

Reflexiones y propuestas en la emergencia alimentaria

Dres. Alejandro O'Donnell* y Sergio Britos*

Palabras clave: emergencia alimentaria, fortalecimiento de la autonomía, sustentabilidad alimentaria.

Key words: feeding emergency, strengthening of autonomy, feeding sustainability.

INTRODUCCIÓN

A mediados de 1999, el Centro de Estudios de Nutrición Infantil (CESNI) invitó a un distinguido grupo de especialistas en temas de salud y bienestar materno-infantiles a escribir documentos en sus especialidades.

El título de la publicación que surgió de los documentos y discusiones de ese encuentro fue *Salud y calidad de vida de la niñez argentina*. Si bien nuestro país era azotado por la desocupación y se preveían grandes dificultades económicas, pensamos que era tiempo de pensar en lo trascendente y no sólo en lo urgente. Pensábamos que la desnutrición aguda prácticamente había desaparecido, que las deficiencias nutricionales más importantes eran las de micronutrientes, que podían ser resueltas tecnológicamente con programas de fortificación, y que la obesidad comenzaba a aparecer como un problema de salud pública; también, que el cuidado del desarrollo intelectual de nuestros niños más pequeños era el primer paso para la revolución educativa que el país clamaba. Sin entrar en cuestiones partidistas –de ello es prueba lo heterogéneo de la convocatoria en la que sólo pesó la experiencia y trayectoria de los autores y participantes– se pensó que un cambio de gobierno traería nuevos aires, renovación de planteles y funcionarios, y que la publicación podría servir para diseñar nuevas políticas de salud materno-infantil. El inicio de un nuevo milenio o por lo menos de un nuevo siglo necesitaba de una cuota de optimismo.

No fue así, todos lo sabemos. La situación de hoy tiene un dramatismo, inédito en la historia nacional, y con un futuro más que doloroso por delante. El país retrocedió y hoy nuevamente estamos viviendo lo urgente y el dramatismo de la situación que golpea a

más de la mitad de la población y que para una cuarta parte de ella llega a niveles insostenibles.

Sumemos a ello las dificultades del sector salud para hacer frente al aumento de la demanda que significa la creciente masa de desocupados y sus familias a las que debe asistir, las crisis familiares provocadas por depresión, falta de trabajo o migraciones, los problemas en la implementación de programas asistenciales de emergencia. Todo esto trae aparejado un enorme impacto en nuestra niñez.

Si se considera tan sólo el aspecto alimentario de esta crisis, en los primeros 9 meses de 2002, los precios generales aumentaron un 36%, los de alimentos 55% y el valor de la canasta básica de alimentos un 70%, lo que brinda una dimensión del problema de acceso a los alimentos a que se enfrentan los hogares pobres e indigentes.

Hasta fines de 2001, los programas sociales y alimentarios seguían siendo, con pocas diferencias, los mismos que se consolidaron en los '90: el programa materno-infantil, que a partir de 2001 modificó la distribución de leche entera común por leche fortificada con hierro y zinc; los programas de entrega de cajas o bolsones de alimentos; además de los tradicionales programas de comedores escolares e infantiles o comunitarios y el Programa ProHuerta.

En la crisis, las políticas fueron reformuladas para la atención prioritaria de la emergencia, transfiriendo partidas presupuestarias a los gobiernos provinciales para ejecutar diferentes programas alimentarios y reorientando acciones de salud y desarrollo social hacia compras y transferencias de alimentos.

Por otra parte, a partir de mayo de 2002 comenzó la ejecución de un amplio programa de transferencia de ingresos (Programa Jefas y Jefes de Hogar, PJJH) por medio del cual se otorga \$ 150 a cada hogar beneficiario. Si bien no se trata de un programa alimentario,

* Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (CESNI). Hospital Alemán de Buenos Aires.

Correspondencia: Bernardo de Irigoyen 240. (1072) Ciudad de Buenos Aires. cesni@datamarkets.com.ar

indudablemente una gran proporción de los ingresos se destina a la compra de alimentos.

Además de las acciones gubernamentales de emergencia, hemos asistido en estos últimos meses a una explosión de iniciativas solidarias y comunitarias movilizadas por la emergencia. Ejemplo de ello son el vertiginoso crecimiento de los centros de trueque, el interés creciente por el desarrollo de huertas familiares y comunitarias y algunas experiencias de ferias francas o la intención de crear diferentes versiones de bancos de alimentos para vincular en forma directa las necesidades de asistencia con la oferta de productores.

Muchas de estas iniciativas han puesto en la mesa de discusión la real efectividad de las políticas tradicionales de asistencia alimentaria y la necesidad de progresar hacia nuevos formatos, menos clientelistas, más cercanos a la gente y a sus derechos de ciudadanía, y, en lo posible, vinculados a estrategias productivas y sustentables.

Microemprendimientos productivos, desarrollos locales con énfasis en la seguridad alimentaria o estrategias que promuevan la mejor compra de alimentos comienzan a filtrarse en la agenda de las políticas sociales, tanto las que provienen de instituciones gubernamentales como de las ONGs.

En momentos como los que se viven en Argentina, le cabe al Estado asegurar que los grupos vulnerables y crecientemente pobres accedan oportunamente y de manera eficiente a los pilares actuales de la política social: el subsidio de \$ 150 del PJJH (valor aún vigente en octubre de 2002), la leche fortificada del Programa Materno-Infantil, el programa ProHuerta, los programas alimentarios provinciales y los programas de atención primaria de la salud para madres y niños. Esto es lo urgente, lo imposterizable.

