6, 12 y 24 m) y un coeficiente intelectual (5 a) más alto. Es importante recalcar que en cada estrato socioeconómico existieron entre 5 y 17 puntos (TDF) y 2 y 17 puntos (Lobería) de diferencia en el grado de desarrollo entre los niños provenientes de familias con menor o mayor puntaje del HOME. Se desprende de esto que el grado de desarrollo alcanzado por un niño es explicado principalmente por la capacidad de estimulación familiar más que por el nivel social. O sea, más que las posibilidades materiales de cada familia, son el estilo de crianza, el afecto que se les brinda y las oportunidades de estimulación que se les provee, los factores que tienen mayor influencia sobre el desarrollo de los niños.

Algunos estudios recientes (Sameroff, 1987) demuestran que los retrasos en el desarrollo pueden ser explicados a partir de diferentes combinaciones de un mismo número de factores de riesgo, pudiendo producir efectos similares sobre el CI de un niño, concluyéndose de esta manera que ningún factor aislado, promueve o limita el desempeño intelectual temprano. Algunos factores pueden ser: la salud materna, el CI de la madre, la ausencia del padre, el nivel educacional de ambos, la lactancia materna, el número de niños en la familia, etc. En el estudio del CLACYD encontraron que condiciones como la lactancia materna, la ausencia de enfermedades en el primer año de vida y si el niño era integrante de una familia nuclear correlacionaron positivamente con el desarrollo de los niños. Lo mismo sucedió en los estudios de TDF y Lobería donde la presencia de ambos padres en el hogar así como la condición laboral de la madre tenían relación con el desarrollo del niño. Se observó una diferencia en el desempeño intelectual a favor de los niños que contaban con ambos padres en el hogar en una magnitud de 2 a 10 puntos. Esta menor respuesta en ambas escalas de desarrollo no estaba mediada por diferencias en la calidad de estimulación ambiental (HOME) pudiendo especularse sobre la importancia de los factores vinculares sobre el desarrollo infantil. En cuanto al trabajo materno no se encontraron diferencias significativas en el desarrollo infantil de niños cuyas madres trabajaban fuera del hogar. Esto es muy tranquilizador para aquellas madres que trabajan y se sienten culpables por no poder estar más tiempo con sus hijos. No es la cantidad del tiempo sino la calidad del mismo lo que hace la diferencia. Varios estudios concluyen en esto, es decir que no es tanto el número de estímulos en sí lo que influye sobre el desarrollo, sino la calidad, es decir el grado de adecuación de los estímulos a las características evolutivas e individuales del niño (Lira I, Montenegro H, y col, 1978).

2 Por ejemplo, en la escala mental los ítems que presentaron una respuesta menor a la esperada fueron: a los 6 meses “imita vocalizaciones” y “vocaliza tres sonidos vocales diferentes”, a los 12 meses, “vocaliza 4 combinaciones vocal consonante” y a los 24 meses “nombra tres objetos” y “nombra 5 figuras” “igualda cuatro colores” y “utiliza pronombres”, entre otros.

Estos resultados denotan una situación preocupante para la niñez argentina. Las investigaciones fueron realizadas en comunidades con condiciones de vida satisfactorias, buen estado nutricional y adecuada accesibilidad a alimentación y salud por lo que es de suponer que en comunidades menos favorecidas, la situación del desarrollo pueda ser seguramente más grave.

Las experiencias y aprendizajes tempranos de los niños han demostrado ser determinantes del desarrollo posterior de una persona. Teniendo en cuenta que ellos deberán integrarse a un mundo progresivamente más complejo y demandante de conocimientos técnicos, los resultados de este estudio dan cuenta de una problemática actual que puede tener consecuencias sobre el futuro de toda nuestra sociedad. Afortunadamente, el hecho de que el grado de estimulación brindado por las familias sea el factor de más peso sobre el desarrollo de los niños, abre una ventana de acción propicia para la intervención.

En el mundo existen o han existido numerosos programas de intervención destinados a la niñez temprana pero que lamentablemente, salvo alguna excepción, no han sido evaluados en su impacto. Cabe preguntarse entonces si es necesario, además de continuar realizando diagnósticos de situación como el presente que revelen información que permita comprender más acabadamente el complejo fenómeno de la estimulación temprana, si no sería de mayor trascendencia trabajar sobre la base de la información disponible en el diseño de programas, que apunten a incrementar los conocimientos de los padres acerca de la vital importancia de los primeros años del desarrollo de sus hijos.

COMENTARIOS FINALES

Existen en el mundo diferentes tipos de programas de intervención temprana en el área de desarrollo infantil. La diferencia entre ellos radica en el sistema sobre el que están focalizados, es decir sobre el niño, la familia (microsistema) o la comunidad (meso, exosistemas).

Los primeros se centran en la estimulación directa del niño a través de personal especializado en los propios hogares, en centros de salud o en establecimientos preescolares formales y no formales. Los programas focalizados en la familia, si bien tienen como principal destinatario al niño, intervienen indirectamente a través de la educación y apoyo a padres y/o cuidadores. El tercer tipo de programas apunta a la educación de la comunidad a través de los medios masivos de comunicación (prensa, radio, televisión, carteleras, etc.).

A pesar de la dificultad de estos programas por obtener una medición de impacto objetiva, es posible reunir algunas conclusiones relevantes a la hora de pensar en el diseño de una intervención temprana. En principio, pareciera estar demostrado que si bien las intervenciones tienen efectos beneficiosos a cualquier edad, las que apuntan a los dos primeros años de vida son más efectivas que las que se inician posteriormente.

En segundo lugar, las intervenciones que duran poco tiempo son menos efectivas que las más prolongadas (meses o años, no semanas). Es necesario un tiempo mínimo indispensable para permitir un aprendizaje en los niños y modificación en las actitudes.

Tercero, si bien el principal destinatario es siempre el niño, queda claro que el blanco ideal de las intervenciones deberían ser los padres, la familia y las múltiples fuentes de influencia sobre el niño y la familia. Retomando el concepto de “desarrollo en contexto” mencionado al comienzo de este documento, Bronfenbrenner en su análisis ecológico (Bronfenbrenner, 1979), dice “...el compromiso de la familia de un niño como participante activo es crítico para el éxito de cualquier programa de intervención. Sin dicho compromiso, los efectos de la intervención

desaparecen rápidamente una vez que el programa termina”. La participación y compromiso de los padres proporciona cambios más perdurables y a largo plazo y contempla un doble significado. Por un lado promueve la difusión vertical de las estrategias (estimulación de los hermanos y otros miembros de la familia) y por otro, la difusión horizontal mediante la extensión de los conocimientos y estrategias de estimulación a otros miembros de la comunidad.

Por último, es necesario que las intervenciones se basen en las creencias y escala de valores de la comunidad (macrosistema), apoyándose sobre pautas de vida y hábitos familiares ya existentes.

La situación actual de la población infantil argentina, refleja carencias importantes en el nivel de desarrollo de los niños que se correlacionaron en mayor grado con el nivel de la estimulación recibida en los hogares, que con el NSE de las familias. A partir de los estudios epidemiológicos realizados en terreno y del contacto directo con cada uno de los hogares y las familias de los niños, se podría inferir que los índices de baja estimulación ambiental encontrados podrían deberse a cierta falta de información por parte de padres y cuidadores acerca de los distintos aspectos relevantes del desarrollo infantil. Durante la evaluación del desarrollo mental y motriz de los niños en sus hogares, muchos padres mostraron gran sorpresa ante los logros de éstos frente a las distintas tareas que se les presentaron. Asimismo, los resultados del HOME (mencionados anteriormente) ofrecieron datos significativos al nivel de actitudes y conductas parentales que son importantes para un buen desarrollo de los niños. Algunos ejemplos ilustrativos son el desconocimiento acerca de la importancia del aliento y festejo de los padres frente a los avances de sus hijos para su desarrollo social, la carencia de estímulos apropiados para la formación del lenguaje, y la respuesta emocional y verbal pobre en un porcentaje considerable de padres.

Tomando en cuenta los criterios teóricos de intervención, conjuntamente con las observaciones y resultados obtenidos de los estudios de terreno, se podría pensar en un abordaje integral para un programa de intervención temprana, adecuado a los recursos, características y valores de nuestras comunidades. Un programa que apunte a producir cambios tanto en el niño, como en la familia y en la comunidad (micro, meso y exo sistemas), respetando los valores, ideología y estilos de crianza propios de la cultura (macrosistema).

Un programa de intervención temprana integral podría basarse en diferentes ejes de acción. Uno de ellos, podría estar focalizado en los padres y cuidadores de los niños. Por ejemplo, se les podría proporcionar información acerca de los diferentes momentos evolutivos por los que ellos atraviesan, así como la importancia de brindarles experiencias afectivas, sensoriales, cognitivas, lúdicas, etc., que enriquezcan su desarrollo. La intervención estaría dirigida al fortalecimiento de la confianza de los padres en sí mismos, preparándolos y capacitándolos en relación con sus propias habilidades para acompañar y fomentar el desarrollo físico, mental, social y emocional de sus hijos.

Otro eje podría centrarse en el modelo de programas de intervención temprana “de niño a niño”. Estos se orientan a la enseñanza de pautas para beneficiar el desarrollo de los más pequeños a los hermanos mayores o alumnos de escuelas primarias y secundarias. Las interacciones espontáneas que se dan entre unos y otros constituyen un recurso válido para el traspaso de conocimientos y experiencias. Como ejemplo, se podría incluir en las distintas áreas curriculares el armado de materiales lúdicos apropiados para cada edad (manualidades), la lectura de cuentos a los más pequeños (lengua), promocionar mensajes sobre el desarrollo infantil a través de canciones (música), del armado de marionetas y representaciones (teatro), etc.

Por último, sería importante incluir el eje de la motivación y comunicación a la comunidad a

través de los distintos medios masivos de comunicación como mensajes televisivos, programas radiales centrados en la temática del desarrollo de infantil, presentación de carteleras en lugares públicos con mensajes de salud y crianza a las familias, etc.

Este abanico de opciones de intervención representa un ejemplo de lo que sería posible realizar sobre el campo del desarrollo infantil en nuestro país. Actualmente se cuenta con estudios epidemiológicos que aportan la información necesaria acerca del nivel de desarrollo de los niños y las distintas variables familiares y ambientales que influyen sobre éste. Se demuestra que los principales aspectos a fortalecer para mejorar la situación actual se relacionan en mayor proporción con el enriquecimiento de la capacidad de estimulación del ambiente familiar, lo que implica una ventaja para la intervención ya que es una variable más permeable a los cambios que estructuras como la socioeconómica. Restaría entonces dar el siguiente paso.

Las múltiples experiencias en el área de intervención temprana han demostrado que ésta no es tarea fácil, ya que requiere de cambios estructurales dentro de las comunidades. Sin embargo, un proyecto de intervención como el ejemplificado o cualquier otra modalidad, traería aparejados ciertos beneficios que harían que valga la pena su realización. A nivel económico, los beneficios podrían observarse en la reducción de gastos subsecuentes en servicios tales como educación especial, tratamientos varios como estimulación temprana, psicopedagogía, psicología, etc. Asimismo, podría verse reducido el índice de repitencia y fracaso escolar, lo que implicaría beneficios en los planos educacional, ocupacional, y por ende social.

Para concluir, la intervención temprana implicaría generar un compromiso activo por parte de todos los sectores de la sociedad para actuar en forma eficaz y concreta sobre las distintas variables del contexto ambiental que inciden sobre el desarrollo infantil, con el fin de brindarle a la niñez argentina “una mejor calidad de vida, hoy y mañana”.

