

DESNUTRICION INFANTIL Y SUB-DESARROLLO ECONOMICO-SOCIAL EN LATINO-AMERICA

Dr. JORGE ROSSELOT V.

Se ha señalado que entre los componentes convencionales que definen el nivel de vida de un país o de una comunidad, la salud y la alimentación alcanzan prioridad. Esta premisa adquiere especial validez cuando se aplica a los grupos vulnerables de la población, esto es, a aquellos sectores que, por circunstancias biológicas peculiares, exigen requerimientos adicionales para mantener un equilibrio ecológico normal.

Uno de dichos grupos es la población infantil, cuyo desarrollo traduce la interacción de múltiples factores, entre los que adquieren relieve el potencial genético, el aporte alimentario y la capacidad reaccional frente a los riesgos ambientales.

La menor valencia fisiológica de ciertos períodos de la vida infantil, explica la severidad que puede alcanzar en el niño el deterioro de los factores exógenos precitados. Podría aceptarse que esta situación, con magnitud variable, está presente en la mayoría de los países que cuentan con un precario desarrollo económico-social. Se trata por tanto de un problema a escala continental, ya que dichos países incluyen aproximadamente a 2/3 de la población mundial.

En latinoamérica, continente con elevado segmento de población infantil (40% del total), de crecimiento demográfico acelerado (2,5% anual) y con índices de desarrollo económico reducido, se materializan todas las condiciones para que pueda producirse un severo impacto en la salud de la población infantil. Este impacto, traducido en un elevado riesgo de enfermar y morir, tiene comúnmente un sustrato constituido por la desnutrición, la que favorece o/y agrava las agresiones del ambiente físico y biológico, en particular los procesos infecciosos.

En la Tabla N° 1, se señala el incremento de la población y el nivel de ingreso en América Latina, factores que condicionan un pre-nivel de vida y salud para grupos importantes de la población.

Naturaleza y magnitud de la desnutrición infantil.

La desnutrición se traduce en la infancia en una alteración morfológica y funcional del desarrollo, que se exterioriza en forma más evidente en el niño menor. Implícitamente el trastorno explica en ciertas condiciones el anómalo desarrollo fetal y la prematuridad, las elevadas tasas de morbo-mortalidad del lactante y las alteraciones antropométricas, sensoriales y psíquicas de una fracción importante de la población escolar de los países de las Américas.

El riesgo de morir del niño menor es elevado en Latinoamérica: en Meso y Sudamérica el 44 y el 41% respectivamente del total de defunciones ocurre en menores de 4 años de edad, en Norteamérica sólo el 28%. Esta mortalidad está relacionada con la aparición de cuadros mórbidos que adquieren gravedad por la coexistencia de desnutrición. Sin embargo, las estadísticas no traducen este fenómeno en forma exacta y tienden a aminorar el problema, por deficiencias en el registro y disarmonía en la nomenclatura de tabulación.

En fecha reciente los decesos imputables a desnutrición infantil, cabe analizarlos en las Secciones III, IV, XV y XVI (que corresponden respectivamente a enfermedades de la nutrición, de la hematopoyesis, propias a la primera infancia y mal definidas), de la "Clasificación internacional de enfermedades, traumatismos y causas de defunción". Es obvio que debe propenderse en el futuro a una tabulación más uniforme y que tienda a ubicar los cuadros de desnutrición en un rubro único que podría estar constituido por la Sección III y que en la actualidad sólo incluye

* Profesor Auxiliar de Pediatría. Cátedra Profesor Julio Meneghello R. Miembro del Departamento de Salud Pública del Colegio Médico de Chile. Trabajo presentado en el VIII Congreso Médico Social Panamericano. Santiago, 1962.

