

Resultados de un programa integral de promoción de la salud y crecimiento en niños, de cobertura masiva, amplitud nacional y a largo plazo

Outcomes of a comprehensive, large-scale child growth and health promotion program implemented at a national level and in the long term

INTRODUCCIÓN

Desde una perspectiva de salud pública, hay tres principales indicadores nutricionales: el peso/talla, el peso/edad y la talla/edad. Este último no es expresión de desnutrición solamente, sino que es el resultado de un retardo del crecimiento cuyo origen puede ser pre- o posnatal, pero sobre el que influyen una serie de factores relacionados con la salud: infecciones e internaciones frecuentes, carencias nutricionales, contaminantes, pobres condiciones sanitarias, etc. El acortamiento comparte con la salud general del niño los principales determinantes sociales de la salud y es, por lo tanto, un indicador primordial para tener en cuenta en toda acción de salud pública. El acortamiento no se resuelve dándole al niño una alimentación adecuada; por el contrario, requiere una constelación muy amplia de acciones de salud.

Es por eso por lo que la publicación aquí comentada¹ merece un espacio especial en la historia del crecimiento y nutrición en la Argentina, porque muestra los resultados de un programa integral del Estado sobre la salud infantil, con una muy amplia cobertura, sostenido en el largo plazo y con un impacto altamente favorable.

Comentario

Se trata del trabajo de un grupo de investigadores, entre los cuales Pablo Núñez y Daniel Salomón son del Instituto Nacional de Medicina Tropical, Misiones, y del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Fernández-Slezak, del Laboratorio de Inteligencia Artificial de la Universidad de Buenos Aires (UBA); Andrés Farall, de Ecoclimasol, Buenos Aires; María Eugenia Szretter es del Instituto del Cálculo, Universidad de Buenos Aires; Claudia R. Vallengia está en el Department of Anthropology, Yale University, New Haven, CT.

El objetivo del trabajo fue estimar las tendencias de desnutrición (acortamiento y bajo peso) entre niños menores de 5 años beneficiarios del Plan Nacer y SUMAR, durante el período 2005-2013.

Estos programas recogieron información confiable y de alta calidad (sobre el nacimiento y fecha de visitas, edad en días, sexo, peso en kg y estatura en cm) de 1,4 millones de niños menores de 5 años asistentes a 6386 centros de salud (13 millones de datos), lo cual representó una amplia cobertura de la población infantil vulnerable en la Argentina.

El Plan Nacer fue instalado por el Gobierno argentino en 2004, que implementó cambios dirigidos a reforzar un sistema nacional de salud lleno de fuertes asimetrías jurisdiccionales después de la crisis económica de 2001. Los principales componentes fueron un aumento de la cobertura y del acceso a los servicios de salud, un aumento en la equidad al acceso y calidad de los servicios de salud, que priorizó los servicios a mujeres embarazadas y a menores de 5 años.

El Programa SUMAR se implementó en 2013 y extendió los servicios de salud a 5,7 millones de niños y adolescentes (de 0 a 19 años) y a 3,8 millones de mujeres menores de 64 años.

Ambos programas se implementaron sinérgicamente junto con fondos de la Asignación Universal por Hijo y la Asignación Universal por Embarazo para brindar servicios de prevención en salud, educación y nutrición. Los centros enviaron información al Ministerio de Salud, donde se centralizó. La información fue validada y procesada aplicándose modelos de regresión de efectos lineales mixtos para estimar tendencias en la prevalencia de bajo peso y bajo peso grave, acortamiento y acortamiento grave durante el período de 2005-2012 del Plan Nacer. Según los datos, se encontraban por debajo de -2 o -3 desvíos estándar (DE) de las tablas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), respectivamente. El banco de datos fue sometido a un procesamiento estadístico riguroso, ajustando los resultados a dos fuentes principales: el sesgo de la desigualdad en el número de niños por edad (el acortamiento y el bajo peso variaban con la edad) y el enrolamiento de los centros de salud en distintos momentos del programa.

Acortamiento

De acuerdo con el modelo, la prevalencia de acortamiento en niños menores de 5 años descendió del 20,6% en 2005 al 11,3% en 2013, lo que representó un descenso del 45%. En áreas rurales, el descenso fue del 23,0% al 13,7% y, en urbanas, del 20,4% al 11,1%. Los varones mostraron siempre mayores prevalencias de acortamiento que las niñas. Cuando se analizaron las tendencias en 5 regiones del país, todas mostraron tendencias significativas descendentes. Los descensos relativos por región variaron entre el 45% en el Noroeste Argentino (NOA) y el 15% en el Centro. El acortamiento grave (- 3 DE) descendió del 3% en 2005 al 1,5% en 2012.

Bajo peso

La prevalencia de bajo peso disminuyó del 4,0% al 2,5%, que representó un descenso del 38%. Al contrario de lo encontrado en acortamiento, no hubo diferencias rurales/urbanas, pero los varones tuvieron siempre mayor prevalencia de acortamiento que las niñas. El descenso estuvo presente en todas las regiones y varió entre el 75% en el NOA y el 25% en el Centro.

