

Intervenciones para la prevención y control de la deficiencia de vitamina A en América Latina y el Caribe

Omar Dary

Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP)

INTRODUCCION

Los expositores que me han antecedido nos han mostrado los adelantos en cuanto a las técnicas de diagnóstico de hipovitaminosis A y de las esperanzas de contar en un futuro próximo de metodologías no invasivas, simples y precisas. Hemos recordado también que la deficiencia de vitamina A no es un hecho independiente en el panorama de la desnutrición. La vitamina A es un nutriente que experimenta muchas interacciones con otros componentes de la dieta, pero que tiene la particularidad de haber hecho despertar la conciencia mundial. En este sentido, la vitamina A puede convertirse en la bandera o en el símbolo para lograr una serie de mejoras del estado de vida de los pobladores de los países en vías de desarrollo, ya que para solucionar la hipovitaminosis A debemos introducir mejoras en la dieta en general y en las condiciones higiénicas del medio humano. Hemos visto también que en las postrimerías del siglo XX la hipovitaminosis A continúa siendo un problema de salud pública en muchos de los países latinoamericanos. La mayor parte de estos países gozan de climas tropicales y subtropicales, su paisaje se caracteriza por un verdor permanente, por lo que resulta irónico la presencia de la hipovitaminosis A. Potencialmente tenemos las mejores condiciones para producir alimentos ricos en pigmentos pro-vitamina A; sin embargo, esto requiere más que un buen ambiente, se necesita introducir modificaciones culturales, sociales, económicas y políticas para que nuestros pobladores puedan gozar en forma permanente de

las bondades de su medio. Todo esto llevará tiempo, son soluciones a largo plazo. Empero, no podemos esperar a que estas soluciones permanentes se establezcan, ya que el problema debe ser resuelto en la forma más rápida posible. Para ello contamos con soluciones a mediano y corto plazo.

En esta presentación, haré una descripción breve de los diferentes tipos de intervención destinados a resolver el problema de la hipovitaminosis A, poniendo ejemplos de casos latinoamericanos. Presentaré primero las medidas a largo plazo (que son las naturales), continuaré con las de mediano plazo y finalizaré con las de corto plazo.

INTERVENCIONES A LARGO PLAZO

Aquí se incluyen todas las medidas para cambiar las actitudes de las personas para que por sí mismas encuentren las soluciones naturales a la hipovitaminosis A, esto es "enseñar a pescar más que regalar el pescado". Las intervenciones a largo plazo buscan mejorar la dieta y las condiciones higiénicas de los pobladores, es decir son soluciones de tipo integral.

Cuando se mencionan las soluciones a largo plazo, algunas veces se les pone un lapso de 5 a 6 años. Para mí, ésta es una afirmación muy optimista. Probablemente los resultados permanentes, es decir, sostenibles, en la ausencia de los interventores, para que sean detectados, estamos más allá de una generación de distancia. Sin embargo, esta misma dificultad y lentitud en la consolidación de las intervenciones a largo plazo hacen imperativo que éstas reciban toda nuestra atención ahora, para que ese lapso de tiempo necesario para implementarlas sea lo más breve posible.

El éxito de las medidas a largo plazo dependen fundamentalmente de la participación entusiasta y

Plática presentada en el Simposio sobre "La Deficiencia de Vitamina A como Problema de Salud Pública en América Latina y el Caribe", durante el IX Congreso Latinoamericano de Nutrición. (Septiembre 22 al 26 de 1991)

voluntaria de los mismos miembros de la comunidad. Ellos deben intervenir en todas las etapas del proceso: desde el reconocimiento de la presencia del problema y la medición de su magnitud, pasando por el análisis y selección de las medidas que tienen mayores probabilidades de éxito, hasta la ejecución, seguimiento y evaluación de las medidas implementadas.

Las intervenciones a largo plazo pueden agruparse por el propósito al que van dirigidas: mejorar la disponibilidad de alimentos ricos en vitamina A; incrementar el consumo; y mejorar la biodisponibilidad. Obviamente, todos estos aspectos van íntimamente relacionados.

Al hablar de mejorar la disponibilidad hacemos referencia casi exclusivamente a incrementar la oferta de productos vegetales ricos en vitamina A. Los productos animales son económica y ecológicamente muy caros, por lo que el énfasis en cuanto a producción se destina más a los vegetales. Entre estas intervenciones tenemos el estímulo a los huertos familiares, escolares y comunales; y la introducción de tecnología hogareña para la preservación de alimentos.

