

Estudio biocultural de la desnutrición infantil de causa primaria en el ámbito urbano del gran La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina

Susana Ortale ¹ y María Adelaida Rodrigo ²

La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina

RESUMEN. El presente estudio de carácter microsocioal intenta recuperar la unidad biología-cultura en el análisis de la desnutrición infantil. De la población que asiste a la Unidad de Rehabilitación Nutricional del Hospital de Niños de La Plata, se seleccionó una muestra de 52 niños con desnutrición primaria y sus familias. Se utilizó el índice específico para medir nivel socioeconómico bajo en familias con lactante desnutrido. Se entrevistó a las madres para recabar información sobre la percepción y reconocimiento de la desnutrición. En diez centros de atención primaria (APS) se realizaron observaciones y entrevistas al personal médico para relevar las prácticas médicas relacionadas a su atención. Los resultados obtenidos muestran que las familias estudiadas conjugan las condiciones de vida más desfavorables dentro de la pobreza. Niños con adecuado peso al nacimiento se ven afectados nutricionalmente entre los 3 y 18 meses, apareciendo en la mayoría alteraciones en la talla. Las representaciones y prácticas sostenidas por las madres y la atribución del estado de desnutrición a la «pata de cabra» limitan un adecuado tratamiento. En los servicios de APS se constatan limitaciones conceptuales y operativas para su detección y tratamiento precoz. Se concluye que factores culturales presentes en los dos agentes más directamente relacionados a la salud infantil impiden atenuar los efectos ambientales que tempranamente inciden en los niños de la pobreza.

Palabras claves: Antropología médica, desnutrición infantil

SUMMARY. Infant malnutrition: a biocultural study in urban areas of provincia de Buenos Aires, Argentina. The present study, of microsocioal nature, attempts to recover the biology-culture unity in the analysis of child undernutrition. A sample was selected of 52 children with primary undernutrition and their families, from the population attending the Nutritional Rehabilitation Unit of La Plata Children Hospital. The specific index was used to measure the low socioeconomic level in families with undernourished children. The mothers were interviewed to obtain information on the perception and recognition of undernutrition. Observation and interviews to the medical staff were performed in ten centers of primary health care (PHC), in order to reveal the medical practices related to this problem. The results obtained showed that the studied families conjugated the most unfavorable life conditions within poverty. Children with adequate weight at birth were nutritionally affected between 3 and 18 months of age, leading to height disorders. The representations and practices sustained by the mothers, relating undernutrition to a popular disease named «pata de cabra» lead to limitations in treatment. In PHC centers, conceptual and operative limitations are recorded for its detection and early treatment. It is concluded that cultural factors present in the two most directly related agents to child health (the mother and the PHC center) do not allow to modify the environmental effects that prematurely affect the children of poverty.

Keywords: Child undernutrition, medical anthropology

INTRODUCCION

La desnutrición infantil de causa primaria refleja el efecto de factores adversos, específicamente de los procesos económico-sociales que afectan a las familias y grupos a los que pertenecen, constituyendo la expresión colectiva de un deterioro en las condiciones de vida de sus miembros.

En este sentido numerosos estudios señalan la forma en que las características sociales del individuo condicionan su biología y determinan cierta probabilidad de que enferme de un modo particular (1-5). Además, plantean que el proceso biológico mismo no puede aislarse del factor social en la medida en que no se puede fijar la normalidad/anormalidad biológica independientemente del momento histórico y las condiciones sociales (4).

La especificidad de la antropología médica se ha ido conformando a partir del estudio de las diversas conceptualizaciones referidas al reconocimiento de la enfermedad, su etiología y las respuestas para enfrentarla. El individuo no experimenta su salud en el vacío, la salud/enfermedad están significadas culturalmente, por lo tanto no pueden ser reducidas a su evidencia orgánica.

La actividad de la medicina no se ejerce sobre la enfermedad sino sobre el enfermo quien, en su carácter de ser cultural, no es un objeto pasivo, pudiendo o no saberse enfermo, conocer algo sobre su enfermedad, desear curarse, etc. Negar este hecho sería admitir que no hay diferencias entre la enfermedad animal y la humana. Numerosos son los ejemplos aportados por la antropología que muestran las variaciones interculturales e intrasociales que expresan como se definen, valorizan, perciben y experimentan las diversas enfermedades.