TABLA N° 1

*Demografía y nivel de ingreso en América Latina **

País	Población en 1960 (Miles)	Incremento anual 1951-1960	% de población 1961-1980	Nivel ingreso (Dólares 1960)
Argentina	20.998	2,0	1,7	623
Bolivia	3.709	2,1	2,4	91
Brasil	65.862	2,4	2,6	329
Colombia	14.771	2,7	2,9	350
Costa Rica	1.144	3,6	3,2	403
Cuba	6.819	2,2	2,0	399
Chile	7.634	2,3	2,3	361
Ecuador	4.287	3,0	2,8	204
El Salvador	2.396	2,5	2,8	254
Guatemala	3.755	3,0	3,1	180
Haití	3.726	1,8	2,4	104
Honduras	1.932	3,1	2,6	196
México	34.923	3,1	3,0	336
Nicaragua	1.465	3,3	3,1	175
Panamá	1.052	2,8	2,8	384
Paraguay	1.624	1,5	2,2	134
Perú	10.857	2,4	2,9	146
Rep. Dominicana	2.845	2,9	3,3	239
Uruguay	2.760	1,4	0,8	369
Venezuela	6.933	3,4	2,9	1.160

* Datos de CEPAL, 1960.

una proporción reducida de decesos por desnutrición manifiesta certificados como estados carenciales y avitaminosis. Aún con estas deficiencias de registro, las tasas en estos rubros en la población global, con inclusión de la infantil, son diez veces más altas en Latinoamérica que en Norteamérica.

La frecuencia de desnutrición en el niño es elevada, de acuerdo a la experiencia pediátrica, pero su magnitud en escala nacional aún no se ha precisado con exactitud en los diversos países. Los métodos que permiten detectar este trastorno son fundamentalmente por la evaluación clínica y/o bioquímica del mismo y por las encuestas alimentarias. El análisis simultáneo con ambas técnicas permite una mejor comprensión del proceso.

En el nivel hospitalario, la prevalencia de desnutrición es alta y alcanza hasta 2/3 de los ingresos en los Servicios de Lactantes (67% en el Hospital de Niños de Buenos Aires, 80% en el Hospital M. Arriarán de Santiago de Chile). Los cuadros observados sue-

len ser graves y la exteriorización clínica de los mismos permite definir la "desnutrición esencial", propia del lactante menor de un año y de etiología fundamentalmente hipocalórica y la "desnutrición específica", que se suele comprobar en el lactante mayor o preescolar y cuya génesis se liga primordialmente a la carencia proteica. En los diversos países de Latinoamérica, otros factores ecológicos (clima, riesgos infeccioso o parasitario ambiental) así como peculiaridades alimentarias (duración del amamantamiento, entre otras), se asocian en grado variable y explican la distinta fisonomía que pueden alcanzar estos cuadros, cuya causa básica es siempre idéntica: hipocalimentación infantil.

En el control ambulatorio el lactante evidencia con distinta frecuencia, desnutrición incipiente o manifiesta de acuerdo al grado de protección que obtenga del grupo familiar, de la comunidad o de los servicios de higiene infantil.

En Chile, en niños controlados en el Servi-

cio Nacional de Salud, la prevalencia de precario estado nutricional fluctúa entre 5% y 30%, de acuerdo a la calidad de la atención médica y fundamentalmente al nivel de vida de la comunidad local. En el pre-escolar la desnutrición suele ser más frecuente, debido a que este grupo etario no es controlado con la misma regularidad que el niño menor. De acuerdo a la experiencia obtenida entre nosotros, debe admitirse que 1/3 al menos de los escolares, en áreas metropolitanas de Santiago, tiene manifestaciones evidentes de desnutrición. Es presumible que en el nivel suburbano y rural, la prevalencia de este trastorno escolares sea más alta.

Los Servicios de Salud, ponen generalmente énfasis destacado en la prevención y control oportuno de los estados de desnutrición infantil, merced a un programa integrado de acciones médico-sanitarias, entre las que tiene un rol importante el suplemento alimentario. La experiencia obtenida en Chile a este respecto es ampliamente favorable.

Los factores determinantes.