REFERENCIAS

- Bayley N. Manual of the Bayley Scales of Infant Development. 2nd Ed., The Psychological Corporation. Harcourt Brace & Co., San Antonio, 1993.
- Bayley N. Comparisons of mental and motor test scores for ages 1-15 months by sex, birth order, race, geographical location, and education of parents. *Child Devel* 1965; 36: 379-411.
- Bradley R Caldwell B. Home Observation for the Measurement of the Environment (revised edition) University of Arkansas at Little Rock, Arkansas, 1984.
- Bradley R et al. A Reexamination of the Association Between HOME scores and Income. *Nursing Res* 1994; 43: 260-66.
- Bradley R, Caldwell B. Early Home Environments and changes in Mental Test performance in Children Form 6 to 36 months. Proceedings Annual Meeting American Educational Research Association, Washington D.C., 1975.
- Bradley R, Caldwell B. Early Home Environment and The Development of Competence. Findings from the Little Rock Study, Arkansas. Center for Child Development and education, Little Rock, *Child Environments Q.* 1986; 3: 10-22.
- Bronfenbrenner U. *La Ecología de Desarrollo Humano*. Ediciones Paidós, 1ª ed. Buenos Aires, 1987.
- Bornstein M, Sigman M. Continuity in Mental Development from Infancy. *Child Devel* 1986; 57: 251-274.
- Bushnell EW, Boudreau J.P. Motor Development and the Mind: The Potential Role of Motor Abilities as a Determinant of Aspects of Perceptual Development. *Child Devel* 1993; 64: 1005-1021.
- CESNI (Centro de Estudios Sobre Nutrición Infantil). Proyecto Tierra del Fuego. Encuesta de Desarrollo Infantil. Fundación Jorge Macri / CESNI. 1996
- CESNI (Centro de Estudios Sobre Nutrición Infantil). Proyecto Lobería. Encuesta de Desarrollo Infantil. (a publicar). 1997.
- Elardo et al. The Relations of Infants' Home Environments to Mental Test Performance from 6 to 36 months: A longitudinal Analysis. Proceedings South Eastern Regional Meeting Society for research in Child Development, 1974.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC); Censo Nacional de Población y Vivienda 1991, Resultados Definitivos. Ministerio de Economía y Obras de Servicios Públicos. República Argentina, 1993.
- Isabella R & Belsky J. International synchrony and the origins of infant-mother attachment. A replication study. *Child development* 1991, 62, 373-384
- Johnson D et al. Does HOME add to the prediction of Child Intelligence over and above SES? *Journal of Gen Psych* 1992; 154 (1), 33-40.
- Kauffman S. A short form of the Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence. *J. Con. Clin Psychol.*, 1972; 39, No.3: 361-369.
- Lejarraga H, Krupitzky S, Kemansky D, Giménez E, y col. Organización de un programa nacional colaborativo de evaluación del desarrollo psicomotriz en niños menores de 6 años. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 94, 5, 1996.
- Lira I, Bralic S: Experiencias tempranas y desarrollo infantil. En: Bralic S, Haeussler IM, Lira MI, Montenegro H et al: Estimulación Temprana. Importancia del ambiente para el desarrollo del niño. Unicef. 1978
- Liebert R, Wicks-Nelson R, Kail RV: What is developmental Psychology? In *Developmental Psychology*. Prentice Hall division of Simon & Schuster, Inc. Englewood Cliffs, N.J. 1986 (fourth edition).
- Lotas M et al. The HOME Scale: The influence of socioeconomic status on the evaluation of the Home Environment. *Nursing Res* 1992; 41: 338-341.
- McCall R B. Toward an Epigenetic conception of Mental Development in the first three years of life. In *Origin of Intelligence*. New York. Plenum. 1977.
- Myers R. Los doce que sobreviven: Fortalecimiento de los programas de desarrollo de la primera infancia en el tercer Mundo. Publicación científica No.545, Pan American Health Organization, Washington D.C., 1993.
- Park A, Radan A, Wolf A, Lozoff B. Using the HOME Inventory with infants in Latin America, 1995.
- Pollit E. Poverty and malnutrition in Latin America. Early childhood intervention programs. A report of the Ford Foundation, The Ford Foundation, 1980.
- Nordberg L. Psychomotor and mental development at four years of age: relation to psychosocial conditions and health. Results from a prospective longitudinal study. *Acta Paed* 1995; 84, Supplement 409.
- Ross G. Use of the Bayley Scales to characterize abilities of premature infants. *Child Devel* 1985; 56: 835-842.
- Zeanah Ch. *Handbook of Infant Mental Health*. Guilford Press, New York, 1993.
- Sameroff AJ & Friese BH. Transactional regulation and early intervention. In S.J. Meisels & Shonkoff (Eds), *Handbook of Early Childhood Intervention*, 1990: 119-149. New York: Cambridge University Press.
- Sameroff AJ et al. Intelligence quotient scores of 4-year-old children: Social-Environmental Risk Factors. *Pediatrics* 1987; 79: 343-350.
- Sabulsky J, Agrelo F, Brizuela M, Lobo B, Batruoni L, Quiroga A, Reyna S, Sesa S: Estudio CLACYD. Preliminar de resultados. Córdoba. 1996.
- Stevens J, Bakeman R. A factor analytic study of the HOME Scale for infants. *Devel. Psych.* 1985; 21: 1196-1203.
- Wechsler D: *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence- Manual*; New York. The Psychological Corporation, 1963, 1967.
- Wechsler D.; *Test de Inteligencia para Preescolares (WPPSI) Manual*, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1991.

Díaz:

Los valiosos datos aportados por los estudios descriptos (CLACYD, Tierra del Fuego y Lobería) muestran la importancia y la necesidad de contar con aportes de este tipo para el diseño y evaluación de intervenciones destinadas a promover el desarrollo integral de la niñez, a través de acciones sobre el niño, la familia y/o la comunidad.

Llama la atención los similares resultados obtenidos en el estudio de Ushuaia y de Lobería, para las distintas pruebas aplicadas, ya que como se señala en el documento, ambas localidades presentan diferencias significativas respecto del grado de movilidad o migración interna de sus habitantes, los lazos sociales y familiares existentes, el tipo de organización social, etc. Es decir, de acuerdo a estos resultados el stress familiar que implicaría el desarraigo, el aislamiento o la lejanía de la familia extendida y de los afectos tradicionales no tendría un efecto significativo sobre el desarrollo de los niños.

Respecto a las intervenciones, deseo destacar el impacto de una de las que centran las acciones en las familias, como son las visitas domiciliarias.

Los trabajos de Powell y Sally-McGregor (Jamaica), David Odls (New York), Avima Lombard (Israel), por citar sólo algunos de ellos, muestran importantes resultados en relación a la reducción de accidentes y de maltrato, al mejoramiento del desarrollo psicomotor, a la prolongación de la lactancia materna, etc.

Este tipo de intervenciones, relativamente simples y de bajo costo, implican romper con el enfoque tradicional de los servicios de salud, acostumbrados a la atención curativa, intramuros y centrada en la demanda espontánea, para pasar a una modalidad de trabajo que incorpore aspectos preventivo-promocionales, criterios poblacionales con enfoque de riesgo y el uso de herramientas de programación y planificación.

Lejarraga:

Los resultados de la excelente presentación de Cugnasco muestran que, dentro del grupo de niños con retraso del desarrollo psicomotor hay dos poblaciones diferentes: por un lado los niños con trastornos del desarrollo que podemos llamar de causa biológica. Estos niños constituyen una distribución de frecuencias aparte, en la "cola" izquierda de la distribución normal de frecuencias. Estos niños son pasibles de ser detectados ya sea clínicamente o por métodos de screening. Por el otro lado, tenemos el grupo de niños con retraso del desarrollo que podemos llamar de causa medioambiental, que es el que mostró Isabel Cugnasco, y que consiste en un desplazamiento de toda la población hacia la izquierda. Es todo el grupo poblacional el que está afectado. Personalmente, yo pienso que en este grupo poblacional también debemos aplicar métodos de screening. Además, creo que debe hacerse un diagnóstico operativo e intervenir con muchos de los métodos adecuados que enumeró Isabel.

Onaíndia:

Este documento permite observar la interdisciplina en ejercicio. Brinda además la posibilidad de efectuar los ajustes necesarios para adecuar las variables a la realidad cultural y social en la que el niño obtendrá su desarrollo.

En él se encuentra la natural continuación del documento presentado por Lejarraga, ya que en aquel se intenta investigar qué les está pasando a nuestros niños, mientras que éste avanza hacia un intento de explicación de las causas.

Permite evaluar la inclusión del niño como sujeto en la familia desde su edad más temprana y plantea la relación entre estimulación familiar y grado de desarrollo. Es alentadora la relación que permite entrever entre el desarrollo del lenguaje y los posteriores resultados de la escolarización. Abre así una ventana de posibles acciones al ofrecer la oportunidad de acompañar a la familia en la adecuación y optimización de sus recursos. A pesar de lo útil de su concepción, es de difícil aplicación en la práctica diaria, quizás un paso próximo sería el logro de una herramienta de fácil

aplicación por el pediatra en el consultorio.

Arce:

Me complace escuchar esta experiencia de Tierra del Fuego, que he visitado repetidas veces y más aún de Lobería, donde he estado invitado para Jornadas de Atención Primaria. Esta sufrida localidad tiene una surtida actividad social y comunitaria, apoyada por el equipo de salud. La desprotección de los niños cuyas madres trabajan se da tanto entre los humildes, donde algunos quedan a cargo del hermanito de 10 años, a veces con peligro de incendio de la casilla por brasero o mechero de gas, como también a la clase alta, donde hay niños que quedan al cuidado de la mamá heladera y el papá televisor.

Estudios norteamericanos y alemanes demostraron que proporcionando apoyo adecuado a la madre que trabaja para el cuidado de sus hijos, estos se desarrollan casi tan bien como los de las madres con dedicación exclusiva al hogar y que obligar a toda madre a quedarse en casa contra su voluntad o vocación profesional es contraproducente, pues la frustra y perjudica así la actitud hacia los hijos.

“Si el joven ya supiese y si el viejo aún pudiese”

Mercer:

Reviendo las presentaciones que se realizaron hasta este momento, hay un tema que surge en forma cuasi permanente en cada uno de los discursos. Me estoy refiriendo al tema de la continuidad y la longitudinalidad. Miguel Larguía se refirió a la continuidad y la longitudinalidad como hecho fundamental para asegurar la calidad de atención del recién nacido prematuro. Julio Arce, hizo un comentario de lo que significó para él tener diez años de continuidad en su centro de salud de Neuquén. Marilú Ageitos, comentó la importancia de la continuidad de la lactancia como hecho básico tendiente a asegurar efectividad en esta práctica de crianza. Elsa Moreno, tomó el tema al mencionar lo fundamental que es para los centros de salud tener continuidad en la provisión de insumos para los programas de atención primaria. Pablo Vinocur tomó el tema de la importancia de la continuidad y los éxitos en la gestión del modelo de salud de Costa Rica. También el círculo de reproducción de la pobreza nos habla de un continuo. El estudio CLACYD de Córdoba que presentado por Fernando Agrelo y Jacobo Sabultzky es un estudio longitudinal. Horacio Lejarraga basa su práctica y su prédica en un hecho eminentemente longitudinal y continuo como lo es el crecimiento y desarrollo. Finalmente, Isabel en su presentación destaca que la investigación no se debe agotar en una instancia diagnóstica sino asegurar una continuidad, un acompañamiento.