En este sentido, el planteo mismo de la desnutrición y las respuestas dadas a esta problemática surgirán dentro de la comunidad científica a partir de distintos paradigmas; paradigmas que organizan la percepción del problema, delimitan lo que se es capaz de ver y pensar, las formas en que puede ser abordada, recortando una realidad que se define como universal y única. (6)

1 Antropóloga. Miembro del Grupo de Estudios en Rehabilitación Nutricional (GEREN), Comisión de Investigaciones Científicas de la Pcia. de Buenos Aires (CIC-PBA)

2 Pediatra. Investigadora CIC-PBA, Directora del (GEREN), Jefa de la Unidad de Rehabilitación Nutricional del Hospital de Niños de La Plata.

Transcurriendo por diversos ámbitos, como medicalización de la dieta y control del crecimiento, hasta la mercantilización como recurso, la problemática alimentario-nutricional abstraída de las diversas conceptualizaciones socioculturales coexistentes en una sociedad, desborda en todos sus sentidos tales delimitaciones científico-técnicas (7,8,9).

La biomedicina o medicina científico occidental, constituye una perspectiva culturalmente específica para definir la salud, la enfermedad, sus causas y posibles tratamiento y, como tal, es una interpretación que tiene sentido a la luz de determinadas asunciones sobre la realidad. Este paradigma, instituido desde las postrimerías del siglo XVIII en adelante es legitimado no sólo científicamente y por el Estado sino también por el criterio de realidad de todos los conjuntos sociales que encuentran soluciones eficaces a los problemas que padecen. Su hegemonía se establece además por la exclusión ideológica y jurídica de otras prácticas y saberes de atención a la enfermedad, lo cual en la práctica cotidiana se resuelve en procesos de transformación de otras actividades curativo-preventivas, derivadas cada vez en mayor grado de su relación conflictiva y/o complementaria en la medicina oficial (10,11).

Hegemonía no supone la imposición autoritaria y vertical de un modelo, ni la exclusión de otras formas de atención, sino la subalternidad de las mismas, (10) proceso que como se verá, aparece recurrentemente en el reconocimiento y atención del niño desnutrido.

Objetivos del trabajo: 1. Describir y analizar las prácticas y representaciones relacionadas al reconocimiento y atención de la desnutrición infantil de causa primaria en familias de la pobreza urbana y en los servicios de salud del primer nivel de atención del Gran La Plata. 2. Identificar el nivel de pobreza de las familias con niños desnutridos.

Consideraciones metodológicas: Se trata de un estudio intencional de carácter exploratorio (12) realizado a escala microsocioal el cual intenta caracterizar a las familias con niños desnutridos y analizar las representaciones y los comportamientos concretos de los dos agentes involucrados más directamente en la atención del niño: la madre y los servicios de salud.

Supone un intento de combinar abordajes de corte antropológico con abordajes propios de la metodología cuantitativa. Induce a privilegiar esta opción la complejidad de la temática bajo estudio y la aproximación integral que se propone a pequeña escala. Se asume que la familia constituye el grupo social, institución o unidad que establece en forma estructural el mayor número y tipo de relaciones significativas relacionadas al proceso salud/enfermedad/atención.

Dentro de ella, la división del trabajo establece que es la mujer/madre la encargada de generar el mayor número de actividades específicas respecto de la salud/enfermedad/atención y socialización de los hijos: a ella corresponde detectar las alteraciones, establecer las primeras acciones, demandar ayuda y decidir los cursos de acción a seguir. La mujer es la más frecuente y principal informante del médico y es la que establece la relación más continua con las instituciones de salud, educativas o de otra índole como parte de la tarea múltiple e intensa que incluye el trabajo doméstico (13). En estas consideraciones se basa la elección de las unidades de análisis e información.

La delimitación del objeto incluye entonces a las representaciones y prácticas de la población y de los agentes de salud procurando identificar los aspectos culturales presentes en la interacción población/servicios de salud a propósito de la atención de niños desnutridos. El

problema así definido es susceptible de ser abordado en tres niveles de análisis que procuran registrar diferentes formas de manifestación de una realidad compleja y dinámica (14).