Pero más allá de lo urgente, también es indispensable que el Estado, organizaciones de la sociedad civil y el sector privado se comprometan en el diseño de una agenda orientada a promover y fortalecer la seguridad alimentaria y nutricional a través de políticas sustentables. Seguridad alimentaria y nutricional entendida como el derecho ciudadano de acceso regular y suficiente a los alimentos necesarios y los medios para su adecuada utilización biológica.

Como una contribución a este debate que creemos necesario y urgente, este artículo pretende aportar algunas ideas y comentarios sobre intervenciones en este campo, sean gubernamentales o solidarias a través de los cientos de

ONG que se han movilizado en la emergencia.

Este artículo contiene tres secciones. La primera se refiere a intervenciones en el terreno de la salud y la nutrición en la presente emergencia; la segunda plantea un conjunto de iniciativas orientadas a fortalecer la autonomía y sustentabilidad alimentaria de los hogares. Por último, en un anexo (publicado en páginas electrónicas), se adjuntan los últimos datos publicados sobre el estado nutricional de los niños argentinos, cifras que probablemente y lamentablemente están quedando desactualizadas.

INTERVENCIONES EN NUTRICIÓN Y SALUD EN LA EMERGENCIA

La escasez de recursos, la cantidad de organizaciones voluntarias que trabajan en torno a la crisis alimentaria, el creciente porcentaje de la población que se ha vuelto dependiente de la ayuda alimentaria, el caos de las generosas donaciones, tanto en la cantidad como en la variedad de los alimentos donados, requiere la definición de prioridades para los beneficiarios de la asistencia alimentaria. O sea, quiénes deberían recibir más y mejor calidad alimentaria cuando los recursos son escasos y no alcanzan para todos por igual.

En nutrición clínica o experimental se sabe desde siempre que los efectos de la desnutrición son más graves y duraderos cuanto más joven es quien la padece. De acuerdo con esto, las secuelas serán en general más graves cuando se padecen en la vida intrauterina y en los primeros años de la vida. Estas secuelas serán de orden somático (baja talla para la edad, desproporciones corporales), funcionales (retraso madurativo producido por la misma desnutrición proteico-energética o por deficiencias de micronutrientes como hierro o zinc), inmunológicas (menores defensas ante las infecciones, mortalidad y morbilidad elevadas) y tendrán secuelas a largo plazo en la vida adulta (obesidad, diabetes, hipertensión, enfermedad coronaria y accidentes cerebrovasculares). Se sabe que la baja talla de origen nutricional-social es una desventaja laboral y que se asocia directamente con el grado de repitencia a nivel escolar.

Se sabe también que los primeros 3 años de vida son los más sensibles para los daños nutricionales y ambientales, que casi siempre dejan secuelas en niños que viven en ambientes muy carenciados. Se sabe también que estos mismos daños en niños mayores pueden afectarlos en forma transitoria pero probablemente no dejen secuelas definitivas.

Es obvio, entonces, que todos los esfuerzos deben destinarse prioritariamente a las embarazadas en riesgo y a los niños menores de 3 años. Y entre éstos, aquéllos de baja talla deberán ser objeto de la mayor supervisión. La baja talla de un niño –social, no genética– es la expresión viviente de un pasado de desnutrición, de carencia de algunos micronutrientes, de bajo peso de nacimiento, de enfermedades reiteradas y de mal cuidado familiar.

La baja talla era, hasta 1998, la forma prevalente de desnutrición en nuestro país (9 a 17% de nuestros niños) mucho más que el bajo peso para la talla (emaciación, desmedro, desnutrición aguda), que no era mayor al 1,5%. Con toda seguridad ambas cifras han aumentado en los últimos años y más en los últimos meses.

La talla de nuestros niños menos favorecidos comienza a afectarse tempranamente. Ya al año de edad comienzan a distanciarse de la normalidad, luego de haber sido protegidos en los primeros meses por la lactancia materna. A los 24 meses ya está plenamente establecida.

De allí que la medición en posición acostada de estos pequeños sea una acción de gran utilidad para seleccionar a los que necesitan ayuda prioritaria. Si bien no es fácil hacerlo en condiciones de emergencia y en ámbitos no sanitarios, sí lo es entre dos personas, con un centímetro fijado en una tabla de madera o cualquier superficie y dos libros o tablas mantenidos verticalmente a nivel de cabeza y pies.

Los niños mayores deben medirse de pie, con centímetro o cinta de medir fijada en una pared, un libro o tabla sostenido horizontalmente sobre la cabeza. En esta edad una alternativa que ha demostrado ser útil en situaciones de emergencias y catástrofes es la medición de la circunferencia del brazo tomada con una cinta métrica en la parte media del brazo. Su valor se debe a que es relativamente independiente de la edad, pues se modifica muy poco entre los 2 y los 7 años y se relaciona bastante bien con el estado nutricional en proteínas (músculos) y en energía (tejido adiposo). Su precisión diagnóstica aumenta sustancialmente si se conoce la edad del niño y se compara el resultado de la medición con tablas de referencia existentes.

Como se dijo antes, una de las principales causas de retraso de crecimiento es haber nacido con bajo peso para la edad gestacional. En medios poco favorecidos, factores posnatales –enfermedades, alimentación inadecuada, deficiencia de micronutrientes, etc.–, agravan el retraso de crecimiento y desarrollo haciéndolo

cada vez más grave.