El tema de la continuidad no es menor. Si analizamos nuestra modalidad de trabajo desde el sector salud, encontraremos que lo hacemos con una visión coyuntural, emergentológica y de corte transversal. Al hablar de continuidad y longitudinalidad estamos pensando prospectivamente, con una visión de proyectos futuros, de planificar y evaluar, con la posibilidad de construir caminos. La continuidad no es un bien extemporáneo. Muchas de las cosas que nos han ocurrido como sociedad y en el campo de la salud en particular han sido consecuencia de la falta de acciones tendientes a asegurar continuidad en los proyectos. Este encuentro es un buen punto de partida sobre la posibilidad de pensar con un sentido continuo. Ya Barbara Starfield ha publicado sobre la importancia de asegurar continuidad en los modelos de atención como índice de calidad de atención.

Salud Pública basada en la evidencia: ¿Cuándo y cómo?

Elvira B. Calvo

“La ciencia es nada más que sentido común entrenado y organizado” (T. H. Huxley).

¿Los recién nacidos, deben dormir en decúbito supino o decúbito prono? ¿Cómo se explica este cambio de 180°? Y lo que es más difícil, ¿cómo se logra que toda la población gire 180°?

¿Qué evidencia existía antes y cuál ahora? ¿Qué es evidencia suficiente para sustentar una acción preventiva de alcance masivo?

No es el propósito de este trabajo analizar el tema de la prevención de la muerte súbita en el lactante, sino utilizarlo como ejemplo muy ilustrativo de los cambios de recomendaciones en la prevención, promoción y protección de la salud y ensayar una visión crítica sobre la evidencia que sustenta (o debería sustentar) toda política de salud y todo contenido de educación para la salud.

Hay múltiples ejemplos de cambios de recomendaciones con el tiempo en el área de la nutrición infantil. En el tratamiento y la prevención de la desnutrición se ha pasado de poner el énfasis en la ingesta energética, a la recomendación de altas concentraciones de proteínas, nuevamente a la energía, luego a algunos micronutrientes particulares, para finalmente considerar el patrón dietético general, es decir, una dieta variada y completa (1).

Las recomendaciones sobre cuándo y cómo iniciar la alimentación complementaria del lactante han variado sucesivamente a lo largo del tiempo y la evidencia nutricional y epidemiológica no siempre ha sustentado estas posiciones. Numerosos mitos acerca de los alimentos han estado presentes y algunos aún sobreviven: el valor como fuente de hierro de la espinaca y el huevo, las supuestas bondades de la miel, la sopa y la gelatina, etc.

El puré amarillo y la manzana rallada como alimentos de inicio no fueron “recomendaciones de las abuelas”, sino de los pediatras. La generalización y persistencia de este hábito tiene ahora raíces en la población (aunque también en muchos pediatras).

En definitiva, ¿cuánto se tarda en discontinuar un contenido educativo de salud si ha sido efectivamente difundido y se comprueba que no es útil ?

LA CUESTIÓN ÉTICA

Dado el costo inevitable de cualquier intervención preventiva, la probabilidad de intrusión en la vida de las personas y la posibilidad de causar daños (aunque sea mínimos) cuando se interfiere la fisiología humana, se debe considerar que una “evidencia concluyente” de causalidad y de

efectividad es el criterio ético mínimo que debe satisfacerse antes de considerar una intervención en salud pública. Las buenas intenciones no son suficientes cuando se imponen intervenciones en una población no consultada.

La ética en la práctica clínica se basa en el tratamiento voluntario de un paciente que consiente en forma autónoma: una persona enferma que demanda ayuda. En esta situación el deber médico es brindar el mejor tratamiento disponible, pero no hay un requerimiento de certeza de su efectividad. En medicina preventiva la situación es muy diferente: los sujetos son típicamente saludables, no han requerido ayuda y no establecen una relación voluntaria ni simétrica con quien lleva a cabo la política.

La salud humana es demasiado compleja y las consideraciones éticas son demasiado importantes como para que los procesos de ingeniería social manipulen los estilos de vida sin un conocimiento seguro de los mecanismos por los cuales estas intervenciones se supone que operan. (2).

LA NATURALEZA PROVISIONAL DE NUESTRAS IDEAS O TEORÍAS PREVALECIENTES. INDIVIDUO VERSUS POBLACIÓN.

El modo dominante de explicación en epidemiología hoy es al nivel de los efectos de la exposición, sobre el riesgo de enfermedad en los individuos. Este foco en el individuo refleja la visión de las poblaciones como meros agregados de consumidores que actúan en forma independiente, realizando elecciones y adoptando conductas en el gran mercado de la sociedad liberal democrática.

Los trabajos pioneros de Geoffrey Rose sugieren que la explicación para las diferencias en las tasas de incidencia de enfermedades entre poblaciones puede muy bien ser distinta de aquella relacionada con las diferencias de riesgo entre individuos. Por ejemplo, ¿a qué nivel pueden explicarse los diferenciales socioeconómicos en la salud?

La causalidad de las enfermedades involucra una cadena de influencias: las circunstancias culturales y políticas determinan el modo de vida y los patrones de actividad económica, estos influyen los sistemas de valores y así, las actitudes grupales y personales, estas influyen las conductas y así seguimos...

Hay algunos factores de riesgo que son esencialmente propiedad de las poblaciones y no pueden pensarse al nivel individual; como ejemplos se pueden mencionar:

- La inmunidad colectiva (el umbral de prevalencia de personas inmunes en una población que limita la transmisión epidémica).
- Los gradientes económicos y el sentido de deprivación personal o grupal (la tesis de Wilkinson). Se cree que parte del impacto del desempleo sobre la salud actúa sobre la "moral" del grupo y los patrones de "patología social", claramente a un nivel supra-individual.
- La baja moral social con un sentimiento de pérdida de control puede ser parte de la explicación de la trayectoria de salud francamente adversa de los países de Europa del Este en las últimas décadas.
- Los efectos del llamado "cambio global" sobre la salud. El empobrecimiento y las rupturas o disturbios provocados sobre los sistemas naturales de los que depende la vida: estabilidad del clima, protección de la radiación solar ultravioleta, disponibilidad de alimentos y agua potable, mantenimiento de la biodiversidad, afectan la sostenibilidad a largo plazo de la salud de las poblaciones.

Volviendo a Geoffrey Rose (3), su planteo es que hay dos clases de pregunta etiológica, una busca las causas de los casos y la otra busca las causas de la incidencia en las poblaciones. El concepto de riesgo relativo puede ser la mejor medida de la fuerza etiológica pero no mide en absoluto los resultados de importancia para la salud pública. La causa más difícil de identificar es aquella que está universalmente presente y por lo tanto no tiene influencia en la distribución de una enfermedad. Por ejemplo, si todos los individuos de una población fumaran 20 cigarrillos diarios es probable que todos los estudios (clínicos, de casos y controles, de cohortes) nos llevarían a concluir que el cáncer de pulmón es una enfermedad genética.

Casi todas las enfermedades varían ampliamente en incidencia a lo largo del tiempo o entre poblaciones. Esto significa que las causas de su incidencia, aún cuando fueran desconocidas, no son inevitables y podrían ser pasibles de control. Estos dos abordajes de la etiología se traducen en las estrategias de prevención, conocidas como “estrategia de alto riesgo” y “estrategia poblacional”.

	Estrategia de Alto riesgo	Estrategia Poblacional
Ventajas	<p>Apropiada para el individuo</p> <p>Motivación del sujeto</p> <p>Motivación del equipo de salud</p> <p>Alto costo-efectividad</p> <p>Razón riesgo-beneficio favorable</p>	<p>Radical</p> <p>Gran potencial para poblaciones</p> <p>Apropiada desde el punto de vista conductual</p>
Desventajas	<p>Dificultad y costo del screening</p> <p>Paliativa y temporaria</p> <p>Potencial limitado para la población y aún para el individuo</p> <p>Inapropiada desde el punto de vista conductual</p>	<p>Pequeño beneficio para el individuo</p> <p>Pobre motivación del sujeto</p> <p>Pobre motivación del equipo de salud</p> <p>Razón riesgo-beneficio baja.</p>

CONDICIONES QUE DEBERÍA CUMPLIR UNA INTERVENCIÓN

Ya hemos dicho que el criterio ético mínimo para una intervención en salud pública es que exista una evidencia concluyente de causalidad y de efectividad ; esto es, que se haya establecido más allá de una duda razonable, por un lado, que determinados factores de riesgo asociados con el evento son probablemente causales, y por otro lado, que en estudios de intervención se haya demostrado un efecto preventivo de tales medidas sobre la incidencia del evento que se quiere prevenir. Esto es válido a nivel universal.

Además, es preciso considerar a nivel local si la patología o evento que se plantea como objetivo de la política tiene la suficiente entidad para ser considerada como prioridad. Se requiere indudablemente un diagnóstico local, provincial o regional en términos de frecuencia y distribución.

LA NATURALEZA PROVISIONAL DE LA COMPRESIÓN DE “CAUSAS”

La ciencia moderna descansa sobre un sistema de relaciones de causa y efecto. Descubrir esas relaciones requiere distinguir entre asociación (estadística) y causalidad (necesaria, suficiente o contribuyente).

Una interpretación causal es nuestro mejor intento de identificar los eventos antecedentes específicos que alteran la probabilidad de ocurrencia de enfermedad (o de cualquier otro resultado). La interpretación está limitada por el conjunto de conocimientos disponibles y su teoría asociada: el “paradigma científico” prevalente.

Repasando la historia de la epidemiología, se comprueba que con frecuencia se “descubrió” la causa equivocada, o en forma incompleta. El tema de la causalidad es muy difícil, teniendo presente que las poblaciones de interés son diferentes (por ej. ,en su susceptibilidad genética a factores ambientales) e internamente heterogéneas. No hay “verdades absolutas” a ser descubiertas, ni los factores de riesgo son “universales” en su importancia e impacto.

Un ejemplo claro de múltiples controversias acerca de los factores “causales” es la historia de la enfermedad coronaria. Cuarenta años atrás, los epidemiólogos norteamericanos comenzaron a explicar la epidemia moderna de enfermedad coronaria en términos de la acumulación a lo largo de la vida de colesterol en la capa interna de las arterias coronarias, actuando como factores concurrentes la hipertensión y el hábito de fumar. Desde entonces se han discutido largamente los efectos de varios tipos de grasas dietarias - saturadas vs. insaturadas; grasas insaturadas cis vs. trans; los beneficios del aceite de pescado, etc.

Mientras tanto aparecieron otras teorías, reflejando el advenimiento de nuevos tipos de observaciones, nuevas ideas y nuevas técnicas de medición. Por ej.:

- La importancia de los micronutrientes antioxidantes (que reducen la captación de lípidos por la pared arterial).
- El rol de ciertas vitaminas en reducir la tendencia de la sangre a coagular.
- El efecto benéfico de los aceites de pescado (ω -3) sobre la eficiencia del músculo cardíaco, la presión arterial y la tendencia a la coagulación de la sangre.
- El efecto protector de un consumo moderado de alcohol, tal vez mediado por su efecto en la bioquímica del transporte lipídico.
- El posible rol de infecciones prolongadas por *Helicobacter pylori* y su efecto promotor de coagulación sanguínea.
- Un cambio aún más radical es la evidencia reciente de que gran parte del riesgo cardiovascular en la adultez es “determinado” en el momento de nacer, como una función de la nutrición fetal y el crecimiento y del fenotipo adaptativo adquirido por el neonato - tendencia de presión arterial, resistencia insulínica, metabolismo hepático de los lípidos, etc.- (4).

