

Recuperación nutricional y atención primaria de la salud

Dr. Mario Rípoli*

Desde fines de la década de 1970 y principios de la siguiente, al generalizarse el consenso social y científico acerca de la importancia de la atención primaria de la salud (APS) y, simultáneamente, al incrementarse la consideración de los condicionantes socioeconómicos del proceso salud-enfermedad,^{1,2} la desnutrición infantil tendió a ubicarse como problema de comunidades. Acorde con ello, su tratamiento operativo comenzó a desplazarse hacia instancias de extensión de cobertura a través de equipos multidisciplinarios constituidos en efectores locales de las planificaciones más o menos centralizadas que intentaban aplicar la estrategia de APS. Es precisamente una de esas instancias donde se desarrolló el programa APODE, sobre el que el Dr. Anigstein y la Lic. Fernández llevaron a cabo su investigación.

En esos equipos, la acción más frecuentemente implementada fue la "complementación nutricional"³ al asumirse la ayuda alimentaria como instrumento idóneo para la reducción del daño y al percibirla como el principal elemento demandado por los beneficiarios de programas específicos.

Con el transcurso del tiempo se fueron advirtiendo dificultades que se instalaron como una constante de los equipos operativos, a pesar de su desconexión recíproca, motivando profusión de análisis ajenos a ellos mismos. Los principales problemas resultaron ser, por un lado, la ausencia de diagnósticos y de evaluaciones de impacto que superaran el nivel local y, por el otro, la alta proporción de fracaso en la recuperación nutricional (aún la evaluada antropométricamente). Lo primero fue atri-

buido a la carencia de estimaciones válidas,^{4,5} mientras que una abundante información, muchas veces contradictoria, acerca de lo segundo, puso en evidencia la falta de una explicación unívoca fundada en evidencias. De este modo, por una parte se responsabilizaba a los aspectos cualitativos de la ayuda alimentaria,⁶ por otra se insistía en las deficiencias tácticas en su implementación⁷ y finalmente, la transición epidemiológica incluía el retardo del crecimiento lineal como una prevalencia de difícil vulnerabilidad.

Se estima que el retardo del crecimiento lineal afecta a 13-24% de la población infantil de América Latina,⁸ asociándose a factores cuya distribución depende, muchas veces, de las condiciones socioeconómicas y ambientales. Estos factores, a su vez, incidirían en la eficacia de la complementación alimentaria para lograr crecimiento compensatorio. Uno de ellos, el bajo peso al nacer, afectaría tempranamente al crecimiento lineal,⁹ con dudosa recuperación aun con intervenciones de ayuda alimentaria.¹⁰ En otros casos, su mantenimiento después de los dos años de edad haría posible obtener crecimiento compensatorio,^{11,12} si bien se habría observado, como consecuencia de la permanencia de la intervención, adelantamiento en la edad de maduración sexual con talla corta final¹³ (siendo ésta, en las madres, un factor de riesgo para bajo peso al nacer de sus hijos).

La transición epidemiológica sugiere, desde lo semántico, tanto direccionalidad como temporalidad acotada. Sin embargo, para muchos efectores de APS, los componentes de aquélla aparecen como un producto de la inequidad dis-

*Ver artículo
relacionado
en la página 210*

* CESAC N° 5.
Hospital
Santojanni.
Ciudad de
Buenos Aires.

tributiva sumada a acciones asistencialistas realizadas desde el campo específico de la salud, sin modificaciones de los elementos extrasectoriales asociados a la frecuencia de los daños y a las modalidades de abordaje. Desde ese punto de vista, la "transición" podría adquirir "endemicidad" y hasta peligraría el sentido de su dirección, siendo las disparidades regionales en la tendencia del retardo del crecimiento lineal¹⁴ un posible ejemplo de ello.

No obstante, la fijeza de los sectores extrasanitarios es una presunción a priori, por lo que el trabajo dentro de la estrategia de APS, particularmente en los problemas nutricionales, no sólo vulnera indicadores desfavorables¹⁵ sino que permite develar irregularidades latentes que apuntan a las soluciones a través de la integralidad. ■

BIBLIOGRAFIA

1. Abel-Smith B, Leiserson A. Pobreza, desarrollo y política de salud. Ginebra: OMS, 1978; 7-8.
2. Ripoli MF. Atención primaria selectiva. Buenos Aires: Eudeba, 1999: 60-61.
3. Esquivel J. Salud integral y la nutrición en América Latina. Medicina y Sociedad 1982; 5 (4):170-3.
4. Calvo E. Estudios antropométricos en la población infante-juvenil. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, 1999: 87-88.
5. Sablsky J, Batrouni L, Navarro A, Fanto S, Rodríguez A. Relación entre desnutrición crónica y condición social en escolares del área norte de la Provincia de Córdoba, Argentina. Arch.argent.pediatr 1990; 88:224-227.
6. Portela MI, Zeni S, Rio ME. Theory about interrelationships between macromineral nutrients and growth rate during recovery undernutrition. Med Hypotheses 1985; 18:129-134.
7. Tomkins A. Improving nutrition in developing countries: can primary health care help? Trop Med Parasitol 1987; 38:226-232.
8. Stephenson LS, Latham MC, Ottesen EA. Global malnutrition. Parasitology 2000; 121 (Suppl):S5-S22.
9. Adair LS, Guilkey DK. Age-specific determinants of stunting in Filipino children. J Nutr 1997; 127: 314-320.
10. Davies DP. Growth of "small for age" babies. Early Hum Dev 1981; 5:95-105.
11. Adair LS. Filipino children exhibit catch-up growth from age 2 to 12 years. J Nutr 1999; 129:1140-8.
12. Golden MH. Is complete catch-up possible for stunted malnourished children? Eur J Clin Nutr 1994; 48 (Suppl):S58-S70.
13. Martorell R, Khan LK, Schroeder DG. Reversibility of stunting: epidemiological findings in developing countries. Eur J Clin Nutr 1994; 48 (Suppl): S45-S57.
14. De Onis M, Frongillo EA, Blossner M. Is malnutrition declining? An analysis of changes in levels of child malnutrition since 1980. Bull World Health Org 2000; 78:1222-1233.
15. Walker SP, Grantham-McGregor SM, Himes JH, Powell CA, Chang SM. Early childhood supplementation does not benefit the long-term growth of stunted children in Jamaica. J Nutr 1996; 126: 3017-3024.