Los recién nacidos de bajo peso son los principales contribuyentes a la mortalidad infantil de nuestro país. El bajo peso de nacimiento se relaciona con patología obstétrica materna, muchas veces prevenible con un adecuado control del embarazo –hipertensión arterial, infecciones urinarias y sistémicas, anomalías placentarias estructurales o en el flujo sanguíneo, infecciones fetales etc.–, por lo que se deberán hacer todos los esfuerzos para que las embarazadas tengan por lo menos tres controles prenatales, el primero lo más tempranamente posible. Es prioritaria la atención de las embarazadas adolescentes, añosas y múltiparas con embarazos muy seguidos.

Desde el punto de vista nutricional, madres de tamaño pequeño –bajo peso o baja talla– tienen mayor riesgo de tener hijos con bajo peso al nacer. Las madres que tienen un peso preconcepcional inferior al percentilo (P) 25 tienen 2,5 veces más riesgo de tener hijos pequeños que las que tienen un peso preconcepcional superior al percentilo 75.

El aumento de peso durante el embarazo es un buen indicador predictivo del bajo peso de nacimiento. En embarazadas cuyo aumento de peso durante el embarazo es inferior al P25, el riesgo de tener un recién nacido de bajo peso es 3,1 veces mayor a las 36 semanas de embarazo que las que aumentan hasta el percentilo 75. Si las mujeres son además de baja talla, el riesgo aumenta a 3,5 y si tenían también bajo peso preconcepcional, el riesgo se incrementa 4,0 veces. La estatura materna aisladamente no es un buen indicador predictivo del peso de nacimiento; más bien lo es de complicaciones obstétricas.

El valor predictivo del índice de masa corporal (IMC, peso corporal en kg dividido por el cuadrado de la talla en cm) es menor que el peso preconcepcional y el aumento gestacional de peso. De todas maneras, madres con <P25 de IMC tienen el doble de riesgo que la madres con IMC >P75. También, porque en circunstancias de extrema pobreza o de hambruna son las mujeres de bajo IMC preconcepcional las que más aumentan de peso durante el embarazo, mientras las de IMC preconcepcional normal casi no aumentan o pierden peso. Mujeres extremadamente desnutridas no derivan eventuales apoyos alimentarios a sus fetos, sino que priorizan su cuerpo, ellas aumentan de peso sin que aumente el peso del recién nacido. Es sabia la naturaleza al proteger a las madres primero, protegiendo así a los demás hijos.

Las mujeres que están por debajo del P25 de peso preconcepcional y de aumento de peso durante el embarazo tienen casi 6 veces más riesgo de tener un hijo de bajo peso que una embarazada con mejor peso.

Es obvio que estas mujeres, una vez detectadas, y más si son adolescentes deben ser prioridad en la asignación de recursos y programas alimentarios.

¿Cuáles embarazadas se benefician de la suplementación alimentaria? ¿Cómo debería ser esta suplementación? Son las que hemos descripto antes. La pregunta del millón es en qué momento de la gestación es más efectiva la suplementación. Antes se consideraba que el momento más adecuado era el tercer trimestre, cuando el feto acumula más grasa en su cuerpo y cuando las reservas maternas se habrían agotado. Sin embargo, recientes estudios muestran que los mayores beneficios se obtienen en las etapas iniciales de la gestación – primera mitad –, cuando las madres acumulan más grasa en su organismo que luego utilizarán para sostener el costo del embarazo. En adolescentes embarazadas se ha comprobado que las que aumentaban poco de peso en el primer trimestre, aunque posteriormente lo hicieran adecuadamente, tenían el doble de riesgo de tener hijos con retardo de crecimiento intrauterino que las que habían aumentado la misma cantidad de kilogramos pero uniformemente a lo largo del embarazo. Otros estudios han demostrado que la desnutrición fetal en la primera mitad del embarazo produce graves alteraciones en el sistema inmunológico del niño, con mayores posibilidades de muerte, aun en la vida adulta. Una razón más para que el control prenatal sea lo más precoz posible.

La otra pregunta importante es con qué se debe suplementar. Obviamente, una embarazada necesita comida y todo lo que ésta vehiculiza de nutrientes. Un análisis de numerosos estudios concluyó que el único micronutriente cuya suplementación durante la gestación se ha asociado con disminución de la incidencia de bajo peso de nacimiento es el ácido fólico. Es conocido el efecto de los folatos antes de la 5ª semana de gestación en la prevención de los defectos del tubo neural; sin embargo, la suplementación, aun después de la mitad del embarazo, produce disminución de los partos prematuros y de algunas malformaciones congénitas. Las mujeres con embarazos muy seguidos están en claro riesgo de deficiencia de ácido fólico, por lo que deben ser candidatas a acciones de suplementación a lo largo de todo el embarazo.

La suplementación prioritaria con proteínas ha

demostrado ser ineficaz y hasta negativa en varios estudios. La administración de complementos ricos en proteínas se ha asociado con menor aumento de peso materno y con mayor incidencia de retardo de crecimiento intrauterino, pero no de prematuridad. En conclusión, la suplementación con proteínas deberá tener como meta alcanzar los rangos habituales de la alimentación humana (de 11 a 15% de las calorías), en una dieta con un valor energético adecuado.

La anemia por deficiencia de hierro es la deficiencia más común en las embarazadas y es muy difícil de tratar. La meta es que las mujeres inicien sus embarazos con un buen estado de nutrición en hierro, lo cual no es fácil y mucho menos en las adolescentes. Se estima que el porcentaje de mujeres anémicas en edad fértil pero no embarazadas llega a 30%. Grados graves de anemia se asocian con alta mortalidad materna, bajo peso de nacimiento, deficiencias inmunológicas e infecciones en la madre y el feto.