¿Estaban equivocados los primeros epidemiólogos? ¿Están algunos, ninguno o todos estos factores mencionados involucrados entre las causas de la enfermedad coronaria? ¿O el presente es todavía un conocimiento en transición, como es el caso de muchas enfermedades de etiología múltiple y compleja?

CAUSALIDAD: LA NATURALEZA DE LA EVIDENCIA EPIDEMIOLÓGICA

La evidencia que relaciona “exposiciones” (ambientales, conductuales, médicas, de la historia familiar, etc.) con las alteraciones de salud en los seres humanos proviene en forma primaria de estudios epidemiológicos. La mayoría de estos estudios se llevan a cabo en el “terreno”, en poblaciones que viven libremente. Los métodos de investigación son fundamentalmente observacionales; sólo una minoría de los estudios epidemiológicos se hacen a través de intervenciones experimentales controladas.

La epidemiología tiene que buscar en este mundo real (repleto de “ruido de fondo” por los muchos factores coexistentes que influyen en el estado de salud) datos que brinden información acerca de las relaciones causales. Es inevitable que exista cierta dificultad en filtrar este “ruido de fondo” para alcanzar “señales claras” sobre la relación entre dos variables de interés - por ej. peso corporal y presión sanguínea -.

La evidencia más convincente de causalidad se produce cuando un cierto número de estudios epidemiológicos independientes, hechos bajo diferentes circunstancias, llegan a las mismas conclusiones. Este es un criterio muy importante: la inferencia causal en epidemiología depende de obtener un cuerpo consistente y suficiente de evidencia tal que, sobre la base de un juicio razonable, haya una alta probabilidad de que la relación observada entre exposición y resultado de salud refleje una relación causal subyacente (Anexo 1). Se puede llegar a esta conclusión luego de haber descartado que los resultados sean debidos al azar (error aleatorio), a alguna clase de sesgo o a variables confusoras no controladas.

ASOCIACIÓN	vs.	CAUSALIDAD
? Azar		
? Variables confusoras		Criterio
? Sesgo		
? Real		

Este proceso, sin embargo, no produce “pruebas”. Más bien provee evidencia más allá de una duda razonable. La “prueba” absoluta o formal simplemente no es alcanzable en las ciencias empíricas.

La evidencia epidemiológica es la única fuente directa de evidencia científica acerca de los factores de riesgo y la posibilidad de prevención de las enfermedades dentro de las poblaciones. Estos estudios son predominantemente no-experimentales, dado que los aspectos éticos y algunas consideraciones prácticas limitan la conducción de estudios experimentales en humanos.

Mucha de nuestra experiencia en salud pública demuestra que el conocimiento del mecanismo causal NO es esencial para elaborar estrategias preventivas eficaces. Es decir que el hecho de que la epidemiología a menudo no examine los mecanismos biológicos que median la relación causal inferida no disminuye su utilidad en la formulación de políticas de salud.

¿QUÉ ES EVIDENCIA CONCLUYENTE?

¿Hasta que se sepa más acerca de qué es efectivo y qué no lo es, y sobre qué es costo-efectivo y qué no lo es, resulta ético no hacer nada?

Atribuir efectividad a una intervención preventiva generalmente es complicado, a la luz del paradigma clínico de evaluación de tratamientos específicos para el paciente y su enfermedad, en el cual la evidencia de efectividad proviene de observar efectos importantes y resultados fáciles de medir en grupos pequeños y bien definidos de personas en un tiempo relativamente corto.

Las intervenciones de promoción de la salud no son específicas, con frecuencia son poco mensurables, a veces se basan en fenómenos sociales complejos y poco comprendidos y resultan

contaminadas por muchas influencias externas en las poblaciones sanas que viven libremente. Estas poblaciones objetivo son grandes, muy heterogéneas y a menudo poco definidas, y la observación de resultados puede ocurrir en el largo plazo.

Las intervenciones pueden no ser óptimas y generalmente son administradas por profesionales cuyo entrenamiento y vocación es el tratamiento de la enfermedad y no la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. La tradición mas fuerte en medicina es la identificación de individuos enfermos y su tratamiento, como si estuvieran divorciados de la comunidad de la que provienen.

Las principales diferencias en la evaluación de una intervención preventiva versus una intervención terapéutica son las siguientes (5):

Intervención preventiva	Intervención terapéutica
Generalmente conductual	Biológica
Efectos a largo plazo	Efectos en corto plazo
Eventos finales raros	Eventos finales comunes
Resultados “blandos”	Resultados “duros”
Políticas públicas	Decisiones individuales
Impuestas	Demandadas
“Clientes” sanos	“Clientes” enfermos
Beneficios individuales de pequeña proporción	Beneficios individuales grandes
Aplicables a grupos	Aplicables a individuos

En definitiva, una política de intervención diseñada para beneficiar la salud de la población debe ser justificada por su efectividad, su aceptación y su costo. La relación de estos factores con estadios de cambio de conductas y de riesgo en el corto plazo, y morbilidad en el largo plazo, son los determinantes cruciales de una política apropiada de salud pública.

LA CARGA DE ENFERMEDAD

En la sociedad contemporánea los decisores de políticas están bajo crecientes y complejas presiones para realizar elecciones entre prioridades de salud pública. A la luz de tales cuestiones se ha producido un surgimiento en los 90s de formas de estimar la carga social y económica de la invalidez, la enfermedad y las muertes prematuras dentro de una población; en definitiva, como expresar en unidades comunes la carga de enfermedad, permitiendo elecciones directas entre ellas. La búsqueda se orienta hacia el desarrollo de una forma sistemática de resumir el impacto agregado de distintos “riesgos” sobre la salud de las poblaciones, usando unidades de impacto que tengan sentido para la comunidad en general y para quienes toman decisiones políticas en particular.

Este enfoque de índole economicista no ha logrado resolver muchos de los problemas inherentes a la fijación de prioridades, básicamente porque sus fundamentos no son todo lo claros y equitativos que podría exigirse (6).

EVIDENCIA EPIDEMIOLÓGICA LOCAL

Existen pocas fuentes de datos actualizadas y completas para la evaluación de las incidencias o

prevalencias de enfermedad a nivel nacional y regional que permitan orientar las políticas de salud materno-infantil.

En general, se recurre a las estadísticas vitales, es decir, se trabaja sobre consecuencias últimas y no sobre factores de riesgo a modificar. La distancia práctica que existe entre una causa de muerte y las intervenciones preventivas eficaces de la misma es evidentemente grande, con muchas incógnitas en el camino causal.

Mi crítica es que nos sintamos conformes o resignados ante la falta de estudios epidemiológicos que apunten a discernir las causas más inmediatas que permitan cortar la cadena y fundamentar políticas efectivas de prevención.

No se puede atacar una causa de muerte; la prevención debiera operar sobre factores de riesgo, y estos últimos en muchos casos son desconocidos en el ámbito local. Esto podría ser poco importante en patologías cuyas causas son conocidas y existe alguna claramente necesaria o suficiente, digamos por ejemplo: sarampión, pero aún en ese caso la probabilidad de morir no está condicionada exclusivamente por el virus, y la falta de inmunización tiene factores causales de índole "local".

Debiera hacerse un primer esfuerzo para la obtención de datos confiables sobre incidencia de morbilidad, y sobre los factores que condicionaron la muerte una vez establecida la enfermedad. En una segunda etapa deberían también estudiarse los factores de riesgo de incidencia, muchos de los cuales no son universales, es decir, no pueden encontrarse en la literatura de estudios realizados en otros ámbitos.

Sin embargo, el análisis de mortalidad infantil y del niño menor de 5 años no se agota sólo en la evolución de las tasas generales. Es posible analizar tasas específicas de mortalidad y trazar perfiles regionales que podrían orientar mejor el establecimiento de prioridades. En los Cuadros 1 y 2 se presentan las tasas específicas de mortalidad por las 8 ó 9 causas más prevalentes y por Provincia en el menor de 1 año y en los niños de 1 a 4 años, respectivamente (7).

Mortalidad infantil:

Los datos del Cuadro 1 corresponden al año 1996 y se expresan como tasas específicas por 10.000 nacidos vivos. Las provincias se agrupan por regiones. Como parámetro de comparación, en la última columna se muestra la mortalidad infantil total (también por 10.000 nacidos vivos).

Se pueden describir patrones regionales diferentes. Una primera aproximación sería verificar si la transición epidemiológica tiene un correlato regional: claramente las deficiencias nutricionales y las enfermedades intestinales se concentran en el NOA y el NEA, la septicemia y la meningitis tienen una tendencia similar aunque con mayor variabilidad. Las neumonías, si bien presentan tasas altas en el NEA, tienen una distribución más irregular, con los valores más altos en Mendoza y San Juan. En el otro extremo, las tasas de mortalidad por anomalías congénitas son bastante estables entre todas las provincias. Hasta aquí lo previsible.

La mortalidad por causas perinatales tiene un perfil particular, con tasas significativamente más bajas que el promedio nacional en toda la región patagónica y en algunas jurisdicciones aisladas como Ciudad de Buenos Aires. Evidentemente, aquí la buena situación de Patagonia se relaciona con otro aspecto más allá de la "transición", esto es la calidad de la atención.

Los accidentes suelen aparecer en lugares preponderantes cuando las causas infecciosas y nutricionales están controladas. Sin embargo, al analizar las tasas específicas absolutas se puede observar que mueren muchos más niños menores de 1 año por accidentes en Salta y Jujuy que en Entre Ríos, Santa Fe o Ciudad de Buenos Aires.

Mortalidad de niños de 1 a 4 años:

Los datos del Cuadro 2 corresponden a un promedio de los años 1995-1996, con el fin de obtener mayor estabilidad en las tasas teniendo en cuenta el bajo número de eventos. Las tasas específicas se expresan en este caso por 100.000 niños de 1 a 4 años y por provincia.

Las deficiencias nutricionales y las enfermedades infecciosas se concentran nuevamente en las regiones del NOA y del NEA. Los accidentes constituyen la primera causa de muerte en la mayoría de las jurisdicciones, presentando las tasas específicas más altas en Jujuy, Catamarca, Mendoza, Chaco, La Rioja y Salta. Nuevamente, sorprende encontrar en algunas provincias concomitancia de altas tasas debidas a causas infecciosas y accidentes, cuyos factores de riesgo son ciertamente distintos.

PRIORIDADES DE INTERVENCIÓN SEGÚN CAUSAS DE MUERTE

Considerando las primeras Metas definidas para el año 2000, de disminución de la TMI y de la TMM5, junto con la disminución de la brecha entre jurisdicciones, la lógica de la eficiencia en un escenario de recursos escasos indicaría la conveniencia de priorizar la prevención de las enfermedades más prevalentes y en las que se pueda lograr mayor impacto.

¿Qué hacer, en términos de reducción de la brecha, cuando todas o casi todas las tasas específicas son altas en una jurisdicción?

Consideremos por ejemplo el caso de Chaco. Si se lograra disminuir a la mitad en el plazo de un año (lo que constituye una meta bastante ambiciosa) todas las tasas de enfermedades infecciosas prevalentes, esto es: neumonía, diarrea, septicemia y meningitis, la reducción que podría esperarse en la tasa de mortalidad infantil sería de sólo el 6.25%, es decir la TMI bajaría de 34.4 a 32.2 por mil, y continuaría siendo la más alta del país.