Para mejorar el consumo contamos con la educación nutricional tendiente a mejorar el manejo higiénico de alimentos a nivel del hogar y su mejor distribución entre los miembros de la familia; la introducción de recetas que hagan más apetecibles los alimentos ricos en pigmentos pro-vitamina A, especialmente para los niños; y la "popularización" de estos alimentos a través de técnicas de mercadeo social.

El incremento de la biodisponibilidad de la vitamina A, se refiere a su uso biológico por los seres humanos, y va ligado estrechamente a la interacción con otros elementos de la dieta. La utilización de la vitamina A mejora si la dieta contiene grasa y proteínas de buena calidad, mientras que se reduce si ésta es muy rica en fibra o si existen condiciones de parasitismo y de infecciones. La biodisponibilidad se mejora a través del desarrollo de las condiciones de salud, de higiene y de alimentación de la población.

Los países asiáticos, especialmente la India, Indonesia y Tailandia, tienen mucha experiencia en la implementación de las intervenciones a largo plazo. Latinoamérica está empezando, pero ya existen esfuerzos que merecen ser mencionados.

En El Salvador, el Centro de Apoyo para la Lactancia Materna (CALMA) y la Asociación Demográfica Salvadoreña intervinieron en cuatro poblados del departamento de Ahuachapán para evaluar la efectividad de varios tipos de intervención. Los mejores resultados fueron encontrados en la comunidad que recibió suplementación con dosis altas de vitamina A, educación nutricional y estímulo en la producción de huertos. Las otras comunidades recibieron sólo una de las intervenciones.

Este resultado era lógico de esperar. El resultado importante de esta acción, es que se incrementó notoriamente el número de familias que consumían los vegetales producidos en sus propios huertos. Si esta actividad perdura en la comunidad será un gran paso que se ha ganado en la lucha contra la hipovitaminosis A de ese país.

En Guatemala, el Proyecto HOPE está trabajando con un Programa de Supervivencia Infantil en dos departamentos del Occidente de Guatemala, en donde se estima que aproximadamente 160.000 niños y 60.000 mujeres embarazadas o nodrizas se beneficiarán del mismo. El programa está enfocado específicamente a mejorar el estado nutricional de la vitamina A. La actividad incluyó la identificación de los poblados con mayor problema a través de la determinación de retinol plasmático y encuesta dietética, la suplementación periódica con dosis altas, y la educación nutricional y agrícola para estimular los huertos comunales. El proyecto está ahora en la fase educativa.

También en Guatemala, el Comité Nacional Pro-ciegos y Sordomudos y su brazo de investigación El Centro de Estudios en Sensoriopatías, Senectud e Impedimentos y Alteraciones Metabólicas (CESSIAM) con el apoyo de "International Eye Foundation", han estado trabajando en comunidades indígenas para conocer detalles antropológicos de distribución intradomiciliaria de alimentos y uso de plantas autóctonas ricas en pigmentos pro-vitamina A.

Similares esfuerzos a los anteriores están siendo efectuados en la isla La Gonave de Haití por World Vision.

En Ecuador y Bolivia, Organizaciones no Gubernamentales, tales como el Instituto de Cooperación al Desarrollo (Ecuador) y la asociación de estas organizaciones denominada PROCOSI (Bolivia) están promoviendo el desarrollo de comunidades a través de la estimulación de huertos, servicios de salud, planificación urbana y regional, y pequeñas empresas manufactureras. En este caso, el enfoque no es específicamente sobre la vitamina A sino para mejorar las condiciones generales de salud y economía de la población, lo que eventualmente impactará en el estado nutricional de esta vitamina.

En Perú, el Instituto de Investigaciones Nutricionales está introduciendo recetas culinarias para uso de los encargados de los comedores públicos con el fin de ofrecer una mejor dieta a los usuarios.

En Haití en Maissade (Centre Plateau), el proyecto "Save the Children" con la colaboración de VITAL ha introducido técnicas de secado bajo el sol para ser aplicado a mangos y probablemente también a papaya. El producto obtenido dura de 4 a 6 meses si es almacenado apropiadamente. El propósito de esta técnica es lograr que las comunidades tengan a su disposición alimentos ricos en carotenoides en épocas del año posteriores al pico de

producción, cuando muchos de los alimentos ricos en caroteno se desperdician.

Yo desconozco, si en algún país latinoamericano se están empleando técnicas de mercadeo social para promover el mayor consumo de fuentes de vitamina A. Esta medida es criticada por muchos, ya que trata de que se acepte un producto en una forma un tanto inconsciente. Sin embargo, si se utiliza dentro de principios éticos puede convertirse en un poderoso instrumento educativo.

Latinoamérica ha empezado a implementar intervenciones de desarrollo comunitario. El futuro se ve halagüeño, aunque tendremos que esperar algún tiempo antes de establecer si alguna de las intervenciones iniciadas se han convertido en permanentes.