Por otro lado, la administración de hierro a las embarazadas permite la elevación de los niveles de hemoglobina materna, por lo que debería ser administrado a todas las mujeres de bajos recursos, con embarazos repetidos y con una dieta deficiente en cantidad y calidad. El mejoramiento de la anemia en las madres, aunque no sean graves, les permitirá mejor desempeño en las tareas cotidianas y en el cuidado de los hermanos. La reciente fortificación con hierro y zinc de la leche del Programa Materno-Infantil y la próxima fortificación de la harina con hierro y folatos son noticias auspiciosas en este terreno; están plenamente recomendadas en las embarazadas.

La concurrencia de muchas mujeres y adolescentes a comedores comunitarios ofrece una buena oportunidad para mejorar preventivamente su estado nutricional en hierro. La administración semanal o bisemanal de hierro medicamentoso ha demostrado ser tan eficiente como la administración diaria, con un mínimo de efectos secundarios y, obviamente, con un costo mucho menor.

En algunas comunidades puede existir deficiencia de vitamina A, sobre todo cuando el consumo de alimentos no frescos es elevado, como es el caso de los beneficiarios de cajas o bolsones de alimentos o de comedores comunitarios con dietas monótonas. Cifras de Tierra del Fuego informan 11% con niveles bajos de vitamina A y en el noreste argentino un estudio comunicó cifras de hasta 37%, difíciles de creer

pues son casi las de la India. De decidirse la suplementación, no más de 3.000 ug de retinol sería la dosis diaria, sin sobrepasarla por los riesgos de toxicidad para el feto (teratogenia).

La única fuente de vitamina A del lactante es la leche de su madre; si ella tiene un grado de deficiencia marginal, el contenido será muy bajo y el niño tendrá más riesgo de deficiencia. Una alternativa es la administración a la púerpera de una sola megadosis oral de 600.000 UI, con lo que se asegurará cantidades adecuadas de vitamina A en la leche materna durante los primeros cuatro meses de lactancia.

A pesar de los reconocidos efectos del zinc sobre el crecimiento de niños desnutridos de corta edad, no hay evidencias definitivas que la suplementación con zinc disminuya el retraso de crecimiento intrauterino.

La adecuada ingesta de calcio en las mujeres tiene gran trascendencia en la prevención de la inevitable osteoporosis posmenopáusica. El embarazo no significa un gran costo en este nutriente, pero sí la lactancia. En el embarazo, la suplementación con calcio ha demostrado ser claramente útil para reducir el riesgo de hipertensión, preeclampsia y eclampsia. Mujeres con estos padecimientos suelen tener hijos de bajo peso de nacimiento.

Lo expuesto hasta ahora es un riguroso resumen de lo que hoy se conoce como válido. Lo que nunca se ha estudiado es la conveniencia y el costo-beneficio de la administración de polivitamínicos y minerales varios. El costo es más elevado, pero en circunstancias de una alimentación deficiente y monótona se debe considerar la existencia de deficiencias bioquímicas de algunos nutrientes. La dieta de los hogares pobres e indigentes es de baja calidad y de gran monotonía, y agrava deficiencias con el transcurso del tiempo.

Ya en el área posnatal, uno de los factores más trascendentes para la prevención de la desnutrición precoz –y ulterior baja talla– es una lactancia adecuada y prolongada. No hay estudio que no haya confirmado su valor, no sólo nutricional sino también inmunológico y psicológico. Todos los esfuerzos deberán ser encaminados a promover y mantener la lactancia, particularmente en los sectores más deprimidos y más que nada, en las adolescentes. Es el gran salvavidas de los niños.

Luego de la lactancia comienza la introducción de alimentos complementarios de la leche materna. Las agencias internacionales han esta-

blecido como ideal el mantenimiento de la lactancia exclusiva –sin la exposición del niño a ningún alimento que no sea la leche de su madre– durante los 6 primeros meses de la vida y que se mantenga el pecho posteriormente todo el tiempo posible. La introducción de alimentos complementarios es una etapa crítica en la vida de un niño, pues comienza a ser expuesto a alimentos extraños, con alta posibilidad de que estén contaminados, sobre todo en los medios más pobres en los que las condiciones ambientales suelen ser deficientes. Otro de los peligros es que la calidad nutricional de estos alimentos sea inadecuada, promoviendo deficiencias que pueden ser clínicamente evidentes o a través de estudios bioquímicos en niños aparentemente sanos (desnutrición oculta).

Durante los 3 primeros años de la vida, la leche continúa siendo un alimento fundamental como aporte de proteína y calcio. La leche fortificada del Programa Materno-Infantil es ideal en esta etapa de la vida. Su contenido en hierro contribuye a lograr una sustancial disminución en la prevalencia de anemia, que en este rango es mayor de 50% y llega en algunos estudios a 65%. Esta leche aporta, además, zinc y vitamina C, también fundamentales en esta edad de la vida.

Con respecto al resto de los alimentos, debe asegurarse que tengan una densidad calórica adecuada (0,8 kcal/g) lo cual se puede lograr mediante la adición de azúcar, pero sobre todo, mediante aceite, manteca o mantequilla de cerdo según lo que se disponga. Deben hacerse todos los esfuerzos para que los niños reciban todos los días una porción de carnes (pescado, vacuno, cerdo, ave, caza) que proveerán zinc y sobre todo hierro, fundamentalmente cuando no se dispone de la leche fortificada del Ministerio de Salud, que debería ser reservada prioritariamente para niños de estas edades.