Si, por otra parte, el énfasis se pusiera en disminuir la tasa específica más alta, causas perinatales en todos los casos, es difícil pensar que se lograrían disminuciones rápidas de magnitud a menos que los recursos del sistema de salud (humanos y de inversión) se incrementaran (y capacitaran) en forma significativa.

¿Cuáles serían en términos de beneficio-costos las alternativas más eficientes? Probablemente aquellas que se orientaran a prevenir factores de riesgo comunes a varias de las patologías prevalentes, lo que podría tener un efecto multiplicador de beneficios. Incrementar la calidad del control prenatal y del niño, y promover una adecuada nutrición en ambos casos serían prioridades en ese sentido.

BREVE ANÁLISIS DE ALGUNAS POLÍTICAS DE SALUD CON RESPECTO AL CUMPLIMIENTO DE ESTAS CONDICIONES

Sería oportuno considerar con algunos ejemplos el cumplimiento de las condiciones de:

- causalidad,
- intervención probada,

- frecuencia y distribución local del evento

Inmunizaciones:

En este caso, la evidencia causal es concluyente, así como el conocimiento de la eficacia de la intervención. La frecuencia y distribución de las enfermedades infecciosas que pueden ser prevenidas con vacunas se evalúa en forma permanente, como parte de los sistemas de vigilancia epidemiológica en el ámbito local. Es decir, se cumplen todas las condiciones exigibles; la única consideración del análisis en este caso sería la efectividad de la intervención en términos de cobertura y de eficacia de las vacunas asociada con las condiciones del huésped (capacidad de respuesta inmunitaria, etc.).

Carencias de micronutrientes:

Si se consideran los tres más importantes -hierro, yodo y vitamina A- la evidencia existente a nivel universal sobre causalidad y eficacia de las intervenciones es concluyente.

La información de prevalencia en el ámbito local es, sin embargo, diferente según el nutriente que se considere, así como el estado actual de las intervenciones que se aplican en el país.

En el caso del yodo, a partir de un diagnóstico de situación se aplicó una intervención masiva cuyos resultados fueron también evaluados, siendo ampliamente satisfactorios. Podría discutirse la calidad del monitoreo actual de la fortificación y de la incidencia de casos en las áreas endémicas, pero este es otro problema.

En el caso del hierro, existe información local incompleta pero suficiente para definir a la deficiencia de hierro como problema de salud pública. Se aplica una de las intervenciones posibles -suplementación medicamentosa- pero no se evalúa la efectividad de tal medida. Sin esta información, es imposible justificar esta política en términos de costo-beneficio, ni definir qué aspectos habría que mejorar; lo cierto es que el problema persiste. La alternativa a esta intervención -particularmente en el caso de lactantes y niños- es la fortificación de alimentos, pero no existe decisión política de aplicarla en los programas de salud materno infantil.

En el caso de la vitamina A no existe un diagnóstico nacional que permita establecer si la deficiencia de vitamina A requiere una intervención masiva -suplementación o fortificación-. Teniendo en cuenta no sólo consideraciones de costo de la intervención, sino y fundamentalmente el principio ético de no causar daños (o mayor daño que beneficio), no podría decidirse una política con la información existente. Sin embargo, el problema podría tener una prevalencia moderada o aún alta, y el hecho de no realizar ninguna intervención podría ser profundamente antiético.

Desnutrición:

La evidencia existente a nivel internacional en términos de causalidad es moderadamente concluyente, en cambio no es tan clara la efectividad de ninguna intervención. Esta situación es compartida con la mayoría de las enfermedades de etiología compleja. Tanto el tipo y grado de desnutrición como la preponderancia relativa de los distintos factores de riesgo limitan la efectividad de las intervenciones preventivas unilaterales.

El diagnóstico local ha estado mayormente limitado al diagnóstico de casos y no a la evaluación epidemiológica. En este momento existe información suficiente de prevalencia de desnutrición en la población de niños menores de 6 años que demandan atención en el sistema público de salud, con lo cual podría encararse una planificación más adecuada. Por otra parte, existe una

intervención establecida desde hace muchos años de la cual sistemáticamente se aplica un componente aislado que es la dación de leche, y no siempre se realiza la educación alimentaria que debiera acompañarla. La eficacia de esta intervención unilateral no ha sido evaluada en términos de impacto.

Por otra parte, tanto del análisis de las tasas específicas de mortalidad (conociendo el subregistro de la desnutrición como causa de muerte) como de datos inéditos sobre prevalencia de malnutrición en la población de niños menores de 6 años demandante de atención en el sistema público de salud, surgen diferencias notables entre jurisdicciones.

Los programas han estado orientados a la prevención de la desnutrición aguda, causante de mortalidad. Sin embargo, la prevalencia de retardo de talla es mucho mayor en todas las provincias estudiadas. No se puede aplicar el mismo programa en Chaco - con una prevalencia de bajo peso/talla de 3.2% y de alto peso/talla de 5.5% -, que en Santa Cruz - con una prevalencia de bajo peso/talla de 1.1% y de alto peso/talla de 16.3% -.

Patologías prevalentes en la infancia:

La evidencia internacional es suficiente en términos de causalidad y de intervenciones probadas. El diagnóstico local se basa en los indicadores de mortalidad, pero la información sobre incidencia de las patologías es mucho más incompleta.

Asimismo, en la definición de prioridades no siempre se considera la real magnitud local de las distintas patologías, y en muchas oportunidades se adoptan en forma acrítica paquetes de programas diseñados por organismos internacionales, generalmente pensados para otros países con perfiles diferentes.

Del análisis de mortalidad por causas y por regiones (Cuadros 1 y 2) surgen algunas recomendaciones posibles para el establecimiento de las prioridades correctas: por ejemplo, la mortalidad por enfermedades diarreicas es actualmente muy baja (con la excepción de algunas provincias del NEA y del NOA), en tanto la mortalidad por accidentes es alta en todas las provincias, particularmente en los niños de 1 a 4 años. Haciendo la salvedad que la información sobre morbilidad es mucho menos precisa y podría revelar otro perfil, la mayoría de los programas provinciales privilegian las acciones dirigidas a la patología menos prevalente.

Bajo peso al nacer:

Los datos de bajo peso al nacer están disponibles en forma completa y actualizada en el país, si bien existen consideraciones acerca de la calidad del registro que debe ser mejorado. Al nivel de conocimientos, están claras las consecuencias en términos de morbi-mortalidad y de crecimiento y desarrollo de tal condición. También se conocen en forma más o menos adecuada algunos de los factores de riesgo del bajo peso al nacer.

Sin embargo, los resultados de las intervenciones nutricionales, en general, no han sido todo lo satisfactorios que se esperaban. En parte, porque no siempre se ha empleado la intervención apropiada a la población en particular, o más bien, la población apropiada a la intervención particular. Es decir, la suplementación nutricional de embarazadas no-desnutridas ha contaminado los estudios de impacto.

En nuestro país, las políticas priorizan este tema pero con el énfasis puesto en el aumento de cobertura del control prenatal. Sin embargo, los resultados de la Historia Clínica Perinatal demuestran que en la mayoría de estos controles no se registra el estado

nutricional de la embarazada y mucho menos se determina su hemoglobina: dos causas probadas de bajo peso al nacer. No sería posible esperar un alto impacto si no se encara el tema de la calidad del control, el consejo nutricional a la embarazada, la prevención sistemática de las deficiencias de micronutrientes, además de una política efectiva de procreación responsable, entre otros aspectos.

COMO EMPEZAR A CAMBIAR

- Formación de pre y post grado: el modelo predominante de educación de los profesionales de salud, particularmente de los médicos, se centra en la enfermedad y en la atención individual. Sería preciso profundizar el abordaje y los contenidos de epidemiología y salud pública en la formación de pregrado, y favorecer la capacitación en atención primaria en el postgrado inmediato (Residencias, etc.). Esto se inscribe en un marco de jerarquización de la atención en el primer nivel, condición indispensable para que los profesionales puedan elegirlo como opción.
- Definición de prioridades en políticas de salud: las políticas sustantivas de salud han sido formuladas a un nivel muy general, como la enunciación de algunos grandes objetivos de organización del sistema de atención. No hay una definición clara de prioridades basada en los problemas prevalentes en nuestro país y de aquellos más vulnerables a las acciones preventivas. Sin este marco preciso de planificación, las acciones de salud y el uso de los recursos pueden ser parciales, no-sostenidos e ineficientes.
- Programación local: el sistema de salud está descentralizado en un grado importante; los efectores son en su mayoría provinciales o municipales. Sin embargo, la planificación en el ámbito local es insuficiente. La compatibilización de programas diseñados en el ámbito nacional con acciones operativas realizadas por efectores de dependencia provincial es una interfase difícil. La programación local supone otras necesidades: contar con información adecuada a ese nivel y tener personal capacitado para efectuar la planificación y la gestión.
- Registros: la base de la mayor parte de la información requerida para llevar a cabo una "salud pública basada en la evidencia" podría captarse al nivel de los efectores del sistema de salud. De hecho, mucha información es recabada pero no se transforma en "dato". Se requieren instrumentos de registro diseñados y consensados con este fin (que podrían ser extraordinariamente simples), personal capacitado en su llenado y fundamentalmente un sistema de flujo y análisis de la información que sea útil a todos los niveles del sistema.
- Investigaciones: la mayoría de los profesionales de la salud se sienten atraídos hacia la investigación, pero muy pocos están capacitados para hacerla. En muchos casos no se requieren habilidades ni conocimientos tan extraordinarios, ni sumas de dinero exorbitantes; en realidad se trata de conformar equipos donde al menos una persona sea capaz de preparar un buen diseño. La investigación útil a nivel local para la fijación de prioridades y para la selección de intervenciones efectivas, tiene como requisito la calidad pero no la complejidad.
- Difusión de resultados y conocimientos: el acceso a la bibliografía está limitado en muchas áreas de nuestro país. La mayoría de los hospitales no suelen tener bibliotecas actualizadas, ni acceso a Internet u otras redes. Los estudios que se realizan al nivel nacional no siempre son adecuadamente difundidos. Todos estos son hechos. Sin embargo, en teoría no debería ser tan difícil conformar redes de interés para la circulación de información. A las Sociedades Científicas les cabe un rol preponderante en este aspecto, y ya existen varias iniciativas que hay que nutrir y cuidar para que crezcan a su máximo potencial.
- Capacitación permanente: este punto está muy ligado al anterior y debiera ser responsabilidad de todos: las Universidades, el Estado en sus distintas jurisdicciones y las Sociedades Científicas. Nuevamente, la clave está en la fijación de prioridades, el consenso y la cooperación de todos los actores.
- Supervisión: el mejoramiento de la calidad de la atención en salud depende de todo lo anterior y de su puesta en práctica. La supervisión es la herramienta indispensable que cierra el círculo, y a su vez, reinicia otro ciclo de capacitación.

PERSPECTIVA HISTÓRICA

El modelo de la “vitalidad general” prevalente en los primeros 40 años de este siglo (8) y el nuevo modelo epidemiológico de la etiología de la enfermedad cardiovascular (4) tienen en común la idea de que el ambiente temprano tiene efectos a largo plazo sobre la salud del adulto y el riesgo de mortalidad. La interpretación dada por Kermack a los primitivos estudios de cohortes en Gran Bretaña le dio soporte a las reformas sociales en salud pública que se centraron en la madre y el niño. Esta focalización fue apropiada dados las altas tasas de mortalidad infantil y los patrones de enfermedad en el comienzo del siglo XX.