La desnutrición del niño en Latinoamérica es el resultado fundamentalmente de factores económico-sociales y culturales adversos, que condicionan una reducida disponibilidad alimentaria nacional, regional o, con mayor pre-

cisión, familiar. En la tabla N° 2, se señalan algunas características fundamentales de la dieta promedio de países de las Américas, destacándose su carácter hipocalórico e hipoproteico de aquella, con excepción de los países anglosajones, Argentina y Uruguay.

La realidad a este respecto es ampliamente conocida, debida a las investigaciones realizadas por organismos responsables, que han permitido definir el grado en que se alcanzan las metas recomendables de disponibilidad de alimentos en los diversos países. El estudio de hojas de balance de alimentos y de encuestas alimentarias revela que en general la dieta latinoamericana promedio-estadística, es moderadamente hipocalórica, pero manifiestamente deficiente en alimentos de tipo protector, en particular de prótidos y ciertos principios vitamínicos (riboflavina, niacina, ácido ascórbico) y minerales (calcio). La carencia básica de la dieta reside en el reducido aporte de proteína animal de alto valor biológico. Sólo dos países, Argentina y Uruguay, hacen excepción a este respecto. En ciertas zonas, en particular en Mesoamérica, los cereales suministran hasta 2/3 del total de proteínas, condicionándose en estas áreas, problemas insuperables en el abastecimiento proteico tradicional. Así se ha llegado, por vía de la solución paliativa, a la producción industrializada de mezclas alimentarias que permiten ase-

TABLA N° 2

*Calorías y contenido protéinico de los suministros nacionales medios (persona/día) de alimentos en países seleccionados de las Américas **

País	Año	Calorías	Total proteínas (gramos)	Proteínas animales (gramos)
Argentina	1959	3.040	95	52
Brasil	1958	2.500	62	20
Canadá	1959	3.150	96	64
Chile	1958	2.450	78	27
Colombia	1957	2.170	48	23
Ecuador	1958	2.230	56	18
Estados Unidos	1959	3.130	93	66
México	1958	2.330	65	20
Paraguay	1958	2.500	68	26
Uruguay	1958	3.110	100	65
Venezuela	1959	2.300	64	27

* Ref. 15.

TABLA N° 3

*Disponibilidades de alimentos (Hg/persona/año) para el consumo humano en países seleccionados de las Américas **

País	Año	Cereal	Fécula	Azúcar	Legum- bre	Carne	Huevo	Leche	Pesca- do	Grasa
Argentina	1959	120	85	31	3	100	7	126	2	16
Brasil	1958	90	73	33	26	29	5	58	2	65
Canadá	1959	75	75	45	5	82	16	274	6	19
Chile	1958	125	64	33	13	30	5	92	31	7
Colombia	1957	61	84	52	9	41	3	69	1	5
Ecuador	1958	74	90	23	13	15	5	93	4	4
Estados Unidos	1959	66	47	41	6	94	20	307	5	21
México	1958	124	7	27	19	24	7	94	2	9
Paraguay	1958	84	—	15	16	48	1	79	—	4
Uruguay	1958	105	46	37	1	123	7	182	1	18
Venezuela	1959	82	92	37	15	25	4	141	8	9

* Ref. 15.

gurar un aporte proteico adecuado (Incaparina).

En la tabla N° 3 se señala la disponibilidad promedia de alimentos en países de las Américas, destacándose el consumo predominante de alimentos de tipo energético en la mayoría de los países de América Latina.

La deficiente disponibilidad alimentaria nacional en Latinoamérica, tiene orígenes múltiples; para obtener su solución es preciso un análisis previo de todos los factores que la influyen. Entre éstos alcanza especial jerarquía el desarrollo inadecuado de la producción agropecuaria alimenticia, que no guarda paralelismo con el incremento generalmente más acelerado que experimenta la población. Esto señala la ausencia a nivel estatal de una política de planeamiento que asegure una disponibilidad alimentaria de acuerdo a las necesidades biológicas de la población.

