

## Introducción a la nutrición comunitaria

José María Bengoa<sup>1</sup>

### “Piensa globalmente, pero actúa localmente”

René Dubos. “Celebrations of Life”

Hoy me han pedido ustedes una introducción a la Nutrición Comunitaria. Pero ¿Qué es la Nutrición Comunitaria? ¿Es acaso igual a “Nutrición en Salud Pública”? ¿“Es por azar sinónimo de Nutrición y Atención Primaria en Salud”? La nutrición por ser una disciplina nueva ha pasado por períodos de confusión terminológica: recordemos cómo a principios de siglo la desnutrición de los niños tuvo muchos nombres: atrofia, distrofia farinácea, etc. Más tarde a raíz de la descripción que se hizo en 1935 del kwashiorkor, surgieron multitud de expresiones para referirse al mismo síndrome. Aquí en América Latina, lo conocimos como Síndrome Pluricarenal Infantil. Jellife le llamó malnutrición calórica-proteínica. Por eso Autret, de la FAO, dijo que la desnutrición era la enfermedad de los cien nombres.

Algo parecido está pasando ahora con lo que no es nutrición celular o trófica ni nutrición clínica ¿Cómo llamar a la nutrición que estudia y trata los problemas de nutrición de las poblaciones?

En el Instituto Nacional de Nutrición (INN) desde 1950 ya habíamos discutido el tema, y creo que fuimos los primeros en América Latina en tener un Departamento de Nutrición Social, expresión que nos pareció la más adecuada para reflejar el trabajo con poblaciones. Pablo Liendo dedicó varios artículos en Archivos Venezolanos de Nutrición a este tema. Más tarde se utilizó la expresión de Nutrición en Salud Pública, que todavía es la más utilizada a nivel internacional.

A raíz de 1978, la conferencia de Alma-Ata organizada por la OMS y UNICEF, acuña la expresión de “Nutrición en Atención Primaria de Salud”. El énfasis ahora era, más bien, referido al nivel de actuación periférico, que es donde está la población.

Utilizando la expresión de Alma-Ata la Fundación Cavendes en colaboración con varias instituciones, organizó en 1992 en Sanare las I Jornadas de Nutrición en Atención Primaria

de Salud. Poco después se propuso a las organizaciones internacionales en el área de la salud, la expresión de Nutrición en los Servicios Locales de Salud (SILOS). Y enseguida surge la expresión para mí la más afortunada, de “Nutrición Comunitaria”, para referirse a las acciones relativas al diagnóstico, vigilancia, recuperación, prevención y promoción de la nutrición de la población en un área específica, limitada ya por razones administrativas (Municipal) o sanitaria (Distrito Sanitario).

La expresión “Nutrición Comunitaria” logró un fuerte impacto y hoy hay sociedades, revistas y libros de Nutrición Comunitaria. La Fundación Cavendes ha publicado un volumen con este título.

Pero en 1996 aparece en una “Carta al Editor” en la revista “Clinical Nutrition”, firmada por siete líderes de la nutrición internacional (Mason, Habicht, Greaves, Jonsson, Kevany, Martorell y Rogers) que proponen como nueva expresión la de “Nutrición Pública”.

Esta nueva propuesta (que incluye expresamente la nutrición en el laboratorio y la nutrición clínica) fue llevada al 16º Congreso Internacional de la Unión de las Ciencias de la Nutrición de Montreal (julio de 1997). El informe elaborado en dicho congreso define la “Nutrición Pública” como la “disciplina que concierne al estado nutricional de las poblaciones y las condiciones que determinan tal estado”. Esto correspondería a lo que conocemos como “Epidemiología Nutricional”. Pero además señala el informe que la “Nutrición Pública” se refiere también a la política nutricional dirigida a la población.

Sin embargo, la “nutrición pública” no sustituye de hecho de la nutrición comunitaria, aunque sí en gran medida a la nutrición en salud pública, sino que éstas pasan a estar encuadradas en un marco más amplio.

La idea de “nutrición pública” ya está consolidada en la mente de los autores hasta tal punto que en la reunión de Montreal se hizo ya una propuesta de las materias a estudiar en la especialización de nutrición pública. Por todo ello no es de extrañar que la Revista de la Universidad de Naciones Unidas, “Food and Nutrition Bulletin”, dedique su volumen 20 de septiembre pasado al tema de la nutrición pública incluyendo un editorial de Nevin Scrimshaw.