Los problemas de salud más comunes en los reclutas durante la Primera Guerra Mundial eran el “físico pobre”, la “mala dentadura” y el “pie plano” y su origen en una mala nutrición en el período de crecimiento infantil se consideró evidente. El desarrollo de políticas relacionadas con la alimentación infantil, las inspecciones médicas y la alimentación del escolar proveyeron el escenario apropiado para la expansión del cuidado médico de acuerdo a las expectativas de los oficiales de salud de aquellos días.

Las relaciones causales entre estado nutricional en la vida temprana y la enfermedad cardiovascular son menos evidentes. Las implicancias para una política de salud son un desafío directo a la visión contemporánea de la educación para la salud, que se centra en la conducta del adulto: sus estilos de vida. ¿Acaso este énfasis de postguerra en los estilos de vida del adulto ha significado desatender el cuidado materno-infantil? Se debería dar mayor énfasis a la salud de las adolescentes, embarazadas y niños pequeños. Se deberá elegir entre enfatizar la prevención secundaria (screening prenatal) y la prevención primaria, protegiendo a aquellos en riesgo por factores económicos y sociales que podrían ser perjudiciales para su salud a largo plazo y la de su descendencia. Es decir, para la opinión de algunos sería como volver atrás en los enfoques de política a preocuparse por la alimentación de madres y niños.

El discurso de principios de siglo y el actual tienen en común la importancia de la nutrición temprana para la salud del adulto, pero mientras en un principio se investigaban los factores sociales, los epidemiólogos de hoy investigan si el destete tardío lleva a la programación de la actividad de la 7-alfa-hidroxilasa.

Si el paradigma de resultado a principios de siglo fue el tamaño físico acorde a las exigencias de la sociedad industrial y del ejército, ¿cuál sería el paradigma del siglo XXI? ¿Acaso, el rendimiento en una prueba académica de ingreso a la Universidad?

Este será muy probablemente el paradigma para los “incluidos” en el sistema económico-social. Si las tendencias de exclusión continúan en nuestra sociedad, habrá probablemente dos paradigmas, siendo el segundo sólo de supervivencia.

REFERENCIAS

- 1) Allen LH, Backstrand JR, Pelto GH, Mata MP, and Chavez A. The interactive effects of dietary quality on the growth and attained size of young Mexican children. *Am J Clin Nutr* 1992;56:353-64.
- 2) Charlton BG. A critique of Geoffrey Rose's "population strategy" for preventive medicine. *J R Soc Med* 1995;88:607-610.
- 3) Rose G. Sick Individuals and Sick Populations. *Int J Epid* 1985;14:32-38.
- 4) Barker DJP. Fetal origins of coronary heart disease. *Br Med J* 1995;311:171-74.
- 5) McPherson, K. A population approach to interventions in primary care: assessing the evidence. In: *Preventing Coronary Heart Disease in Primary Care*. Sharp, I (de.), 1995, HMSO, London.
- 6) Ugalde A, Jackson JT. The World Bank and International Health Policy: A critical review. *Journal of International Development* 1995;7(3):525-41.
- 7) Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Agrupamiento de causas de mortalidad por Jurisdicción de residencia, edad y sexo. Argentina 1995 y 1996. Ministerio de salud y Acción Social. Buenos Aires, mayo 1998.
- 8) Kermack WO, McKendrick AG, and McKinley PL. Death rates in Great Britain and Sweden: Some general regularities and their significance. *Lancet* 1934;226: 698-703.

Criterios para la inferencia causal. Los criterios de Bradford Hill.

1. Fortaleza de la asociación. Se mide como riesgo relativo.
2. Consistencia de la asociación. Se establece por demostraciones repetidas en diferentes poblaciones y con distintos diseños de estudios.
3. Especificidad de la asociación. Relación uno-a-uno entre causa y resultado.
4. Secuencia temporal de la asociación. El efecto debe aparecer después que la causa.
5. Gradiente biológico (dosis respuesta). Relación monotónica entre exposición o dosis del factor de riesgo y probabilidad del resultado.
6. Plausibilidad de la asociación. ¿Existe algún mecanismo biológico posible?
7. Coherencia de la asociación. Ausencia de conflicto con otros conocimientos.
8. Experimento (reversibilidad). ¿La remoción del factor de riesgo previene o disminuye el resultado presumible?
9. Analogía. Existencia de otras asociaciones causales demostradas similares.
10. Sherlock Holmes. Para que una asociación sea considerada causal, no debe haber otras relaciones (no-causales) entre las variables que pudieran explicar la asociación de otra manera.

De todos estos criterios, sólo el 4 es esencial, los número 1, 2, 5, 6 y 8 son probablemente los más usados, y el 8 es considerado el más poderoso.

CUADRO 1

Mortalidad de menores de 1 año por causa y por provincia 1996. Tasas por 10.000

PROVINCIA	Perinatales	Anomalías congénitas	Neumonía	Accidentes del corazón	Septicemia	Deficiencias nutricionales	Enfermedades intestinales	Enfermedades	Meningitis	Todas las causas
Total país	100.14	38.58	10.44	7.61	6.2	6.51	4.44	4.12	2.38	209
Capital	74.84	40	1.98	1.98	1.48	2.72	0.74	0.25	0.99	147
Buenos Aires	90.4	42.98	13.33	5.92	9.06	11.45	1.35	1.31	2.18	209
Catamarca	111.49	16.32	16.32	5.44	25.83	10.88	1.36	6.8	0	264
Jujuy	97.14	42.14	3.57	28.57	2.86	2.14	6.43	7.86	4.29	244
Salta	103.02	17.03	14.95	30.32	4.15	16.2	10.38	24.92	4.15	255
Sgo.Estero	75.63	27.5	5.16	5.73	8.59	1.72	6.88	4.01	2.29	171
Tucumán	168.23	37.72	5.2	3.47	5.2	6.94	2.6	4.34	1.73	288
Corrientes	131.99	26.49	19.42	5.74	3.53	7.95	14.13	12.36	5.3	261
Chaco	153.15	36.68	16.97	11.46	10.09	8.71	33.02	11.92	5.5	344
Formosa	156.19	45.29	13.28	8.59	9.37	3.9	17.96	16.4	6.25	314
Misiones	105.38	47.97	6.15	9.43	6.56	7.38	13.53	13.12	5.74	241
Córdoba	102.78	43.5	5.87	11.75	6.06	1.28	2.02	3.49	1.84	194
Entre Ríos	112	43.04	1.76	1.32	7.03	0.88	2.2	1.76	1.32	195
Santa Fe	84.25	31.53	5.25	1.81	3.26	2.36	1.81	1.09	1.63	157
La Rioja	199.31	51.34	0	0	0	1.51	0	0	0	257
Mendoza	89.78	37.03	24.25	9.17	0	0	1.31	1.64	3.28	175
San Juan	123.09	29.19	26.83	10.26	0.79	0	9.47	3.95	1.58	216
San Luis	124.06	43.48	2.56	7.67	0	2.56	2.56	0	0	206
Neuquén	67.26	35.55	8.65	13.45	1.92	1.92	0	3.84	0	157
Río Negro	44	40.41	4.49	0	8.98	0.9	0	0	1.8	162
Chubut	85.25	35.71	6.91	16.13	2.3	6.91	2.3	0	0	180
La Pampa	69.87	26.2	10.48	3.49	0	1.75	0	0	0	124
Santa Cruz	59.33	28.48	2.37	9.49	0	2.37	0	0	0	128
T.del Fuego	39.88	31.01	4.43	4.43	4.43	0	0	0	0	97

CUADRO 2

Mortalidad de 1 a 4 años por causa y por provincia
1995-1996. Tasas por 100.000

PROVINCIA	Accidentes	Anomalías congénitas	Enfermedades del corazón	Deficiencias nutricionales	Neumonía	Otras violencias	Tumores	Septicemia	Todas las causas
Total país	16.2	7.4	6.6	5.4	5.4	5.3	4.4	3.5	79
Capital	8.1	14.7	4.9	0.4	8.8	2.8	6.3	2.8	75.1
Buenos Aires	9	4.5	7.4	1.2	4	8.1	3.8	2.7	58
Catamarca	30.7	5.4	18.1	5.4	1.8	0	5.4	3.6	99.5
Jujuy	36.1	7.4	2.8	9.3	8.3	2.8	8.3	3.7	138.9
Salta	27.1	7.1	10.2	19.4	13.3	1.5	5.6	18.9	161.8
Sgo.Estero	24.4	8.1	12.6	4.4	3.7	3	5.2	2.2	86.6
Tucumán	5.4	5.9	5	3.6	4.1	10.4	3.6	3.6	59.5
Corrientes	20.4	6.6	11.4	15.6	6.6	0	2.4	8.4	106.2
Chaco	28.2	15.2	5.4	42.8	19	0	2.2	5.4	189.8
Formosa	22.2	10.6	14.8	35	22.2	0	5.3	8.5	188.6
Misiones	20.2	9.3	6.7	15.5	9.3	4.1	3.6	9.3	115.4
Córdoba	21.3	7.7	9.5	1.4	3.6	3.9	6.3	1.6	70.1
Entre Ríos	16.8	10.1	5	1.7	1.1	5	3.4	0	62.7
Santa Fe	13.7	6.9	1.8	2.7	2.7	3.5	4	1.3	54.7
La Rioja	27.8	6.4	10.7	0	4.3	2.1	4.3	4.3	83.4
Mendoza	29.2	10.1	1.6	2.7	4.3	0	5.8	0	69.7
San Juan	10.8	7.6	1.1	6.5	9.7	25.9	1.1	2.2	87.4
San Luis	24.8	16	3.5	0	0	5.3	3.5	1.8	72.7
Neuquén	24.2	5	2	0	3	2	3	3	59.5
Río Negro	24.1	7.4	2.8	4.6	4.6	2.8	4.6	2.8	67.8
Chubut	24.1	8	1.3	2.7	4	2.7	13.4	2.7	79
La Pampa	21.5	17.2	2.1	0	2.1	0	0	0	53.7
Santa Cruz	25.3	5.6	0	0	5.6	0	2.8	5.6	61.8
T.del Fuego	12.8	4.3	4.3	0	0	0	0	0	22.5

COMENTARIOS AL DOCUMENTO PRESENTADO POR ELVIRA CALVO

Onaindia:

En el documento que nos presenta Elvira Calvo se recorren numerosos problemas actuales de salud. Quizás entre los más importantes esté el rescate de la ética como uno de los puntales de toda acción en salud. Desde aquí se rescata en este documento la necesidad de que los programas de investigación y de asistencia en salud sean siempre programas que incluyan en su definición la participación de la población sobre la que se ejercen, pero también que sean programas de investigación y acción, ya que sospechar por evidencias generales de proyección serios problemas de salud que pueden ocurrir en poblaciones determinadas y no incluir medidas paliativas o radicales en las acciones emprendidas, sería quizás inaceptable.

La visión de la población como consumidora de servicios de salud, es también una visión real y actual de nuestra medicina cuando ésta se pone en manos exclusivas de administradores de recursos con un enfoque meramente económico del problema.

Finalmente en esta última sección la dificultad para basarse en pruebas y la necesidad de utilizar el criterio de asociaciones para la toma de decisiones es de importancia capital.