En la tabla N° 4, se señala el índice de productividad de diversas actividades económicas, destacándose la cifra exigua correspondiente a Agricultura, pese a que en este sector trabaja el 50% de la población activa.

La producción agrícola insuficiente registrada en la mayoría de los países de América Latina esté determinada, desde luego, por el régimen inadecuado de tenencia del agro. La

TABLA N° 4

*Distribución del producto bruto y de la población ocupada por actividades, en América Latina. 1960.**

Actividad	Producto bruto (%)	Población ocupada (%)	Índice producti- vidad
Agricultura	19,7	50,0	0,39
Minería	6,1	1,0	6,00
Industria	23,5	16,0	1,47
Construcción	3,2	4,0	0,80
Otras actividades	47,5	29,0	1,63

* Ref. 4.

tabla N° 5 muestra la desigualdad de esta distribución y el predominio marcado del minifundio y del latifundio.

Por otra parte, la baja productividad agrícola se debe a deficiente explotación, originada en falta de información técnica, de recursos económicos y de equipos, entre los que se incluyen aquellos que promueven una agilización de las faenas, al través de la mecanización y una mayor fertilidad por medio del empleo racional de abonos y plaguicidas.

TABLA N° 5

*Distribución porcentual estimada de los predios agrícolas en América Latina, alrededor de 1950.**

Tamaño explotación agrícola (Has.)	Porcentaje explotaciones	Porcentaje superficie
0 — 20	72,6	3,7
20 — 100	18,0	8,4
100 — 1.000	7,9	23,0
Más de 1.000	1,5	64,9
Total	100,0	100,0

* Ref. 4.

Se asocian a las circunstancias expuestas, las precarias condiciones del transporte y almacenamiento, en particular de los productos alimenticios perecibles, debido a una rudimentaria tecnología alimentaria, principalmente en los rubros de refrigeración y envase. Esta es fundamentalmente la causa de la deficiente disponibilidad alimentaria regional, en las áreas alejadas de los sitios de producción.

El retraso en el desarrollo global de los países origina además un precario saneamiento ambiental y deficientes condiciones de la vivienda en amplios grupos de la población. Estos factores favorecen la prevalencia de una patología infecciosa evitable que induce la desnutrición, cuadro que una vez constituido tiende a exacerbar los procesos infecciosos adquiridos.

El retraso cultural favorece la desnutrición por deficiente información en el establecimiento de regímenes alimentarios adecuados a las necesidades biológicas de la población infantil. La precaria vialidad de muchas regiones de Latinoamérica explica asimismo la difícil accesibilidad a los recursos asistenciales que proporcionan los Servicios de Salud.

Las bases de un plan de erradicación de la desnutrición infantil.

Las premisas expuestas, explican que los países latinoamericanos se constituyen en múltiples rubros alimentarios, en relación dependiente de producción frente a economías foráneas, con el consiguiente drenaje de capital, que es imprescindible para la adquisición de equipos que contribuyen al desarrollo integral de los países.

Todo indica, en consecuencia, que para superar el problema enunciado se hace imperativa una política estatal de amplia dimensión planificadora, que haya previamente definido el acento biológico de las acciones que permitan obtener el incremento de la disponibilidad alimentaria. Un programa de este tipo debiera:

—Materializar una Reforma Agraria, que modifique el régimen de tenencia de la tierra, tendiendo a la eliminación del mini y latifundios y creando unidades territoriales de productividad elevada, que permitan al mismo tiempo la elevación del nivel de vida del trabajador agrícola.

—Aunar los esfuerzos de Salud, Educación y Agricultura, para promover actividades de investigación y extensión agrícolas.

—Ejecutar un plan de distribución racional, que favorezca la circulación expedita y el almacenamiento adecuado de los alimentos en las distintas regiones.

—Desarrollar un programa de comercio, que asegure términos de intercambio adecuados y estables para la producción de exportación y en esta forma crear un estímulo adicional al desarrollo de la agricultura.

—Definir una política de salarios que proporcione efectivas posibilidades de consumo a la totalidad de la población, debidamente informada de sus requerimientos alimentarios básicos.

