

La desnutrición infantil como un problema de salud

Óscar C Thompson Chagoyán¹

INTRODUCCIÓN

Se conoce como desnutrición energético proteica infantil al conjunto de signos y síntomas clínicos que se observan en niños a consecuencia de ingestión o aprovechamiento deficiente de los alimentos, lo cual provoca que las células del organismo no cuenten con cantidades adecuadas de nutrientes para cumplir con sus funciones metabólicas normales.¹

LA DESNUTRICIÓN EN EL MUNDO

Aproximadamente el 39% de los niños preescolares del planeta sufren algún grado de desnutrición² y esta patología representa la principal causa de muerte en menores de 5 años;³ así mismo se estima que 150 millones de niños presentan déficit de peso y 20 millones de ellos sufren desnutrición grave.⁴ Durante las últimas décadas en los países desarrollados se han experimentado avances considerables en la prevención de la desnutrición, lo cual se refleja en un descenso de las tasas de mortalidad en lactantes y preescolares. Esta disminución de niños desnutridos es el resultado de la aplicación de programas de educación, salud e intervenciones nutricionales cuya cobertura incluye a los segmentos de la población que se encuentran en mayor riesgo de padecer esta entidad (lactantes, mujeres embarazadas y lactando)⁵⁻⁷ Estos programas también se han implementado en los países en vías de desarrollo y han logrado disminuir la

incidencia de desnutrición en niños de 1 a 4 años pero, a medida que las condiciones de vida del país mejoran, se observa un desplazamiento de la desnutrición hacia edades más tempranas, lo cual se demuestra al observar que de los 21 millones de niños que nacen anualmente con bajo peso en los países en vías de desarrollo, 16 millones son pequeños para la edad gestacional lo que indican insuficiencia en el crecimiento fetal.⁸

LA DESNUTRICIÓN EN MÉXICO

México es un país considerado como de ingreso medio y con transición epidemiológica de tipo dilatado donde coexisten enfermedades propias del subdesarrollo con aquellas que son características de los países desarrollados.^{9,10} En nuestro país las deficiencias nutricias ocupan el 5º lugar como causa de muerte en la población infantil,¹¹ sin embargo estas cifras deben de ser consideradas con reserva debido al subregistro existente,¹² por lo que el Banco Mundial de Desarrollo y la UNICEF calculan, en forma conservadora, que la mortalidad secundaria a desnutrición puede ser de casi el doble de lo que se reporta.¹³

De acuerdo a estudios realizados por Frenk (citado por Cravioto y col)¹ se estima que sólo el 22% de los niños que viven en áreas rurales y el 40% de los que habitan en áreas urbanas cursan con un peso normal para su edad.

La desnutrición aguda tiene mayor prevalencia en las Zonas del Golfo, del Pacífico Sur y del Sureste en donde entre los habitantes de menos de 5 años alcanza tasas que varían de 15.9 a 17.9 x 100,000 en comunidades rurales con menos de 5,000 habitantes,^{14,15} además, en estas poblaciones, los índices de mortalidad en menores de un año son de cinco a 15 veces más altos y 10 a 30 veces más elevados en el grupo de edad de uno a cuatro años cuando se comparan con poblaciones en donde la desnutrición

¹ Servicio de Pediatría. Hospital General "Dr. Manuel Gea González" de la Secretaría de Salud.

es menos frecuente.¹ A pesar de los esfuerzos gubernamentales las tasas de mortalidad infantil por desnutrición se incrementaron de 40 a 118 por 100,000 habitantes y de 3.5 a 16.4 por 100,000 habitantes en el grupo de preescolares.¹⁵ Los problemas nutricios, como puede verse, se han acentuado debido principalmente a la crisis económica y se ha perpetuado por diversas razones entre las que destacan:

La accesibilidad a la atención a la salud:

En el territorio nacional la distribución poblacional es muy irregular ya que existen 155 mil pequeñas localidades con menos de 5000 habitantes, en donde viven aproximadamente 28 millones de individuos; otros 24 millones habitan en las cuatro principales áreas metropolitanas (Monterrey, México, Guadalajara y Puebla) y el resto se encuentran dispersos en todo el país, lo que hace difícil o casi imposible, sobre todo para los que habitan en las comunidades pequeñas, el acceso a los servicios de salud. Cabe mencionar que existen varios programas gubernamentales con los cuales se ha tratado de llevar atención oportuna a los sitios más desprotegidos de nuestra población, pero aún falta bastante camino por recorrer. Por otro lado la fragmentación de la estructura agraria ocasionó que de 1970 a 1990 casi se duplicara el número de ejidatarios, lo que provoca que las unidades de producción sólo en raras ocasiones logren un ingreso suficiente para el sustento familiar;¹⁶ se ha demostrado que el 84% de los campesinos mexicanos tienen ingresos anuales de menos de \$400 dólares y 10 millones de ellos subsisten con menos de \$100 dólares anuales lo que provoca una fuerte presión social para que el individuo abandone en forma temprana la escuela para ocuparse en un trabajo mal remunerado, hecho que a su vez provoca que un gran número de individuos con edad no óptima para ello funcionen como adultos no sólo en el ámbito laboral sino que además se incrementa la posibilidad de matrimonios con compañeros de igual o menor edad y educación formal, multiplicándose de esta manera el riesgo de tener descendientes con pocas oportunidades de cuidado y nutrición adecuados.¹ Por otro lado el pensamiento tradicional mágico religioso que prevalece en estas comunidades origina que la ingestión de alimentos, por la mujer embarazada, se vea afectado por costumbres profundamente arraigadas que lesionan aún más el ya precario estado nutricional de estas mujeres y más grave

aún es que como casi todas tienen el mismo problema, éste no sea detectado como anormal por la comunidad lo que evita que busquen atención médica oportuna. Un hecho semejante ocurre durante la lactancia, período en el cual tampoco mejoran su dieta ni disminuyen su actividad diaria, lo que condiciona en la mayoría de los casos un crecimiento insuficiente del producto debido entre otras cosas a que la producción láctea de estas señoras permite un adecuado aporte nutricional cuando mucho hasta los tres meses de edad.⁸⁻²⁸

Por último la migración masiva de la población rural hacia las ciudades ha originado la formación de cinturones de pobreza alrededor de las grandes urbes; en donde existe un inadecuado suministro de agua potable y una deficiente eliminación de excretas por lo que viven en condiciones de sanidad poco satisfactorias⁵ con lo que se perpetúan las enfermedades propias de la pobreza, entre las que destacan las infecciones y la desnutrición.

El financiamiento

La crisis ha obligado al Gobierno a tratar de hacer más cosas con menos recursos, por lo que existe una disminución considerable del porcentaje del producto interno bruto que se emplea para la atención de la salud; esto a su vez se refleja en mayor desempleo o subempleo de los médicos y del personal de salud del país lo que puede causar mayores desigualdades sociales en vez de corregirlas.²⁹

También existe inequidad en cuanto a que existen dos tipos de intervención gubernamental en cuestiones de salud, la asistencia pública para los campesinos y los pobres del sector urbano y el seguro social para los trabajadores asalariados,¹⁷ lo que crea una diferencia marcada en el tipo y oportunidad de atención al dividir a la población en dos grupos de acuerdo a la derechohabencia. Por último se estimula poco la participación del sector privado en los servicios médicos no sustantivos, lo que impide que se empleen mayores recursos al mejoramiento de la cantidad y calidad de los servicios sustantivos en las instituciones públicas de salud.¹⁸ Así mismo los apoyos alimenticios para los grupos en riesgo de padecer desnutrición, como los desayunos escolares, en ocasiones proporcionan alimentos que no se consumen frecuentemente en la comunidad lo que origina que los niños en repetidas ocasiones dejen parte de su ración sin consumir por lo que el costo beneficio de estas acciones no es el óptimo.¹⁹

Calidad de la atención en salud

Los programas de actividades específicas de nutrición se concentran en la estrategia de la atención primaria y poco sobre la participación activa de la comunidad²⁰⁻²¹ por lo que se perpetúa el problema de desnutrición en la población. Así mismo existe poco conocimiento entre los planificadores en salud sobre nutrición; de los nutricionistas sobre planeación y de ambos grupos sobre aspectos de sociología, economía y ciencias políticas debido a lo cual las acciones se realizan en forma dispersa en vez de conjunta²² condenando a que tengan un efecto apenas perceptible a muchos de los programas que en otras circunstancias podrían tener un impacto importante sobre el problema. Por otro lado se da mayor énfasis a las acciones para mejorar la supervivencia de los niños menores de un año, con lo que se disminuye la atención de los preescolares,²³ en quienes existe suficiente evidencia para sustentar que los incrementos de la mortalidad son una respuesta a las limitaciones dietéticas forzadas por la crisis.²⁴

De igual manera la calidad de la atención se ve afectada por los problemas económicos que padecen los prestadores de servicios de salud, ya que el médico, por ejemplo, tiene que trabajar en más de un lugar y con exceso de trabajo originado por los recortes presupuestales, lo que se traduce en una atención de calidad inferior a la que se pretende otorgar ya que una persona no rinde lo mismo si trabaja una, que dos jornadas.