En una instancia más avanzada surge nuevamente el problema de la educación de las madres, la estimulación infantil y el medioambiente como factores que definen las posibilidades futuras de acción.

Pero quiero detenerme en la última pregunta, que merece, según creo, el mérito de redefinir todo el documento en las últimas líneas: ¿Cuál es el paradigma de nuestro fin de siglo?.

En el deconstruccionismo de nuestra sociedad posmodernista, el problema ingente de la salud resulta un problema filosófico: ¿Estamos seguros de cuáles son nuestras metas?.

Mercer:

Dos comentarios breves: coincido plenamente sobre el tema de la salud pública basada en la evidencia. Este concepto debería ser extensivo a la medicina basada en la evidencia, a la atención primaria de la salud basada en la evidencia, a la educación para la salud basada en la evidencia y a las prácticas preventivas en general que deben estar basadas en la evidencia.

El segundo comentario tiene relación con los modelos explicativos de causalidad. No creo que sea necesario responder siempre con todos los postulados de causalidad en los estudios epidemiológicos. De hecho, lo que aquí nos interesa son las asociaciones y la fuerza de las mismas. En este sentido, Mervyn Susser se refiere a cuatro estadios del pensamiento epidemiológico con sus paradigmas en término de las asociaciones: 1) el paradigma de los miasmas, 2) el paradigma del germen, 3) el paradigma de las "cajas negras" (enfoque de riesgo) y, 4) el paradigma de las "cajas chinas" (ecoepidemiología). Desde esta visión nos encontraríamos en el tercer estadio con rumbo al cuarto en el cual todo el conocimiento (desde lo molecular a lo contextual) está relacionado. El desafío está en encontrar estos puntos de encuentro.

Políticas de asistencia alimentaria en Argentina

Sergio Britos

En la historia reciente de las políticas de asistencia alimentaria en Argentina probablemente puedan identificarse dos puntos de inflexión; el primero con la implementación del Programa Alimentario Nacional (PAN) en 1984, irrupción que se dio junto a un importante crecimiento del Programa de Comedores Escolares y el segundo a partir de los procesos de reforma instituidos desde 1991 y que se reflejan en profundos cambios en la gestión de las políticas sociales.

Cierto es que como fruto de cinco años de implementación del PAN, con inmejorables condiciones a partir del fuerte respaldo político y presupuestario y una estructura logística altamente centralizada en Buenos Aires, nunca se dispuso de diagnósticos ni evaluaciones que pudieran utilizarse en pos de mejorar las políticas que inciden en el estado nutricional.

Si bien puede aducirse que el PAN fue una típica estrategia de transferencia de ingresos hacia los sectores pobres, su conducción y los objetivos planteados en su creación siempre aludieron al programa como una intervención orientada a mejorar la desnutrición, dimensión sobre la que nunca se evaluó su impacto.

A partir de 1991 comienza un incipiente debate, quizá inconcluso aun hoy sobre la mejor forma de implementar intervenciones nutricionales desde el campo de las políticas sociales.

El presupuesto nacional destinado a asistencia alimentaria pasó a engrosar los fondos PROSONU (Programa Social Nutricional) y POSOCO (Políticas Sociales Comunitarias) y a partir de 1992, los mismos constituyen fondos propios de cada provincia.

Desde ese entonces y hasta hoy cada jurisdicción es responsable de la gestión de la mayor parte de sus programas alimentarios, aun cuando el Gobierno Nacional se reservó el compromiso de monitorear la implementación de los programas derivados de esos fondos, compromiso que sin embargo no se verifica como una práctica sistemática.

Sólo contabilizando el gasto en alimentos, los programas de alcance nacional invierten más de 350 millones de pesos anuales; descartando a los programas que atienden a población de la tercera edad, aquellos orientados a embarazadas, preescolares y escolares representan el 55% de cuanto se invierte en asistencia alimentaria.

El Programa Materno Infantil es el de más larga data; sus actividades de entrega de leche se remontan a 1948. A lo largo del tiempo, muchos de sus aspectos operativos se fueron reduciendo o transfiriendo a cada provincia, a punto tal que desde 1992 también la compra de leche se realiza en forma descentralizada.

Respecto de la complementación alimentaria en sí misma, hay consenso en que la entrega de leche, más allá de su atributo de captación de la demanda hacia los centros de salud, no alcanza a recuperar nutricionalmente a un desnutrido, lo que genera dudas sobre su impacto nutricional. Por otra parte el grueso de la entrega de leche a madres y niños, aun considerando el PMI y el PROMIN que atiende a la misma franja etárea, es leche entera en polvo común, sin fortificar, aun cuando ya hay un consenso importante sobre la prevalencia de deficiencias específicas instaladas en los desnutridos.

El PROMIN es un programa que se inicia en 1993, con financiamiento parcial del BIRF y objetivos precisos de contribuir al mejoramiento de las tasas de morbimortalidad infantil, favorecer la integración local de los servicios de salud, nutrición y desarrollo infantil, promover el desarrollo psico-social en la franja de 2 a 5 años y disminuir la prevalencia de desnutrición en áreas urbanas de alta concentración de pobreza estructural.

A cinco años de su inicio el programa se encuentra en etapa de plena prestación en seis conglomerados urbanos de las provincias de Buenos Aires, Santa Fé, Tucumán, Mendoza y Entre Ríos e iniciando la etapa de prestaciones en otras tantas de Formosa, Jujuy y Misiones.

La contribución del PROMIN al logro efectivo de sus objetivos es aun una incógnita, quizá atribuible al relativamente escaso tiempo de implantación de su operatoria.

Tras una etapa inicial más bien caracterizada por un amplio despliegue en aspectos de infraestructura y formulación de proyectos en provincias no contempladas en su inicio, recién en los últimos tiempos el PROMIN parece haber acentuado su acción en los que fueron sus objetivos fundacionales, esto es, articular de modo efectivo una red de servicios de salud y desarrollo infantil y promover cambios en los modelos prestacionales orientándolos a una captación más activa de la demanda y calificando la oferta.

El PRANI es el programa más reciente, sumando hasta ahora dos años plenos de ejecución. Sus objetivos básicos se orientaron originalmente a mejorar la implementación de los programas derivados del PROSONU y POSOCO a través de inversiones en obras y equipamiento de comedores, refuerzos presupuestarios y procesos de reformulación de los programas de comedores escolares.

No obstante, en la práctica, sus componentes sustantivos han tenido diferentes grados de desarrollo entre provincias, diluyendo en parte su accionar en el mejoramiento de los fondos PROSONU y adquiriendo una relevancia no prevista originalmente en la distribución de cajas alimentarias identificadas como Refuerzo PRANI, que se distribuyen a hogares cuyos hijos de entre 2 y 5 años asisten a la red de comedores infantiles.

El PRANI está implementado en todas las provincias con la excepción de la Ciudad y la provincia de Buenos Aires y su mayor despliegue se da a través de la distribución periódica de 230000 cajas de alimentos (1997).

El programa PROSONU conforma lo que antes era el programa nacional de Comedores Escolares; desde la transferencia de su gestión a las provincias, el programa adopta un abanico de alternativas en su gestión, si bien mayormente la modalidad básica sigue consistiendo en el circuito de transferencia de dinero hasta las escuelas, las que compran y preparan de modo descentralizado las diferentes prestaciones alimentarias.

En tanto la Nación no ha cumplido acabadamente su compromiso de monitorear los fondos coparticipados a las provincias con destino a comedores, no hay sistemas de información sobre su cobertura, costos o resultados.

No obstante, una cifra estimativa de su alcance lo sitúa en torno de las 2,5 millones de raciones diarias de algún tipo de prestación.

Una parte de los fondos PROSONU se destinan a los comedores infantiles donde es aun más difícil precisar el número de beneficiarios aun cuando se los puede estimar entre 200 y 250 mil

personas, no necesaria aunque si mayoritariamente niños.

¿AYUDA ALIMENTARIA O INTERVENCIÓN NUTRICIONAL?

Un aspecto central en el armado de políticas de asistencia alimentaria es la debilidad de su diseño en términos de expresar metas en sus aspectos nutricionales.

Los programas cuyo mayor despliegue esté dado por la sola entrega de alimentos bajo la forma de cajas, bolsones o aun bonos alimentarios, implícita o explícitamente asumen sus metas en términos de transferencia neta al ingreso familiar, medida que dependerá básicamente de la expresión económica de los bienes distribuidos y la exposición regular o permanencia de cada beneficiario.

Es lícito asociar en estos programas objetivos nutricionales complementarios a la entrega de alimentos, de hecho deben promoverse en su operatoria, pero las evaluaciones de su gestión no necesariamente consideran lo nutricional como el eje que mida sus logros o debilidades.

Sin embargo, los programas que se orientan a promover y mejorar la nutrición de su población objetivo y más aun los que se dirigen a la población infantil no pueden omitir la definición expresa de metas nutricionales.

Esta definición parece muy enunciativa en la historia de los programas alimentarios; aun más, los criterios metodológicos para el diseño de metas no parece haber constituido una preocupación central de los nutricionistas, incluso detectable cuando se analiza el perfil de su formación académica.

Por otra parte, cuando sí están definidas, las metas generalmente consideran valores de calorías y proteínas, cuando hay ya un creciente consenso sobre cuáles son las deficiencias dietéticas de niños en Argentina y en qué nutrientes críticos deben priorizar su acción las intervenciones nutricionales.

Sólo el PROMIN y el PRANI expresan en sus documentos marco metas de hierro, calcio y vitaminas A y C; sin embargo, los comedores infantiles y escolares, cuyo financiamiento no depende de esos programas, pero sobre los cuales ambos operan aunque sea parcialmente, tienen definidas sólo sus metas calóricas.

Desde el punto de vista de la evaluación económica de las intervenciones nutricionales, la expresión de las metas en términos calóricos y más aún cuando se introduce el concepto de proteínas introduce un elemento de distorsión.

Esto se explica porque cubrir la brecha global de nutrientes críticos puede significar costos unitarios más bajos comparados con las pretensiones de cubrir desayunos o almuerzos escolares como tradicionalmente se ha planteado y se plantea aun en las provincias.

En otras palabras, muchos de los beneficiarios de comedores escolares reciben la suma de dos prestaciones típicas: desayuno y almuerzo; en algunas provincias más del 70% de los comensales hacen estas dos prestaciones, que los nutricionistas programan para cubrir valores cercanos a 1000 calorías y no menos de 28 g de proteínas diarias.

El costo de esta dieta no es menor a un peso diario por beneficiario; en la práctica cotidiana, muy pocos chicos reciben tales aportes nutricionales y el presupuesto del programa no contempla una cápita de un peso, sino exactamente la mitad.

Los criterios en función de los cuales cada provincia distribuye los fondos entre escuelas y entre prestaciones y las diferencias entre la cantidad programada y la cantidad real de beneficiarios

determina en definitiva qué y cuánto come cada chico.

Sin embargo, la lógica en cierto modo perversa del sistema de comedores es que muchos creen que con el magro presupuesto de 50 centavos diarios pueden lograrse aportes calórico-proteicos razonables y muy pocos se detienen en pensar las prestaciones alimentarias con la visión de cubrir las deficiencias prevalentes, o sea, como una intervención nutricional.

Esto no contradice el hecho de que el sistema de comedores escolares hoy en día está desfinanciado; sin embargo significa que medido en términos de ese mismo desfinanciamiento, mudar el concepto meramente calórico-proteico a uno de intervención o de impacto nutricional tiene un costo final más bajo.

¿CÓMO SE ASIGNAN LOS RECURSOS?