Primer nivel: representación y prácticas de la población referidas a la desnutrición. La exploración de este nivel se basa en el supuesto de la existencia de subconjuntos culturales en el seno de la población que implican valoraciones diversas de las condiciones de enfermedad, de las prácticas preventivas y curativas, de los agentes más idóneos para llevarlas a cabo y de las soluciones brindadas por los agentes de salud de los sistemas formal o informal.

Segundo nivel: prácticas y representaciones referidas a la desnutrición presentes en los agentes de salud: el conocimiento y la puesta en práctica de las normativas institucionales para evaluar el estado nutricional, conocimiento y aplicación de los instrumentos y procedimientos técnicos adecuados, sus posibilidades de resolución, la causalidad atribuida, etc.

Tercer nivel: interacciones entre población y servicios de salud: incorpora los procesos vinculados al diagnóstico y tratamiento y sus resultados sobre las condiciones del paciente, los límites y las asimetrías presentes en la comunicación entre médico y paciente que dificultan la resolución del problema.

La heterogeneidad de las prácticas y representaciones se vincula con la inserción de las familias en algún tipo de jerarquía social estratificada y de su capacidad de internalizar normas, de incorporar conductas, de compartir algún nivel de conocimiento conceptual e instrumental en torno a procesos de salud-enfermedad.

De aquí la necesidad de ubicar a las familias dentro del contexto de pobreza y especificar para nuestra zona las condiciones que dentro de ellas se vinculan a la desnutrición.

MATERIAL Y METODO

De la población que asiste a la Unidad de Rehabilitación Nutricional del Hospital Interzonal de Agudos especializados en Pediatría «Sor María Ludovica» de La Plata (URN), se obtuvo durante 1991 una muestra no probabilística, de tipo selectiva o intencional (12) comprendida por 52 niños y sus familias en base a los siguientes criterios de selección:

- Desnutrición de causa primaria. Definida como aquella producida por un insuficiente aporte alimentario asociada frecuentemente a infecciones banales intercurrentes en un mal medio socioeconómico (15).
- Edad: niños entre 0 y 3 años
- Lugar de residencia: dentro de los 20 km. del casco urbano de la ciudad de La Plata.
- Nivel socioeconómico: bajo

De los 52 niños desnutridos de las familias investigadas se revelaron los siguientes datos:

- Sexo
- Peso de nacimiento registrado institucionalmente en a libreta sanitaria en el momento del parto
- Edad de ingreso a la URN
- Estado nutricional. Se utilizó la clasificación de Gómez modificada para evaluar el indicador peso/edad; para evaluar talla/edad se consideró como punto de corte el percentilo 3, utilizando como población de referencia los estándares nacionales (16).

En su mayoría provienen de derivación de salas de internación, consultorios externos, unidades de atención primaria y tratándose una minoría de demanda espontánea.

En su mayoría provienen de derivación de salas de internación, consultorios externos, unidades de atención primaria y tratándose una minoría de demanda espontánea.

Considerando que la pobreza no constituye una situación homogénea y que sus efectos son múltiples pero a su vez diferenciales de acuerdo a cada problemática específica (educación, trabajo, salud, vivienda, etc.) y en función de cada individuo particular (hombre, mujer, niño, joven, adulto, etc.), se utilizó el índice específico para medir nivel socioeconómico bajo en familias con lactante desnutrido (17) parcialmente modificado y adaptado a nuestro contexto local, con el objeto de establecer las características que dentro de la situación de pobreza, se asocian con la aparición de casos de desnutrición infantil.

Esta elección obedece a que las dos formas de medir la pobreza en nuestro país: el método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y el método de los ingresos o línea de pobreza (LP) presentan ciertas dificultades para ser consideradas como herramientas útiles en el presente estudio (18).

Las variables consideradas en el índice modificado y registradas mediante encuesta son:

- Número de personas que comen y duermen.
- Abandono del padre.
- Nivel de escolaridad de jefe y cónyuge
- Actividad del jefe de hogar
- Seguridad social del jefe de hogar
- Actividad de la cónyuge
- Relación consumidores/productores o tasa de dependencia
- Tenencia de la vivienda
- Tipo de vivienda
- Promiscuidad
- Abastecimiento de agua
- Disposición de excretas
- Recolección de basura
- Cuarto de cocina independiente
- Equipamiento del hogar

La cuantificación de las 15 variables en función del puntaje que puede asumir cada una de ellas -el cual fluctúa entre 0 y 4 puntos-, permite discriminar tres subniveles dentro del nivel socioeconómico bajo: Bajo-bajo o miseria (hasta 20 puntos), Bajo-medio (21 a 40 puntos) y Bajo-alto (41 a 60 puntos).