Por otro lado cuando un niño ingresa al Hospital con desnutrición no grave, ésta es atendida en forma inadecuada, debido probablemente a que se considera una situación de orden secundario y se le da mayor importancia a los padecimientos que ponen en peligro su vida en forma inmediata,²⁵ y si a esto se agrega que permanecen por tiempo prolongado en ayuno,²⁶ se provoca que el 73% de niños que egresan del Hospital tengan un peso inferior al que tenían en el momento de su ingreso.²⁷

De la misma manera cabe mencionar que en muchos lugares tampoco se utilizan todos los recursos al alcance de los prestadores de salud para diagnosticar la desnutrición en forma temprana; un ejemplo de ello es la Cartilla Nacional de Vacunación que en la parte posterior cuenta con cuatro columnas (fecha, edad, peso y estatura) además de una tabla de valores mínimos y máximos normales de acuerdo a la edad y sexo además de una leyenda en

donde se invita a la población a que en caso de que su hijo(a) se encuentre fuera de estos valores acuda de inmediato al médico. Desgraciadamente muy pocos padres y prestadores de salud utilizan este valioso instrumento dado que no es obligatorio su llenado y presentación, como lo es el llevar todos los sellos del esquema de vacunación, en la parte frontal de la cartilla, para ingresar a la escuela.

Otra deficiencia importante es que no se estudia a los hermanos(as) del paciente desnutrido a pesar de que tienen un riesgo muy alto de presentar también desnutrición,²⁰ con lo se pierde la oportunidad de llevar una evaluación dinámica y completa del estado nutricional de estos niños durante la etapa en que tienen mayor riesgo de padecer el problema.

Por último existe una capacidad limitada en los prestadores de servicios para derivar al paciente con desnutrición al nivel en donde se le solucione su problema, así como un inadecuado sistema de contrarreferencia principalmente en lugares con poca población, recursos de salud, saneamiento y comunicación,²⁰ con lo que se perpetúa el ciclo y los niños sólo tienen dos caminos o mueren o se convierten en enanos nutricionales.

CONCLUSIONES

La desnutrición en nuestro país seguirá siendo un problema de salud pública debido a que aún existe pobreza en diferentes grados, dispersión importante de la población, infraestructura sanitaria escasa, abandono temprano de los estudios, así como matrimonios a corta edad y con personas de igual o menor grado de instrucción, financiamiento insuficiente y discriminativo para la atención en salud, así como existencia de sobrecarga de trabajo en el personal de salud, el cual además, debido a la crisis, tiene que emplearse en más de un trabajo, lo que origina una actuación de mediana o baja calidad.

Todo lo anteriormente expuesto origina inequidad, falta de accesibilidad, financiamiento inadecuado para la salud, atención poco oportuna y mala calidad de atención para la población, detección poco oportuna e ineficientes mecanismos de referencia y contrarreferencia de pacientes que hacen que se perpetúe la desnutrición. Es necesario fomentar la investigación tanto en nutrición, como en sistemas de salud para poder resolver en conjunto con las personas que toman las decisiones las mejores estrategias para

atacar en forma frontal y organizada este problema que tantas muertes y secuelas produce, así como darle la importancia debida, tanto al manejo del niño desnutrido aun y cuando esta entidad no ponga en peligro su vida en forma inmediata, como a las herramientas que se le proporcionan a la población en forma gratuita como es la cartilla nacional de vacunación, que pienso debería ser obligatorio su llenado en el rubro nutricio, como lo es en el de inmunizaciones. Por último se debe destacar entre los médicos jóvenes la importancia del buen estado nutricio de nuestros niños que son el presente y el futuro de nuestro país.