BIBLIOGRAFIA

1. BEHM, H. *Mortalidad Infantil y Nivel de Vida*. Ediciones de la Universidad de Chile. Santiago, 1962.
2. BRAVO, A. L. y Cols. *Problemas de la Salud Pública y sus relaciones con el desarrollo económico y social de Chile*. Revista de Medicina Preventiva y Social. 1:7, 1961.
3. BROCKINGTON, F. *World Health*. Penguin Books, Harmondsworth. 1958.
4. CEPAL. *Informe sobre la situación económica, social y educativa de América Latina*. 1962.
5. INSTITUTO INTERAMERICANO DEL NIÑO. Simposios sobre nutrición del niño y de la familia. Montevideo. 1959.
6. INTERDEPARTMENTAL COMMITTEE ON NUTRITION FOR NATIONAL DEFENSE. *Nutrition Survey Chile*. March-June, 1960. Office of the Assistant Secretary of Defense. Washington, 1961.

7. LACOSTE, I. *Les pays sous-développés*. Presses Universitaires de France. Col. *Que sais-je*. Paris, 1960.
8. MARDONES, J. *La alimentación de las poblaciones*. Ed. Universidad de Chile. Santiago, 1957.
9. MENEGHELLO, J. *Desnutrición en el lactante mayor*. Ed. Central de Publicaciones. Santiago, 1949.
10. MENEGHELLO, J., J. ROSSELOT y A. MANTEROLA. *Lecciones de Pediatría Clínica y Social*. Ed. Universitaria. Santiago, 1961.
11. NACIONES UNIDAS. Informe del Comité de Definición y Medicina Internacional del Nivel de Vida. Nueva York, 1954.
12. NACIONES UNIDAS. *Estudio Económico de América Latina, 1957*. (CEPAL), México, 1958.
13. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Medición del Nivel de Salud*. Serie Inform. Téc. 137, 1957. Ginebra.
14. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Nutrición. (Quinto Informe). Serie Inform. Téc. 149, 1958. Ginebra.
15. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES PARA LA AGRICULTURA Y ALIMENTACIÓN. Cuarta Conferencia sobre los Problemas de Nutrición en la América Latina. FAO/OMS. Guatemala, 1957.
16. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA AGRICULTURA Y ALIMENTACIÓN. Seminario Regional Sudamericano de Alimentación Escolar. (Bogotá, 1958). Roma, 1959.
17. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA AGRICULTURA Y ALIMENTACIÓN. El estado mundial de la Agricultura y Alimentación. 1961. Roma, 1961.
18. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *La Salud en las Américas y la Organización Panamericana de la Salud*. Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, 1960.
19. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Hechos sobre Problemas de Salud en las Américas*. Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, 1961.
20. ROSSELOT, J. y cols. *Control del desarrollo y estado nutritivo de los lactantes en los Consultorios del Servicio Nacional de Salud de Santiago de Chile*. VI Congreso Sudamericano de Pediatría. Caracas, 1960.
21. ROSSELOT, J. *Función de los Centros de Salud y de los Programas Materno-Infantiles en la Nutrición Infantil*. Curso del Centro Internacional de la Infancia. Buenos Aires, 1961.
22. URZÚA, H. y F. MARDONES. *Aspectos Sociales de Chile y su relación con los Problemas de la Salud*. Recursos Médicos del Servicio Nacional de Salud. Seminario de Formación Profesional Médica. Santiago, 1960.
23. UNITED NATIONS. Report on the World Social Situation, New York, 1957.
24. VÁSQUEZ, J. R. y E. S. LACOURTE. *Desnutrición en la primera infancia, causas socio-económico sanitarias. Su Tabulación*. VI Congreso Sudamericano de Pediatría. Caracas, 1960.
25. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Prevention and Treatment of Severe Malnutrition in Times of Disaster*. FAO/WHO. Techn. Rep. Ser. 45, 1951. Geneva.