Los equipos de salud y las madres tienen que disponer de conocimientos e información adecuada acerca de formas simples de combinar los alimentos disponibles para aumentar la calidad y densidad de nutrientes de la alimentación de los niños.

Nada sabemos de la necesidad de vitaminas en estas circunstancias, pero no sería de extrañar que existan carencias subclínicas. Las vitaminas hidrosolubles no tienen depósitos, de manera que se necesita, si no una ingesta diaria, al menos que sea muy frecuente. En circunstancias normales, en nuestro país sólo conocemos que la deficiencia de vitamina A es de moderada magnitud, habiéndose

recomendado la fortificación de los alimentos más habituales en los niños. Sin embargo, cuando el consumo es predominantemente a base de cereales refinados, como arroz blanco, polenta, pan hecho con harina refinada o porotos de leguminosas, es posible que estemos incurriendo en deficiencia de algunas vitaminas, sobre todo si el consumo de verduras verdes, frutas, leche entera o carnes es escaso. Aunque costoso, no debería desecharse la administración de polivitamínicos, particularmente en los niños que se han detectado como desnutridos. En el caso de no disponerse de leche fortificada, se deberá administrar hierro en forma de gotas a todos los menores de 3 años, aunque sea dos veces a la semana, una dosis que es tan eficaz –y con menor intolerancia– como la diaria para la prevención de la anemia en la infancia.

En la población general existe el concepto que la desnutrición se asocia con deficiencia de proteínas, y que la solución del problema alimentario podría provenir del empleo de la soja, de la que existe disponibilidad a través de donaciones de los productores. La soja es una excelente proteína y tiene un elevado valor energético –el mayor de todas las leguminosas– en razón de su alto contenido de aceite, que es de muy buena calidad. Pero es deficitaria en muchos nutrientes, y por su alto contenido en fitatos interfiere con la absorción de hierro y zinc; tampoco es una buena fuente de calcio. La soja no es una panacea nutricional y sólo debe considerarse como parte de la alimentación de los niños, complementando y enriqueciendo comidas habituales como los guisos.

Desnutrición no es sinónimo de falta de comida solamente. Es producto del cúmulo de circunstancias adversas que rodean la vida del niño. En la crisis actual, con tan alta tasa de desocupación, pobreza extrema y violencia social y familiar, el estrés que sufren los damnificados es enorme y repercute dramáticamente sobre los niños. Progenitores que abandonan a sus familias, madres que deben dejar a sus hijos solos cuando salen a trabajar, imposibilidad de llevarlos a la consulta médica cuando enferman para no faltar al trabajo o por no tener dinero para viajar ni para adquirir medicamentos mínimos; todos estos son factores que pueden conducir a la desnutrición. De allí que sea casi tan importante como obtener alimentos, el desarrollar redes de apoyo social que ayuden a familias en situaciones especialmente críticas.

Para darnos cuenta de lo que significa la desnutrición en los primeros años de la vida y su repercusión, ya no sobre la enfermedad, sino

como obstáculo para el futuro de un niño en lo que hace a su coeficiente intelectual, es posible hacer un cómputo del deterioro que producen diversas situaciones que posiblemente deba enfrentar un niño desnutrido y extremadamente pobre. Nacer con bajo peso significa, en promedio, 8-10 puntos menos de coeficiente intelectual, salvo que medien exigentes programas de estimulación temprana; la desnutrición proteico-energética puede significar 5-8 puntos menos; la anemia por deficiencia de hierro, 4-6 puntos; la de zinc, 2 a 3 puntos menos; la inadecuada o pobre estimulación a nivel del hogar, 10 puntos o más. Súmense estos números y comprenderemos el oscuro futuro educacional y laboral de estos hijos de la pobreza.

Por último, antes de ingresar en la segunda parte de este artículo, no podemos obviar un tipo de intervención que ha crecido profusamente por segunda vez en los últimos 13 años (la primera en coincidencia con la hiperinflación de 1989/90). Nos referimos a la proliferación de comedores comunitarios, muchos de ellos surgidos de manera improvisada para enfrentar las aristas más desesperantes de la indigencia.

En estos comedores confluyen, en diferentes dosis, el compromiso comunitario, el voluntarismo, las donaciones desorganizadas, las malas prácticas de higiene y seguridad bromatológica y otros vicios y virtudes. Los comedores comunitarios, algunos mejor equipados y otros peor equipados responden al ya, al ahora y en estos momentos críticos es difícil pensar en que desaparezcan.

De todas formas, es necesario reparar en los vicios de esta forma de hacer asistencia alimentaria, que nutricionalmente sólo atenúan el hambre del día o del momento y que afectan profundamente el sentido familiar de la comida: la comensalidad.

En la emergencia es importante que los nutricionistas, las organizaciones no gubernamentales, y desde ya el Estado, presten toda la asistencia técnica y capacitación a quienes gestionan comedores y a las numerosas empresas y organizaciones que quieren colaborar mediante donaciones. La idea es que mientras dure lo peor de la emergencia, los comedores comunitarios funcionen mínimamente de la mano de ciertos contenidos básicos de planificación nutricional.

A medida que la emergencia se atenúe y los comedores vayan siendo sustituidos por formas más dignas de inclusión social, de todas formas crecerá la demanda por servicios del tipo de los comedores.