<sup>1</sup>Conferencia del Dr. José María Bengoa en las I Jornadas Nacionales de Nutrición Comunitaria. Transformándonos para fortalecer el papel Rector, Investigador y Educador. 1949-1999. República Bolivariana de Venezuela. INN. Dirección Técnica. Caracas, 16 y 17 de noviembre de 1999.

De todo ello tenemos que deducir que la expresión “nutrición pública” se incorpora a la terminología de la ciencia de la nutrición. Pero no en sustitución de nutrición comunitaria o nutrición internacional, sino como un concepto globalizador de todas las actividades de nutrición referidas a la población.

Volvamos a la nutrición comunitaria y dedicamos algunos minutos para analizar su significado. Como hemos señalado anteriormente la nutrición comunitaria se ocupa del diagnóstico, la vigilancia, la prevención, la recuperación y la promoción de la nutrición en un área geográfica limitada.

Antes de seguir adelante permítanme un breve repaso a la situación nutricional del país y para esto he seleccionado cuatro indicadores de salud y nutrición.

La mortalidad infantil, cuya tendencia descendente hasta 1980 fue evidente, sufre una desaceleración o estancamiento a partir de esa fecha. Hoy Venezuela tiene todavía una tasa de mortalidad infantil tres veces más alta que Cuba Costa Rica y Chile.

El índice de bajo peso al nacer parece estar aumentando, alcanzando la cifra de 13,4% en 1997, el doble de Costa Rica.

La mortalidad por desnutrición en menores de 1 año viene aumentando en cifras muy significativas

Y finalmente los indicadores antropométricos señalan una situación relativamente optimista. La talla baja que como se sabe está asociada a la desnutrición crónica, permanece en valores alrededor del 14%.

El problema fundamental que confronta Venezuela, como la mayor parte de los países en desarrollo, es pues la desnutrición crónica pluricarencial. Decimos pluricarencial porque no es solamente un problema de proteínas y calorías, sino que a estas deficiencias hay que agregar las de hierro vitamina A, yodo, etc, cuya deficiencia, con frecuencia están asociadas al déficit calórico.

La desnutrición crónica pluricarencial asociada a infecciones repetidas, da lugar al subdesarrollo biológico(talla baja). A nivel mundial se estima que el 70% de todas las muertes de los niños están asociados con algunas de las infecciones siguientes: paludismo, sarampión, diarrea, infecciones respiratorias agudas y causas perinatales, en cuyas muertes la desnutrición tiene un papel importante.

La desnutrición crónica es el resultado de un proceso de adaptación irreversible en muchos de sus parámetros. Por lo tanto, tiene un pronóstico malo, si nos atenemos a las posibilidades de mejorar la generación actual.

El problema es mucho más grave que un simple subdesarrollo biológico. Un niño de seis años que a primera vista aparenta tener tres a causa de su retraso físico no es evidentemente comparable en su conducta, en su psicología y en su capacidad de aprendizaje a un niño normal de seis años, pero tampoco a un niño de tres. Es un ser distinto con sus propias características biológicas y de conducta, difícil de encuadrar estrictamente en una edad cronológica.

Como dice Tanner:

“El crecimiento dista mucho de ser un proceso simple y uniforme de aumentar en talla o estatura. A medida que el niño crece experimenta cambios en la configuración y composición del cuerpo, así como en la distribución de varios tejidos”.

Las poblaciones que por razones ambientales tienen una talla baja no tienen mucha posibilidad de mejorar en esta generación: tendrán que volver a empezar. Y habrá que volver a empezar desde el mismo momento de la concepción, para lograr un desarrollo fetal adecuado. Esta estrategia pasa por los exámenes periódicos, la lactancia materna, las inmunizaciones y control a tiempo de las infecciones y adopción de buenos hábitos de consumo.

Junto a la desnutrición crónica pluricarencial, que constituiría la prioridad de la acción comunitaria, habría que añadir la gran cantidad de familias que sin tener signos físicos de subdesarrollo padecen una verdadera penuria alimentaria. Es la verdadera inseguridad familiar, familias que se ven obligadas a gastar el 70% de sus ingresos en adquirir los alimentos de consumo familiar. En época de crisis la familia reacciona de una forma mucho más sensata de lo que mucha gente cree.

De hecho, una sana vigilancia y educación nutricional puede hacer mejorar notablemente la dieta familiar.

La atención directa a las familias, aún dentro de una pobreza económica evidente, puede conducir a un mejoramiento sustancial de la nutrición.