Las intervenciones a largo plazo tienen la ventaja de que una vez consolidadas las soluciones son permanentes, naturales y autosostenibles. Su gran desventaja es que el costo inicial es elevado, alrededor de US\$ 25,00 por persona por año, pero para la formación de capital humano autogenerador bien vale la pena hacer esta inversión. Otras desventajas son que los resultados son difíciles de evaluar, lo que dificulta la búsqueda de agencias donantes que las financien, y que los cambios deseados van asociados al mejoramiento integral de la sociedad, lo que involucra complicaciones de tipo político, económico y cultural, en la que hay que conciliar muchos intereses. El esfuerzo es grande y difícil, pero es la única vía con la que podremos conseguir el mejoramiento integral y justo de nuestras sociedades.

INTERVENCIONES A MEDIANO PLAZO

Aquí se incluyen aquellas medidas que requieren del desarrollo de alguna tecnología para realizarse, y que por consiguiente no son de implementación inmediata. Este es el caso de la fortificación y enriquecimiento de alimentos. El primer término se refiere el añadir un nuevo nutriente a un alimento que no lo contiene, y el segundo el aumentar artificialmente la cantidad de un nutriente en un alimento que sí lo contiene.

La fortificación se describe muchas veces como una medida temporal que será reemplazada por una solución dietética permanente. Sin embargo, esto no es necesariamente cierto. El grado de permanencia dependerá de las condiciones sociales y ecológicas de las comunidades. Por ejemplo, aún en los países desarrollados, con exceso de nutrientes, la fortificación y enriquecimiento de alimentos es una medida establecida definitivamente, ya que de otra forma sería muy difícil llenar los requerimientos diarios con el solo aporte de la dieta.

Para que un alimento sirva de vehículo de fortificación se requiere que éste sea producido en pocos centros, que sea consumido por la mayoría de la población deficiente en el nutriente y en cantidades más o menos constantes, que las

propiedades organolépticas del mismo no cambien con la adición del nutriente, y que el nutriente sea razonablemente estable durante la vida media del vehículo. En Latinoamérica, el ejemplo clásico es el azúcar. En Centro América, el azúcar llena los requisitos mencionados, y ya se ha demostrado que su fortificación es un buen medio para el control de la hipovitaminosis A en Centro América. En adición a los requerimientos técnicos mencionados, la permanencia de la fortificación requiere de soporte legal y económico. En Guatemala, la fortificación de azúcar con vitamina A se ha mantenido durante los últimos tres años gracias al entusiasmo de los propios productores, quienes gozan de exoneración de impuestos para la importación de los insumos necesarios. Otros ejemplos de fortificación son el enriquecimiento de mezclas de harinas vegetales como el Nutriatol, cuyo consumo está siendo estimulado por el Comité Pro-Ciegos y Sordomudos de Guatemala, CESSIAM y la fundación "International Eye Foundation" como un alimento de elección durante episodios de diarrea en algunas comunidades rurales de Guatemala; y la fortificación de aceite en Brasil, cuyos detalles probablemente serán cubiertos por el expositor que me sigue.

El costo de fortificación es razonablemente bajo. Para el caso del azúcar en Guatemala se calcula en US \$ 0,20 por persona por año. Si consideramos que esta fortificación beneficia sólo al 50% de la población que lo consume, este costo sube a US \$,.40 por persona por año, lo que todavía es una inversión razonable comparado con los beneficios sociales alcanzados.

La principal ventaja de la fortificación y el enriquecimiento es que no requiere del establecimiento de un sistema especial de distribución ni del cambio de hábitos de conducta. Por lo tanto, si el alimento está bien fortificado el éxito está asegurado.

Como desventajas pueden mencionarse las siguientes: Se requiere de una infraestructura tecnológica mínima; necesita tener un soporte legal y el sistema adecuado para hacer cumplir la ley, lo cual puede ser muy difícil en las condiciones actuales de muchos países latinoamericanos; generalmente se requiere de la importación de insumos, sin contar con el respaldo necesario de divisas. Además, existen posibilidades que las poblaciones objetivo a mayor riesgo, por su misma pobreza y aislamiento, no sean favorecidas.