Existe en Argentina una amplia franja de niños entre 2 y 5 años que están solos en sus casas mientras sus padres están fuera o quedan al cuidado de hermanos mayores o parientes. En los últimos 10 años lograron instituirse en el país incipientes programas del tipo de los Centros de Desarrollo Infantil (programa PROMIN) o Centros de Cuidado Infantil (el ex programa PRANI) o experiencias de trabajo con las familias o cuidadores para estimular el acompañamiento del desarrollo.

Prestaciones alimentarias nutricionalmente adecuadas, junto a programas o acciones que atiendan el desarrollo de los niños y no simplemente "comederos". Esa es la apuesta para la transformación de cientos o miles de los actuales comederos comunitarios.

INTERVENCIONES RELACIONADAS CON LA SEGURIDAD ALIMENTARIA

La mejor compra de alimentos

"La mejor compra" es una estrategia que se originó en Perú en los años '80, como una herramienta para la vigilancia de los precios de alimentos y la promoción de recetas y menús económicos y nutricionalmente convenientes.

En realidad, la mejor compra es una idea sencilla que se basa en algún mecanismo de relevamiento de los precios de alimentos y la identificación de los productos más económicos de acuerdo con ciertos criterios de valor nutricional.

En primer término, la implementación de la actividad en este momento es más que oportuna debido a las repercusiones derivadas del impacto de la devaluación del peso en los precios de los alimentos más consumidos en hogares pobres,* la aceleración de la inflación y su repercusión en el valor de la canasta básica de alimentos.

Lo importante de la estrategia no es tanto su procedimiento como los usos que puedan derivarse de ella y las diferentes iniciativas que pueden generarse.

El nivel local, un municipio pequeño, un barrio, es el ámbito de aplicación más indicado para la mejor compra. Allí pueden identificarse los actores sociales, organizaciones barriales, centros de salud, escuelas, nutricionistas y los propios comercios, quienes en su conjunto deben sensibilizarse y comprometerse en la implementación de la estrategia.

¿Cómo? A través de:

- la identificación de los comercios más frecuentemente utilizados por la gente;

- el análisis de la disponibilidad local de alimentos y las prácticas alimentarias locales, de importancia en muchos pueblos o ciudades del interior;
- el armado de canastas alimentarias nutricionalmente adecuadas y de bajo costo;
- la difusión y realización de acciones de educación alimentaria en torno a las Guías Alimentarias para la población argentina;
- la organización de actividades comunitarias, como difusión de recetas y menús económicos, identificación de las mejores opciones de compra en el barrio o en el municipio, organización de ferias, etc.;
- la promoción de iniciativas de compras comunitarias, ferias francas de productos a bajo costo, etc.

En las grandes ciudades, supermercados y cadenas de autoservicios pueden generar un compromiso social con su comunidad acompañando e incluso liderando la iniciativa de la mejor compra. Sin ir más lejos, asistimos en los últimos meses a una profusa publicidad en diarios y otros medios referida a las ofertas y canastas semanales de distintos supermercados. Esa publicidad podría ser más útil si fuera aprovechada como una intervención educativa que brindase información que permitiera a sus clientes optimizar las compras de alimentos nutricionalmente adecuados con sus magros ingresos.

Seguramente una amplia franja de la población en situación de indigencia accede poco a los supermercados, pero por el contrario, algunas estimaciones sitúan en un 80% la proporción de nuevos pobres por ingresos provenientes de la clase media que sí acostumbra comprar en esos negocios.

Hace 2 años se elaboraron y actualizaron las canastas básicas de alimentos del Noroeste, Noreste, Cuyo, Area Pampeana y Patagonia; sin embargo, hasta ahora el INDEC ha utilizado solamente la canasta de alimentos del Gran Buenos Aires. Estas canastas pueden servir para identificar cuáles son los productos que concentran no sólo el gasto alimentario básico de los hogares, sino además sus aportes de calorías, proteínas, hierro, calcio y otros nutrientes esenciales.

La idea sería que esas canastas, los principales productos trazadores del consumo de los hogares, sean adecuadamente destacadas, priorizadas en las ofertas, promociones o publicidad de los supermercados.

De la misma manera, las tarjetas de clientes o de acumulación de puntos o los cupones de

descuento que emiten los propios supermercados podrían en esta emergencia económica estar orientadas a los productos que conforman las canastas básicas de alimentos.

Son propuestas fáciles de implementar, sin que signifiquen pérdidas comerciales para las empresas y constituyen una intervención educativa y orientadora, oportuna y socialmente comprometida en estos tiempos de crisis.

Los propios supermercados o los nutricionistas pueden colaborar en la emergencia con educación alimentaria, guías para realizar la mejor compra de alimentos o sugerencias para la mejor utilización de alimentos y la elaboración de recetas económicas o compras grupales.

PROGRAMAS DE TRANSFERENCIA DE INGRESOS

El programa Jefas y Jefes de Hogar

Este programa destina a cerca de 2 millones de beneficiarios un ingreso de \$ 150 mensuales que se vuelcan íntegramente al consumo. Mensualmente son unos 300 millones de pesos destinados al mercado interno a través de los cuales vuelven al Estado más de 51 millones en concepto de IVA. Por otra parte, es razonable suponer que la mayor proporción del ingreso se destinará a la compra de alimentos, quizás un 60 o 70% del subsidio.