Se realizaron entrevistas semiestructuradas en el domicilio que apuntaran a identificar la percepción que las madres presentan de la problemática.

Se exploraron los siguientes aspectos:

- Reconocimiento e interpretación de la enfermedad en relación a las causas
- Significación atribuida
- Causas de demanda de asistencia médica
- Descripción e interpretación de la desnutrición a partir de sus conocimientos, valores y creencias.
- Prácticas encaminadas a la búsqueda de soluciones
- Elección del curador
- Representación referida a la valoración de los servicios de salud y del proceso de atención.

En 10 de las 30 unidades de atención primaria de La Plata ubicadas en la zona de residencia de las familias estudiadas, fueron indagadas mediante observación de historias clínicas y entrevistas

semiestructuradas realizadas a médicos pediatras y/o generalistas las prácticas y los discursos relacionados al control del crecimiento y al tratamiento de la desnutrición, mediante la exploración de los siguientes ejes:

- Estancia de instrumental ad hoc
- Procedimientos técnicos empleados para las mediciones antropométricas
- Criterios de evaluación utilizados
- Regularidad de las evaluaciones
- Registro del estado nutricional en las historias clínicas
- Percepción de las causas del problema
- Reconocimiento de las posibilidades de eficacia terapéutica del médico.

RESULTADOS

Características de la demanda de asistencia al sistema médico formal:

1. Relativas al índice específico para medir nivel socioeconómico bajo:

El valor promedio para el grupo es de 33.7 puntos, distribuyéndose la muestra en los tres subniveles de la siguiente manera: Bajo-bajo: 30%, Bajo-medio: 68%, y Bajo-alto: 2%.

En función de los ingresos mensuales percibidos, las familias bajo estudio se ubican en su totalidad bajo la línea de pobreza (LP).

Dentro de las mediciones realizadas a través del método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) tienen la particularidad de conjugar un promedio de tres necesidades básicas insatisfechas, cifra presente en solo el 2% del total de familias con NBI. Los datos más relevantes que surgen de la aplicación del índice específico son:

El promedio de miembros por familia es de 7.2, presentándose un elevado porcentaje de población infantil: el 56% de los miembros tienen edades iguales o inferiores a los 9 años, porcentaje característico de los sectores pobres.

Cabe mencionar que el promedio de hijos es de 5, elevado si se considera que las familias aun se encuentran en etapa de expansión. En sólo el 8% de las familias hay abandono total o parcial del padre, correspondiendo un 80% a familias nucleares y un 12% a familias nucleares ampliadas (pareja más hijos más parientes o allegados).

El nivel de escolaridad de los jefes es 14% analfabetos, 30% primaria incompleta, 46% primaria completa, 8% secundaria incompleta y 2% secundaria completa.

El nivel de escolaridad de los cónyuges muestra una situación aun más desfavorable: 22% analfabetas, 35% primaria incompleta, 35% primaria completa, 8% secundaria incompleta.

La actividad del jefe de hogar muestra un 10% de desocupados. De los que trabajan, el 40% lo hace en trabajos de tipo independiente inestable ubicándose en las demás categorías el 50% restante. El 62% de los jefes carecen de sistema de seguridad social.

En el 26% de las familias las cónyuges trabajan en servicio doméstico, siendo de tipo informal en la totalidad de los casos. La tasa de dependencia o relación entre consumidores y productores de ingresos (c/p) es superior a 5 c/p en el 44% de las familias.

El 74% de las viviendas se hallan asentadas en terreno fiscal, carentes de servicios públicos. Se trata de viviendas propias en el 70% de los casos, con una o dos piezas, siendo los materiales de

construcción predominantes el piso de cemento y/o tierra, paredes de chapa y/o madera y techo de chapa sin cielo raso.

La promiscuidad se manifiesta por el hecho de que en el 52% de las familias duermen entre 1.1 a 2 personas por cama y en el 48% restante lo hacen más de 2 y hasta 4 personas por cama. La provisión de agua es por conexión a red domiciliaria en el 30%, tratándose de precisión mediante acarreo un 70%. La disposición de excretas se realiza a través de cloaca o cámara séptica en un 26% apareciendo en un 66% de casos la letrina y en un 10% se elimina a campo abierto.