INTERVENCIONES A CORTO PLAZO

Cuando la resolución de la deficiencia es urgente, y la fortificación no es adecuada, lo que queda es suplementar con dosis altas de vitamina A. Este es la única medida con la que se asegura que la persona reciba el nutriente. Esta intervención produce resultados inmediatos y evidentes, por lo que hay una gran tendencia entre las organizaciones no

gubernamentales de servicio de todos los países de la región a incluirla dentro de sus programas (ejemplo: Hope en Guatemala, World Vision en Haití, CALMA en El Salvador, y otras en Bolivia, Brasil y Panamá). El costo es similar al de la fortificación: US \$ 0,40 por persona por dos dosis al año, de los cuales, la mayor parte se dedica a establecer un sistema de distribución confiable y permanente. La norma es proporcionar cápsulas de 200.000 U a niños de 1 a 7 años. Para niños menores actualmente se experimentan con dosificadores de líquido para proporcionarles 100.000 U. En algunos lugares se está proponiendo suplementar a las madres en los días siguientes al parto con dosis inferiores a 100.000 U.

En algunos países como en El Salvador, se ha buscado reducir los costos de la distribución e incrementar su eficiencia incorporando ésta a campañas de vacunación. El efecto ha sido sinérgico: la presencia de la vitamina A ha incrementado la cobertura de vacunación de 14% a 65%. No obstante, la cobertura han ido disminuyendo en campañas sucesivas. Como excepción, en algunas áreas de Brasil la distribución casi universal de las dosis periódicas de vitamina A se ha mantenido gracias a la participación directa de la comunidad.

La asociación entre el suministro de vitamina A y la vacunación debe manejarse muy cuidadosamente, para evitar transmitir el mensaje que la vitamina A es una vacuna más, que sirve para prevenir enfermedades. En Guatemala ya se han dado casos de personas que impiden la vacunación de sus hijos con el argumento de que ya han recibido vitamina A. Otra alternativa de distribución es incorporar la suplementación dentro de los programas de Atención Primaria en Salud. Esta solución es factible si estos programas tienen coberturas adecuadas y funcionan bien.

Las desventajas de la suplementación son que es una solución artificial al problema, que requiere de la existencia de un sistema de distribución permanente y de una gran coordinación entre los proveedores para evitar peligros de sobredosificación.

CONSIDERACIONES FINALES

Existen varias soluciones para resolver el problema de la hipovitaminosis A. Lo fundamental en cualquier caso es contar con la voluntad política de gobernantes y gobernados para enfrentar y resolver el problema, lo que asegurará la adjudicación de los recursos económicos suficientes para implementar las medidas seleccionadas. La acción puede provenir de gobiernos, organizaciones no gubernamentales

o de las mismas comunidades. La experiencia en varios países muestra que los programas más exitosos son aquellos que cuentan con la participación de la comunidad durante todas las etapas de implementación de las acciones; para ello, es un requisito indispensable asegurar el respeto a la comunidad: se debe intervenir con la idea de participar no con la de llegar a "enseñar".

La resolución de la hipovitaminosis A puede llevarnos al desarrollo integral de nuestras sociedades, ya que esta deficiencia no es más que un signo de nuestra pobreza económica, social y cultural; las soluciones naturales a la misma podrán conducir al mejoramiento de otros aspectos deficitarios de nuestros países, lo que vendrá a impactar de manera directa en el bienestar de nuestro más valioso recurso, nuestra población humana, en especial de nuestra niñez.

ANEXO

Muchas veces se menciona que hay que "instruir" a los pobladores para que dejen sus "inadecuadas costumbres" y adquieran "buenas prácticas alimentarias e higiénicas, especialmente para con los niños". A mi no me gusta ser tan enfático en este aspecto. Nuestras sociedades, especialmente las indígenas, tienen siglos de evolución; sus costumbres y hábitos seguramente tuvieron una razón inicial, que aunque sin explicación racional en el momento no por ello carecen de validez e importancia, ya que las razones que les dieron origen puede que continúen existiendo. Probablemente nuestras culturas no pudieron asociar una dieta pobre en vegetales y productos animales con dificultades en la visión, ni mucho menos con el incremento de la morbilidad, fenómeno que hasta recientemente nosotros estamos descubriendo; pero sí pudieron determinar, por ejemplo, que la ingestión de ciertos alimentos producía diarreas fulminantes u otro tipo de alteraciones digestivas (posiblemente por carencia de higiene en el manejo de los alimentos). Esta evolución natural pudo llevar a que la dieta de los infantes y niños fuera pobre en alimentos ricos en vitamina A. Lo que quiero decir, es que en debemos tener los ojos abiertos para identificar esas causas que dan fundamento a la "sabiduría popular". Aquí repito las palabras del Dr. Y.H. Yang en la reciente reunión de IVACG: "Entrenar es 'aprender' a cambiar la eficiencia de como las personas hacen su trabajo"; durante la implementación de las medidas a largo plazo no sólo se modifica la actitud de los "intervenidos" sino también la de los "interventores". Nuestras comunidades merecen respeto.