Si bien el monto del subsidio puede ser importante para un jefe de hogar sin ingresos, es de destacar que los \$ 150 no alcanzan a cubrir ni la mitad del costo de la canasta básica de alimentos de un hogar pobre, de modo que cualquier intervención que permita generar ahorros adicionales suman un valor neto al subsidio.

Además de la implementación de acciones en torno a la mejor compra y a la difusión de canastas básicas, es interesante analizar la posibilidad de generar descuentos en los precios de alimentos de esas canastas por medio de un reintegro del impuesto al valor agregado (IVA) percibido en los alimentos que las integran y que sean adquiridos por beneficiarios de los planes sociales y alimentarios.

Consideremos la siguiente hipótesis vinculada al Plan Jefas y Jefes: por cada \$ 150 mensuales de subsidio, es razonable que los beneficiarios destinen entre un 60-70% a comprar alimentos,

aproximadamente \$ 100, de los cuales \$ 17 corresponden a IVA.

Recordemos lo que planteamos más arriba: el sector minorista absorbe unos 300 millones de pesos mensuales, que hace tan sólo 2 meses no se gastaban y al Estado retornan unos \$ 51 millones por el IVA correspondiente a aquella suma. Si por cada \$ 100 que se destinaran a alimentos de la canasta básica el Estado resignara los \$ 17 de IVA, el impacto fiscal global sería de 34 millones mensuales (en lugar de \$ 51 millones ingresarían al fisco 17).

En 2001, la recaudación anual de IVA fue del orden de 15.000 millones de pesos, con lo que reintegrar el impuesto a las compras de alimentos de la canasta básica de los beneficiarios del Plan Jefas y Jefes representaría tan sólo el 2,5% de aquella cifra, mientras que para el beneficiario implica un poder de compra adicional de \$ 17, un 11% más que el monto del subsidio percibido.

En el país hay una experiencia similar a esta propuesta, ya que desde diciembre de 2001 todas las compras con tarjetas de débito generan un reintegro de 5 puntos de IVA, equivalente a un descuento de 4,31% en el precio final de cualquier producto.

Una vía para operativizar la propuesta es el otorgamiento de tarjetas magnéticas a los beneficiarios del programa. Aunque sabemos que existen opiniones contrarias a esta opción, creemos que, aun con las limitaciones de su alcance (hogares que accedan geográficamente a un supermercado y culturalmente a manejar una tarjeta magnética), es una medida progresiva en materia impositiva y con direccionalidad hacia la seguridad alimentaria.

De todas formas, pueden estudiarse otros mecanismos que permitan avanzar en el reintegro del IVA a los alimentos de la canasta básica. En cualquier caso, se trata de mecanismos que suponen que las ventas se registran, por lo que quedan excluidas de esta posibilidad todas las compras en los comercios no registrados (pequeños almacenes o kioscos en casas de familia por ejemplo).

Un mecanismo alternativo que proponemos analizar es la emisión (y entrega a los beneficiarios) de tickets de crédito fiscal (supongamos que mensualmente se agregan al subsidio de \$ 150, créditos fiscales por \$ 17) que son canjeados en el momento de la compra (el comerciante "descuenta" ese valor de la compra de alimentos de la canasta básica efectuada por el beneficiario y toma ese descuento como un crédito fiscal

* Los alimentos transables (exportables) de la economía argentina, sumados a los que tienen una fuerte incidencia de insumos importados, conforman más del 80% del consumo calórico y dos tercios del gasto en alimentos de los hogares indigentes.

acreditado por los tickets entregados por su cliente).

Otra alternativa, aunque limitada al circuito de los supermercados, es la utilización de las tarjetas de acumulación de puntos que emiten las propias cadenas, como mencionábamos anteriormente.

Creemos que la integración de propuestas como la de mejor compra, promoción de canastas alimentarias y otorgamiento de estímulos fiscales con eje en la seguridad alimentaria, deben incluirse en la agenda de las políticas públicas y particularmente las sociales-alimentarias.

Si bien el Plan Jefas y Jefes se formuló para la emergencia, hay varias alternativas que se están discutiendo, como ingreso garantizado a hogares pobres o ingreso ciudadano. En cualquiera de estos esquemas sería de utilidad la incorporación de herramientas que fortalezcan la compra y consumo de alimentos básicos y nutricionalmente convenientes.

Huertas y abastecimiento alimentario

En los últimos meses se han multiplicado las apelaciones a la contribución de las huertas como medio para enfrentar la crisis alimentaria.

En primer lugar, hay que destacar el papel de ProHuerta, programa del INTA con financiamiento del Ministerio de Desarrollo Social, que a lo largo de toda la década del '90 ha venido multiplicando huertas en todas las provincias hasta alcanzar un total de 429.000 unidades productivas familiares, 6.000 escolares y 2.800 comunitarias, atendiendo a unos 2,75 millones de personas.

Se estima que la producción del programa alcanza unas 80.000 toneladas anuales de hortalizas frescas (algo más de 1/2 kg diario por huerta aproximadamente).

El costo de una huerta alcanza entre \$ 18 y \$ 20 anuales, mientras que el costo de la producción en una unidad pequeña y a valores minoristas es de aproximadamente \$ 240.

¿Las huertas constituyen una alternativa limitada al ámbito rural? A la luz de las estadísticas del ProHuerta, un 66% se radican en áreas urbanas y periurbanas. Tan solo en la Ciudad de Buenos Aires existen más de un centenar de unidades productivas, mientras que en el Gran Buenos Aires, particularmente en el segundo y tercer cordón, el número de huertas asciende a 38.000.