En los tiempos actuales, las estrategias para la asignación de los recursos cobran especial relevancia ya que aluden al mejoramiento de la eficiencia en la gestión de los programas.

El PRANI y el Programa Materno Infantil definen criterios de asignación de recursos entre jurisdicciones; el PMI lo hace para su componente más sustantivo, la distribución de leche y el PRANI para determinar los montos de inversión por provincia; ambos programas utilizan los datos de población NBI del censo 91 como base para la asignación de recursos.

En relación al PROSONU, algunos de los estudios de reformulación de comedores escolares propiciados por el PROMIN y nuestra propia experiencia indican que deben transferirse a las provincias capacidades para mejorar sus criterios de asignación entre jurisdicciones, más aun cuando se profundizan las tendencias a descentralizar la gestión de los programas.

En el caso de los comedores escolares hay al menos dos factores que distorsionan la distribución presupuestaria; en primer término los criterios de localización de comedores y por lo tanto determinantes de la prestación alimentaria están más bien ligados a la oferta y no a la demanda; se presta el mejor servicio allí donde hay escuelas con infraestructura de comedor, las que no necesariamente se ubican en las áreas de mayor criticidad social.

Por otra parte y continuando lo discutido en el ítem anterior, la ausencia de un pensamiento nutricional en los programas, en este caso el de comedores, hace que no se diseñen alternativas prestacionales que permitan asignar más o mejor a quienes más lo necesitan.

Esto se traduce en que independientemente de la existencia de infraestructura de comedor, es posible ofrecer prestaciones nutricionalmente adecuadas que, en la globalidad de cada provincia termine generando una asignación razonablemente equitativa de los recursos.

Para ejemplificar estos conceptos presentamos el análisis de un caso -una provincia- que puede ser representativo de varias provincias en relación a cómo se asignan las raciones de comedores escolares.

Departamentos	Escolares NBI	Distribución observada Raciones	Distribución propuesta		Diferencia	
			%	Raciones	%	(Obs - Prop)
A	1354	1654	7,97	1142	5,50	512
B	12930	2998	14,44	4083	19,67	-1085
C	7595	4421	21,30	3258	15,70	1163
D	1611	1117	5,38	1221	5,88	-104
E	6184	775	3,73	3274	15,77	-2499
F	3737	1025	4,94	1084	5,22	-59
G	535	794	3,83	526	2,53	268
H	417	182	0,88	244	1,18	-62
I	6380	1051	5,06	2056	9,90	-1005
J	2697	1192	5,74	800	3,85	392
K	342	1411	6,80	406	1,96	1005
L	386	690	3,32	389	1,87	301
M	976	749	3,61	638	3,07	111
N	422	497	2,39	250	1,20	247
O	288	339	1,63	296	1,43	43
P	1660	1860	8,96	1088	5,24	772

En esta provincia se ofrecen regularmente casi 21000 raciones de comidas entre prestaciones de desayuno-almuerzo y refrigerios; la columna de Distribución Observada se refiere a la cantidad de raciones efectivamente ofrecidas en cada departamento y sus respectivos porcentajes.

Considerando la proporción de escolares NBI por departamento y aplicando la prevalencia de retraso de talla, también por departamento, construimos una escala de riesgo o necesidad de asistencia de cada jurisdicción, de lo que surge una nueva distribución o modelo de asignación, correspondiente a la columna de Distribución Propuesta.

La última columna expresa la diferencia entre ambas distribuciones (Observada y Propuesta), dando cuenta de 4800 raciones mal asignadas; en términos económicos, ese número representa casi una cuarta parte del presupuesto.

Este tipo de ejemplos son demostrativos de que la aplicación de criterios técnicos para asignar los recursos presupuestarios, criterios que contemplen también aspectos nutricionales en el diseño de las prestaciones alimentarias puede generar espacios de mejor eficiencia en la operación de los programas.

Estos criterios técnicos no se contraponen sino que deberían complementar otros factores que habitualmente se consideran al decidir la asignación de recursos, como son los factores geográficos (escuelas de frontera o albergues), político-institucionales, etc.

Los criterios nutricionales aluden al establecimiento de propuestas prestacionales diferenciadas que permitan cubrir mejor ciertas metas nutricionales en población de mayor riesgo a la par de ofrecer prestaciones menos importantes a otros grupos menos vulnerables.

LOS PROCESOS DE DESCENTRALIZACIÓN

Los procesos de descentralización en la gestión de los programas sociales vienen progresando decididamente en los últimos tiempos.

La descentralización supone transferir fondos directamente a los niveles provinciales y municipales y aun a ONG's con la reserva por parte de la Nación de su compromiso de auditar el destino de los fondos.

Nadie puede cuestionar que cada provincia o aun cada municipio sepa caracterizar su problemática pero ningún proceso de descentralización puede ser exitoso si no es fruto de un profundo análisis que considere cuáles son las reales capacidades de las provincias-municipios para gestionar los programas y cómo se garantiza un seguimiento y evaluación continua y transparente de las inversiones sociales transferidas.

Tan sólo haciendo referencia a las intervenciones nutricionales, la cantidad de recursos humanos dispersos en las provincias y que están adecuadamente formados en aspectos de políticas sociales y programación nutricional no garantiza en este momento una dotación suficiente para encarar las profundas transformaciones que requieren las políticas de asistencia alimentaria, aun considerando sólo sus aspectos técnicos.

Más aun, la más brillante mejora en las capacidades de estos recursos sería neutra si no se acompaña de reformas estructurales de los procedimientos y prácticas administrativas y organizativas en que se sustentan los programas.

Las capacidades provinciales para montar estructuras de adquisición de alimentos en escala y la logística para su distribución eficaz y oportuna a efectores también es una dificultad que programas nacionales como el PROMIN, el PRANI y el PMI lo padecen cotidianamente.

El establecimiento de criterios y la realización de seguimiento y monitoreo de la gestión de programas tampoco ha sido una práctica cotidiana incorporada a los mismos; en los aspectos nutricionales, sólo el PROMIN y el PRANI han establecido metodologías y rutinas para el registro y el flujo de información sobre prestaciones alimentarias, contenidos en energía y nutrientes o estado nutricional de la población atendida.

En definitiva y citando sólo algunas de muchas deficiencias de lo que podría llamarse el sistema de asistencia alimentaria parece arriesgado transferir la responsabilidad de su gestión sin realizar previamente una muy profunda reingeniería en la concepción misma de los programas, un enorme esfuerzo de reconversión de las capacidades del recurso humano en las jurisdicciones y una transformación en la concepción política de llevar adelante programas alimentarios.

COMENTARIOS FINALES

Diversos motivos, entre los que pueden citarse desde la necesidad de eficientizar la gestión de los programas, la prédica de quienes trabajan en el terreno de las intervenciones nutricionales y aun presiones derivadas de organismos de crédito internacionales generaron desde hace por lo menos unos tres años una incipiente discusión favorable a la necesidad de concentrar los programas alimentarios tanto desde su gestión administrativo-presupuestaria como desde aspectos de su programación nutricional y monitoreo.

La propia irrupción, en el nivel nacional, de la Secretaría de Desarrollo Social (1994), la impronta inicial del programa PRANI y la formulación del Sistema de Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales (SIEMPRO) reflejan parte del debate. En el nivel provincial, provincias como Chubut, Catamarca, San Luis y Río Negro también han contribuido al proceso de introducir criterios comunes y hasta unificar las intervenciones en Programas Nutricionales Únicos.

La concentración de los programas no supone necesariamente revertir los procesos de descentralización; sí requiere un debate profundo acerca de la política misma y la direccionalidad de los mínimamente 300 millones de pesos anuales que se invierten en programas alimentarios.

Más que un programa único quizá convenga hablar de una política de asistencia alimentaria básica, que dé cabida a las muchas y válidas alternativas de gestión que pueden plantear las provincias y que sea capaz de avanzar en consensos básicos como:

- La necesidad de fijar pautas para determinar la demanda potencial de los programas
- La discusión sobre cuáles deberían ser los objetivos y metas considerando los perfiles socioeconómicos y nutricionales de la población objetivo
- La definición de los productos de los programas, mínimamente los nutricionales, a fin de posibilitar un análisis y valoración homogénea de sus insumos
- La articulación al menos de los programas nacionales, algunos de los cuales atienden con estrategias similares a poblaciones semejantes como el PROMIN, el PRANI y el PMI
- La conformación de procedimientos e instrumentos básicos pero comunes para captar información sobre cobertura, productos y costos de los programas
- La formulación de estrategias de reconversión de procedimientos y prácticas de gestión y capacitación de recursos humanos en programas sociales

REFERENCIAS

Amigo H.; Programas de nutrición escolar en América Latina. Un análisis. Archivos Latinoamericanos de Nutrición, 1997; vol 47, nro 4, 299:304

Britos S.; Reflexiones acerca de la racionalidad de la asistencia alimentaria en Argentina. Revista de la Sociedad Argentina de Nutrición, 1997; vol 8, nro. 4, 113:115

Giraldez RC; Ruiz VA; Evaluando por productos. Decisiones y acciones en la búsqueda de un programa social más eficiente. En: La eficiencia del gasto social. Mecanografix Editores. Buenos Aires. 1997

Transición nutricional de los niños en la Argentina; Boletín CESNI, vol 6, agosto 1998

Vial I.; Camhi R.; Infante A.; Experiencias y dilemas en la focalización del Programa de Alimentación Escolar; INTA, Universidad de Chile, Santiago, 1993

COMENTARIOS AL DOCUMENTO PRESENTADO POR SERGIO BRITOS

Arce:

Es difícil coordinar la planificación y el accionar de Ministerios de Salud, de Agricultura, de Economía, de Acción Social, etc., en el nivel “macro” pues cada uno elabora programas y campañas de acuerdo a las necesidades que detectan, a los recursos disponibles y a la idoneidad y capacidad de sus funcionarios. Pero se pueden unificar los programas a su aplicación por los efectores, como lo viene haciendo Neuquén desde hace treinta años, juntando las normas y recursos de los programas de Maternidad e Infancia, de Salud Rural, de hidatidosis, de tuberculosis, de Chagas, de carencias regionales, para su aplicación en la Atención Primaria de la Salud extendida a toda la población provincial y logrando mejoras satisfactorias de los indicadores de Salud.

Mercer:

Se deben debatir no sólo los problemas inherentes a los aspectos vinculados con la composición de nutrientes de los programas de asistencia alimentaria, sino redefinir su potencial impacto. Esto hace al mejoramiento de los procesos de gestión y evaluación. Lo ideal sería articular una serie de pasos claramente descriptos por Milton Kotelchuck, (Universidad de Carolina del Norte), en la génesis de políticas de salud. La prevención debe ocupar un espacio central. Luego, la información científica debe ser el insumo básico para la toma de decisiones y finalmente, estas deben apoyarse en estrategias de llegada a la sociedad. Sabemos que esta secuencia lógica no se cumple en nuestro medio, pero esto no implica desconocer la necesidad de ir avanzando en esta dirección. En el campo nutricional se puede ir mejorando esta situación a través de la articulación de programas de asistencia alimentaria existentes mediante la creación de Consejos de Políticas Alimentarias. En estos ámbitos (nacionales, provinciales y locales) se debería debatir y consensuar la mejor forma de asignar los recursos existentes a fin de optimizarlos y lograr un mayor impacto de los programas sociales.

Se terminó de imprimir en el mes de Enero de 1999,
en los talleres gráficos de
Buenos Aires, Argentina.