No se cuenta en ningún caso con sistema de recolección de basura domiciliaria, siendo la situación generalizada la quema, entierro o arrojarla a cielo abierto.

El cuarto de cocina independiente se da en el 86% de las viviendas. En cuanto al equipamiento del hogar, la heladera se presenta en un 34% de las familias, el televisor en el 66%, la radio en el 28%, plancha en un 26%, 14% tocadiscos o radiograbador, 4% ventilador y/o estufa y un 15% carece de todo tipo de artefacto electrodoméstico.

2. Datos primarios de los niños desnutridos:

En el contexto arriba mencionado se desarrollan los niños desnutridos bajo estudio. No obstante las condiciones socioeconómicas no afectan el peso al nacimiento: el 85% de los niños presentan peso al nacimiento mayor a 2.500. Sin embargo tempranamente aparece su incidencia en el crecimiento: las edades de ingreso a la URN oscilan entre los 3 y los 18 meses en el 86%. El índice peso/edad arroja un 52% de desnutrición de 2°, 29% desnutridos del 1° y 19% desnutridos de 3°.

El índice talla/edad muestra que la talla se encuentra afectada en el 59% de los casos.

3. Reconocimiento materno de la desnutrición:

Considerando que el número total de hijos de todas las familias es de 249 y que de ellos 93 estuvieron o están desnutridos, se obtiene un 37% de niños desnutridos, con un promedio de 1.8 hijos desnutridos por familia. El 52% de las familias presenta dos o más hijos desnutridos.

Del total de madres entrevistadas por primera vez en el contexto institucional un 72% no reconoce el estado de desnutrición actual en su hijo. Sólo un 6% ha demandado asistencia médica por bajo peso, casos que se correspondieron con desnutrición severa. En el resto de los casos, la demanda de asistencia médica se produce por cuadros gastrointestinales, infecciones broncopulmonares, fiebre, etc.

Es así que en el discurso las madres refieren que «estaba flaquito pero sano, los otros también fueron así», «estaba flaquito pero nunca estuvo enfermo hasta que le apareció la diarrea».

Sistemas alternativos de atención:

Profundizando las entrevistas en el domicilio indagando la opinión de las madres respecto al estado nutricional de su hijo atendido en la URN, el 80% de ellas refieren el estado de desnutrición a una enfermedad de la medicina popular denominada «pata de cabra», superponiéndose los tratamientos formales e informales en estos casos. Dentro de este grupo, las madres reconocen haber tenido/ tener un hijo con «pata de cabra» en un 42%, 2 hijos con «pata de cabra» en el 36% y tres o más en el 22% restante, correspondiendo el niño con pata de cabra con el desnutrido en el 90% de los casos.

Esta enfermedad, es descrita por las madres de la siguiente manera:

Etiología: no existe uniformidad de explicaciones al respecto. no obstante aparecen como causas más frecuentes el daño realizado a la madre, un virus, empacho mal curado, cuando el niño es concebido sin amor, etc.

«Es alguien que quiere hacerte un mal, agarra la ropita, algún juguete... hay gente que le quiere hacer daño a uno y se la agarra con la criatura» (...)

«Dicen que ya viene de nacimiento, de alguien que te toca la panza y te quiere hacer un mal o del algún empacho que tuve y entonces nace la criatura con eso, con el virus que está acá en la cola y que lo va consumiendo, lo seca por dentro».

Sintomatología: se trata de una «mancha oscura arriba de la cola» (resultado de la saliencia del sacro por disminución del panículo adiposo) que evidencia la existencia de un «bicho», que a medida que va subiendo por el «espinazo», va «secando» al niño «comiéndolo por dentro». Cuando llega a la zona cervical, «ya no hay nada que hacer», el bicho ahoga al niño y muere, pudiendo tener pata de cabra «macho» (más frecuente) o macho y hembra (menos frecuente pero mucho más grave).

Tratamiento: Se presenta un amplio repertorio de modalidades terapéuticas: masajes con aceite, cura por palabra, realización de cruces con tinta china en la espalda, ingestión de determinadas infusiones, frotamiento en la espalda con velas, etc.

«La curó en tres días con oraciones y un aceite que le pasaba por la espalda» (...)