En las localizaciones urbanas los terrenos dis-

ponibles son menores (unos 40 m²), pero a la vez hay gran cantidad de terrenos no utilizados. Tan sólo en tierras adyacentes a las vías de los ferrocarriles hay miles de m² de suelos vírgenes y de gran fertilidad.

En términos de seguridad alimentaria, las huertas ofrecen varias potencialidades; la primera es su dimensión productiva propiamente dicha, a través de la cual se pueden complementar otras acciones o programas existentes.

Sin embargo, las huertas constituyen una oportunidad para la complementariedad y generación de microemprendimientos que no sólo aporten a la autosuficiencia hortícola familiar sino a formas sustentables de generación de ingresos y alternativas de comercialización de hortalizas y productos de granja a bajo costo.

Una potencialidad en las localizaciones con muchos huerteros o con presencia de huertas comunitarias es la conformación de circuitos de abastecimiento que con alguna asistencia del Estado permitan a los pequeños productores (huerteros) acceder a ciertos mercados y vender sus excedentes en mejores condiciones y a la vez a los compradores (todos nosotros) acceder a hortalizas a mejores precios que los del mercado.

Algunas iniciativas en este sentido han planteado la conformación de "asociaciones" entre productores y "clubes de consumidores" con cierto compromiso frecuente (por ejemplo: mensual) de compra; iniciativa ésta que excede el marco de las huertas y granjas y puede ampliarse a otros productos de consumo popular.

Cada comunidad, cada municipio y aun cada barrio puede organizarse en torno a objetivos de seguridad alimentaria y acceso a los productos de la canasta. Las actividades pueden ir desde la más rudimentaria –como puede ser organizar una compra comunitaria– hasta la posibilidad de generar microemprendimientos productivos que cuenten con alguna asistencia técnica, logística y financiera y que exceden por lejos los límites del asistencialismo tradicional.

Pensemos que en el país hay cientos de miles de pequeños emprendedores o productores que por problemas de escala o falta de acceso al crédito u otros factores de producción están condenados al fracaso. Estos pequeños emprendedores, debidamente acompañados por organismos gubernamentales en aspectos de capacitación para la gestión, logística, buenas prácticas de manufactura, etc. pueden abastecer a bajo costo a los consumidores que hoy no tienen otra opción que el mercado formal. No se trata de generar un mercado infor-

mal rudimentario sino de movilizar las fuerzas de pequeños productores, organizándolos para que aumenten su escala y constituyan otra opción en el abastecimiento alimentario, tanto a hogares como al mercado institucional de algunos programas alimentarios (comedores escolares por ejemplo).

La posibilidad de generar alternativas que mejoren el abastecimiento de alimentos de la población pobre e indigente a la vez que ofrezcan mejores condiciones de comercialización a los pequeños productores y emprendedores es una asignatura pendiente de las políticas alimentarias, que nunca incursionó en un enfoque integral de lo alimentario tomando en consideración las características del sistema agroalimentario en su conjunto y su incidencia en los problemas de acceso a los alimentos.

■

regiones de Argentina. Rev. de la Asoc. Bonaerense de Nutricionistas 2001; año 3 N° 3, anexo 1.

12. OMS: Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge. Ginebra, 1998.

BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

(dada la enorme cantidad de publicaciones y documentos sobre los cuales se basa este artículo, se ha optado por mencionar los más representativos y accesibles)

1. O'Donnell AM, Carmuega E (eds): Hoy y Mañana. Salud y calidad de vida de la niñez argentina. Publicación CESNIN° 18. Buenos Aires, 1999.*
2. Ministerio de Salud de la Nación (editora E. Calvo): Estudios antropométricos en la población infanto-juvenil. República Argentina 1993-1996. Buenos Aires. 1999
3. OMS: El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1995. (Gráfico 22 de Guías para la Evaluación del Crecimiento, SAP 2001: Perímetro del Brazo de 0-12 años).
4. O'Donnell AM, Chevalier C: La nutrición en el ciclo reproductivo: Embarazo y lactancia. Boletín CESNI 1999; 8:1-20.*
5. Rush D, Stein Z, Susser M: A randomized controlled trial of prenatal nutrition supplementation in New York. Pediatrics 1980; 65:683-697.
6. De Onis M, Villar J, Gülmezoglu MA. Nutritional interventions to prevent intruterine growth retardation: Evidence from randomized controlled trials. Europ J Clin Nutr 1998; 52:S83-S93.
7. Lechtig A: Child undernutrition in Latin America and the Caribbean: trends, reasons and lessons. En: Bartell E and O'Donnell AM (eds): The child in Latin America. Health, development and Rights. Notre Dame University Press. Indiana 2001.*
8. Allen L, Gillespie S: What Works? A review of the efficacy and effectiveness of nutrition interventions. United Nations Administrative Committee on Coordination. Sub-Committee on Nutrition (ACC/SCN). Ginebra and Manila, 2001.
9. Kramer MS: Balanced protein/energy supplementation in pregnancy. Oxford UK; The Cochrane Library, 1999.
10. Beaton G, McCabe GP: Efficacy of intermittent iron supplementation in the control of iron deficiency anemia in developing countries: an analysis of experience. Ottawa: Micronutrient Initiative. 1999.
11. Britos S. Actualización de la Canasta Básica de Alimentos de seis

* Disponible en la biblioteca de la Sociedad Argentina de
Pediatría.

El **Apéndice** de este artículo puede verse en las páginas electrónicas de
Archivos. <http://www.sap.org.ar/archivos>