Recordemos que tres países no ricos como Cuba Costa Rica y Chile, han logrado índices de salud y nutrición similares a la que hoy tienen los países desarrollados. El secreto está en las redes de buenos servicios comunitarios en los tres países.

En la alimentación de las familias de escasos recursos, el déficit calórico puede explicarse. bien porque comen solo una o dos veces al día o bien porque el número de alimentos que componen la mesa familiar es muy escaso (2, 3 o acaso 4) o bien porque la densidad

energética es muy crítica por falta de grasas. A veces son las tres causas que actúan simultáneamente. Señalo este aspecto porque es un problema que tiene posibilidades de ser mejorado a través de una labor educativa a nivel familiar.

Creo que en Venezuela se podría intentar organizar un proyecto piloto en un área de demostración en la cual se pusieran en práctica ocho a nueve actividades de nutrición comunitaria. Este centro piloto bien supervisado por el INN serviría para evaluar resultados de posibles alternativas de acciones preventivas y de promoción, pero, sobre todo, para que el personal en servicios dispersos en el país, pudiera tener sus pasantías prácticas en un proyecto bien concebido de educación continua.

Dicho proyecto piloto recogería las experiencias logradas en distintos distritos sanitarios, logros que como todos sabemos, existen hoy en el país, y que deberían ser evaluados y aprovechados para futuras acciones.

Este proyecto piloto en un área de desnutrición sería un gran reto para el INN. Una de las deficiencias de muchos programas de nutrición comunitaria es la ausencia de un diseño explícito y de un registro adecuado. En tales circunstancias la evaluación se hace imposible.

El diseño de un programa de nutrición comunitaria debe hacerse sobre el terreno, de acuerdo con los problemas existentes y los recursos disponibles. Es una prioridad evidente el contar con facilidades de transporte para el personal técnico en servicio.

Es evidente que en el estudio de los problemas nutricionales la comunidad organizada debe participar. Será necesario contar a veces con la colaboración de un antropólogo cultural a fin de identificar las raíces y razones de muchos de los problemas de la comunidad. Creo que en esta materia todos hemos fallado y por ello no contamos con profesionales que pudieran colaborar con el personal de nutrición y salud. Sugiero que se tenga en cuenta esta propuesta en los planes futuros del INN.

No es siempre fácil lograr la participación de la comunidad, pero ello es absolutamente esencial. No debemos menospreciar la información obtenida por la observación de carácter cualitativo. Puede tener un gran valor para el diseño de programas.

En el siguiente esquema se han identificado tres grupos de actividades tradicionales a saber:

*acciones específicas de nutrición, acciones de apoyo de salud pública y acciones complementarias de recuperación.*

Acciones específicas de nutrición	Acciones de apoyo de salud pública	Acciones complementarias de cooperación
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspectos epidemiológicos (qué, dónde, cómo, porqué)</li> <li>• Mapeo (cartografía)</li> <li>• Manejo de desnutridos y otras patologías</li> <li>• Lactancia materna</li> <li>• Nutrición y embarazo</li> <li>• Control de peso y talla de los niños (gráficos)</li> <li>• Rehidratación oral</li> <li>• Vigilancia nutricional local</li> <li>• Promoción de las Guías de Alimentación</li> <li>• Suplementación de alimentos</li> <li>• Nutrientes (Fe, etc.)</li> <li>• Vigilancia de las instituciones (Comedores Escolares, Hogares de Cuidado Diario)</li> <li>• Cocina tradicional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saneamiento ambiental</li> <li>• Ampliación de las coberturas de inmunizaciones</li> <li>• Educación sanitaria</li> <li>• Desparasitación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cooperación con las agencias de extensión:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Huertos familiares</li> <li>Huertos escolares</li> </ul> </li> <li>• Promoción de asociaciones:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Club de madres</li> <li>Club de adolescentes</li> <li>Otros</li> </ul> </li> <li>• Cooperación con los agentes organizados de la comunidad</li> </ul>

El tema de la nutrición en Venezuela no está agotado. Apenas ha comenzado. Si en el siglo XX pasamos tres generaciones de trabajadores de la nutrición y se alcanzaron algunos logros importantes, confiamos en que las futuras generaciones del siglo XXI afiancen lo hecho hasta ahora e impulsen nuevas ideas para el bien del país con verdadera vocación de servicio.

Si los hombres y las mujeres han sido capaces de crear tantos problemas a la humanidad, ellos y ellas tienen que ser también capaces de resolverlos.

Ustedes pronto van a ser la primera generación de trabajadores de la nutrición del siglo 21. ¡Qué gran reto tienen por delante!