REFERENCIAS

- Cravioto J, Arrieta R, Ortega R. Desnutrición en la infancia (primera parte). *Rev Mex Pediat* 1988; 55: 245-59.
- Suskind D, Mudhy KK, Suskind RM. The malnourished child: An overview. En: Suskind RM, Suskind LL (eds): *The malnourished child*. New York: Raven Press de: 1990: 1-22.
- Keits DG. Desnutrición proteico calórica severa. En: Keits DG, Jones EG. eds: *Manual de Nutrición Pediátrica*. Barcelona: Doyma SA ed: 1987; 212-5.
- Flores-Huerta S. Desnutrición energético proteica En: Casanueva E, Kaufer HM, Pérez LA, Arroyo P. (Eds): *Nutriología Médica*. México: Panamericana ed: 1995; 152-67.
- Monckeberg F. Desnutrición proteico-energética. En: Brunsel O, Carranza F, Gracey M, Nichols B, Senterre J (eds). *Nutrición Clínica en la Infancia*. New York: Raven Press de 1985: 121-32.
- UNICEF-CEPAL. *Indicadores sobre la situación de la infancia en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile. 1979: 27.
- Monckeberg F. The possibilities of nutrition intervention in Latin America. *Food Technol* 1981; 121: 115-22
- Shah KP. Nutrición de la madre en vecindarios pobres. En: *Manual de Lactancia materna*. UNICEF. México: Pax-México de: 1983: 31-66.
- Frenk J, Bobadilla JL, Sepúlveda J, López CM. Health transition in middle-income countries: new challenges for health care. *Health Policy and Planning* 1989; 4: 29-39.
- Salud y desarrollo. *Investigación en salud. Informe de la Comisión de Investigación en salud para el desarrollo*. El Colegio nacional 1992; 21-50.
- Estadísticas de mortalidad 1989 a 1994*. Secretaría de coordinación y desarrollo. Dirección general de Estadística e Informática.
- Langer A, Bobadilla JL, Schiafer PL. Limitaciones de la mortalidad infantil como indicador de salud. *Salud Pública Mex* 1990; 32: 467-73.
- Margen S, Melnick V, Neuhauser L, Ríos E. Infant feeding in Mexico. Washington. Nestle Infant Formula. *Audit Commission* 1994; 1- 1 2.
- Sepúlveda AJ, Lezana MA, Tapia CR, Valdespino JL, Madrigal H, Kumate J. Estado nutricional de preescolares y mujeres en México Resultados de una encuesta probabilística nacional. *Gac Med Mex* 1990; 126:207-25.
- Chávez A, De Chávez MM, Roldán JA, Berinejo S, Avila A. La nutrición en México y la transición epidemiológica. México: *Foro Nacional de Alimentación y Nutrición*. Instituto Nacional de la Nutrición. ed: 1993:39-45.
- Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000*. Poder Ejecutivo Federal. Secretaría de Hacienda y Crédito Público 1995.
- Frenk J, Donabedian A. Intervención del estado en la atención médica: Tipos, tendencias y variables. En White K, Frenk J, Ordofez C, Paganini JM, Starfield B eds: *Investigaciones sobre servicios de salud. Una antología*. Washington 1992: 1082-97.
- Cruz-Rivero C, Valdés-Olmedo C. Diversidad financiera para la prestación de servicios de salud. *Salud Pública Mex* 1992; 34 (Supl): 105-16.
- Karyadi D, Mahmud MK, Hermana. Locally made rehabilitation foods. En Suskind RM, Suskind LL eds: *The malnourished child*. New York: Raven Press de: 1990: 371-81.
- Amigo H, Beghin I, Sáenz L, Aranda-Pastor J. Programas para extensión de cobertura en los servicios de salud: actividades de nutrición. *Bol Of Sanit Panam* 1980; 89: 480-7.
- Sockirnan Prevention of protein-energy malnutrition through socioeconomic development and community participation En: Suskind RM, Suskind LL eds: *The malnourished child*. New York: Raven Press; 1990: 359-70.
- Behin Y, Del Canto J, Teller CH. Desnutrición, desarrollo nacional y planificación. *Bol Of Sanit Panam* 1980; 89: 505-15.
- Frenk J, Infante CC, Lozano R. Equidad y salud en México, En: Bejar R, Hernández H (coord): *Población y desigualdad social en México*. Cuernavaca Mor. CRIMIUNAM 1993: 271-9.
- Langer A, Lozano R, Bobadilla JL. Effects of Mexico's economic crisis on the health of women and children. En: González de la Rocha M, Escobar A eds.: *Social responses to Mexico's economic crisis of the 1980's*. US-México Contemporary perspectives Series Num 1. University of California: 195-219.
- Luengas BJ, Flores Huerta S, Esquivel HS. Sala de rehabilitación nutricional. Recuperación integral del niño desnutrido. *Cuadernos de Nutrición* 1980; 5: 349-63.
- Cravioto J, Arrieta R, Ortega R. Desnutrición en la infancia . *Rev Mex Pediat* 1988; 55: 293-305
- Thompson-Chagoyán OC, López ARM, Ortega GS, Escobedo E, Villagómez SE. Bases para la creación de un servicio de apoyo nutricio para niños. *Rev Mex Pediat* 1993; 60: 120-4.
- Soysa PE. Las ventajas de la alimentación al pecho Punto de vista de un país en desarrollo. En: *Manual de Lactancia materna*. UNICEF. México: Pax-México de: 1983: 11-30.
- Frenk J, Alarcón J, Nigenda G, Muñoz Del Río A, Robledo C, Vázquez JL, Ramírez CC: Patrones de empleo de los médicos: Encuesta de los desequilibrios existentes en las zonas urbanas de México. En: White K, Frenk J, Ordóñez C, Paganini JM, Starfield eds: *Investigaciones sobre servicios de salud. Una antología*. Washington 1992; 1171-85.