Comentario

En América Latina, se han implementado, en la década pasada, varios programas destinados a reducir las tasas de desnutrición. En Brasil, el acortamiento disminuyó del 37,0% al 7,0% entre 1974 y 2007, como consecuencia de la universalización de la cobertura en salud con el Programa Bolsa de Familia y otras intervenciones.³ Similarmente, el Programa Oportunidades disminuyó, en México, del 27% al 16% entre 1988 y 2006,⁴ lo que incluyó el acceso universal a la salud y transferencia de fondos. Hubo otros programas en diferentes países con variados resultados.^{5,6}

No obstante, el presente trabajo es de un valor extraordinario en lo que se refiere a cobertura de la población estudiada, la rigurosidad de la evaluación, las técnicas estadísticas utilizadas y el tiempo de duración del programa evaluado.

Los resultados obtenidos en la reducción del acortamiento son evidentes, e importantes a la vez, ya que se sabe que el acortamiento es un fiel indicador de las inequidades en salud infantil. Se debe reiterar que el retardo del crecimiento que precede al acortamiento no se debe a una causa nutricional solamente, sino a una constelación multifactorial de problemas de salud, bajo peso de

nacimiento, infecciones frecuentes (otitis, diarrea, bronquiolitis), internaciones frecuentes, anemia ferropénica, otras carencias nutricionales, etc.

El estudio tiene una gran representatividad de la población vulnerable de la Argentina, con indicadores que son expresivos de la salud general del niño. Esta salud está influenciada por múltiples determinantes sociales, y, tal vez, sea por ello por lo que los autores dicen que "la reducción de la prevalencia de acortamiento encontrada se debe probablemente a algo más que a la implementación de la Asignación Universal por Hijo y a la transferencia de fondos".

Los autores enfatizan que, en la década pasada, la economía pasó por un período de crecimiento sostenido, así como por un incremento del gasto público en salud, lo que coincide con una gran reducción de la pobreza e indigencia, aumento de la tasa de empleo, aumento del acceso a agua segura, higiene y sanidad, y con un programa gratis de inmunizaciones asociado a una reducción del 27% de la mortalidad infantil (del 14,3 al 10,8 por 1000) y una reducción del 17,0% en la mortalidad materna (del 3,9 al 3,2 por 10 000) entre 2005 y 2013.⁷

Merece destacarse que, en todas las series estudiadas, los varones presentan mayor proporción de niños acortados que las niñas, hallazgo universal que se debe a que los varones tienen "mayor riesgo" (las niñas están mejor canalizadas genéticamente) y a que, para "desviar" de un percentil de crecimiento a una niña, se necesita una lesión mayor que la que se necesita para desviar a un niño.

El presente trabajo es, a mi modo de ver, un valioso documento que permite evaluar y probar científicamente una intervención decisiva del Estado a largo plazo y su impacto sobre uno de los indicadores más expresivos de la salud infantil: el crecimiento físico.⁸ ■

Prof. Dr. Horacio Lejarraga
Universidad de Buenos Aires

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2017.524>

Texto completo en inglés:

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2017.eng.524>

Cómo citar: Lejarraga H. Resultados de un programa integral de promoción de la salud y crecimiento en niños, de cobertura masiva, amplitud nacional y a largo plazo. *Arch Argent Pediatr* 2017;115(6): 524-526.

REFERENCIAS

1. Nuñez PA, Fernández-Slezak D, Farall A, et al. Impact of Universal Health Coverage on Child Growth and Nutrition in Argentina. *Am J Public Health* 2016;106(4):720-6.
2. De Brauw A, Gilligan D, Hoddinott J, et al. The Impact of Bolsa Familia on Child, Maternal, and Household Welfare. Washington, DC: International Food Policy Research Institute; 2012.
3. Atun R, de Andrade LO, Almeida G, et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet* 2015;385(9974):1230-47.
4. Boerma T, Eozenou P, Evans D, et al. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. *PLoS Med* 2014;11(9):e1001731.
5. De Andrade LO, Pellegrini Filho A, Solar O, et al. Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *Lancet* 2015;385(9975):1345-51.
6. Manley J, Gitter S, Slavchevska V. How Effective Are Cash Transfer Programmes at Improving Nutritional Status? A Rapid Evidence Assessment of Programmes' Effects on Anthropometric Outcomes. London, UK: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London; 2012.
7. Gertler P, Giovagnoli P, Martinez S. Rewarding Provider Performance to Enable a Healthy Start to Life: Evidence From Argentina's Plan Nacer. Washington, DC: World Bank; 2014.
8. Lejarraga H. El crecimiento físico como indicador de salud y bienestar socioeconómico de la población. En INDEC. *Infancia y condiciones de vida: encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales*. Buenos Aires: INDEC; 1995. Págs.101-26.

*“Los cambios que ha sufrido la humanidad en este mismo siglo
confirman la caída de la ilusión,
de la felicidad que iba a traer aparejada los avances de la tecnología.
Es el fin de un paradigma que parecía venturoso.”*

Raúl J. Usandivaras
Medicina, 1986