«Mi mamá es la que entra para que la cure. Lo cura de palabra y con masajes. También le dan de tomar un líquido debe ser agua bendita supongo» (...).

«Lo frotaba con alcohol, con velas, que se yo» (...)

«Con cruces, cruces en la espalda con tinta china y dice unas palabras» (...)

«No se bien como hace, pero lo único que sé, es que llevándole la ropa y un pañal me la curó».

Prevención: Esta enfermedad, según refieren las madres, escapa a las posibilidades control preventivo, siendo «imposible» o «desconocida» la forma de evitar su aparición.

Los cursos de acción seguidos por la madre en el intento de mejorar el estado de su hijo incluye tratamientos paralelos y/o alternativos de las medicinas formal e informal, elecciones que obedecen a su evaluación de las eficacias respectivas, de la relación con las instituciones sanitarias, de sus experiencias previas, de sugerencias de parientes y/o vecinos que funcionan como un ámbito de seguridad y contención, fuente de recursos alternativos en los que se generan y reproducen las diagnosis y tratamientos populares basados en el reconocimiento de que algunas enfermedades los médicos no saben si pueden curar.

Varios casos reflejan que el tratar, tanto con el curandero/a no obstaculiza la demanda de asistencia médica formal: «El señor que le cura la pata de cabra me dijo que la llevara igual al hospital, que no había problema. A mi me gusta para ver como va aumentando, que le den vitaminas y esas cosas» (...), derivando aquellos casos que por su gravedad ameritan su rápida intervención: «Cuando la llevé a la señora me dijo que fuera inmediatamente al hospital porque se me iba a morir. Tenía meningitis. Así que ella, mientras la nena esta internada la curó igual de la pata de cabra. Me dijo que si había que dejarla no había problema, ella con la ropita se arreglaba para curarla» (...).

Puede afirmarse que los motivos por los cuales se recurre al curandero no están determinados por la relación con los agentes de salud de la medicina formal y/o evaluación de la calidad de atención institucional:

«Los médicos de acá son muy buenos, la verdad que la atienden muy bien pero la verdad es que no sé que hacer. Una señora que tiene el nenito internado acá al lado me dijo que tienen pata de cabra. Yo no sé muy bien, pero los médicos no saben curar eso, ¿entendés?. No sé que hacer, si sacarlo o no. Tengo miedo si lo saco de que vuelva a caer, sin suero ni control, y que en el hospital no me lo acepten. Porque si lo saco tiene que ser bajo mi responsabilidad, así me dijeron», existiendo determinados límites de reconocimiento e identificación sociocultural que permiten delimitar enfermedades que curan unos y otros:

«La doctora le sacó la infección de los intestinos, allá lo salvaron de la infección. Yo la verdad que al Hospital X le tengo mucha confianza. Pero, la pata de cabra se la curó la otra señora, ellos no saben curar».

En función de las explicaciones dadas por el médico, se genera una articulación sintética de creencias y saberes que sintetizan ambos modelos médicos:

«Viste cuando te dicen que está deshidratado? Bueno, es porque el bicho los está secando, así que seguro que tienen pata de cabra. Yo, igual por las dudas la traigo a que le hagan los análisis porque ahí se ve todo, sale todo. Yo voy a los dos ¿viste? por las dudas me cubro» (...), incorporando conocimientos generales e inespecíficos de la medicina formal, particularmente del campo bacteriológico e inmunológico, ya que el «bicho» es relacionado la mayoría de las veces con un «virus».

Son incluso los agentes de salud -particularmente el personal de enfermería-, quienes frecuentemente inducen a demandar asistencia al curandero:

«Mi suegra, que es enfermera, me impulsa mucho, la verdad es que ella es muy creyente también. Yo por ejemplo si el doctor me dice dale tal remedio, se lo doy, o hacerle tal cosa, también. Por lo otro también existe aunque ellos no sepan» (...)

A menudo, la actitud del profesional y la falta de comunicación con la madre generan conductas de oposición a la autoridad médica.

«Lo internaron pero yo igual iba con la señora que lo curara en el hospital, la hacía pasar por pariente, y así no me decían nada. Tenía pata de cabra macho y hembra. Yo a los doctores no les dije nada porque ellos le dicen a uno que no, que son todas macanas... pero cuando me dicen eso pero, voy y los llevo, pero es así nomás, creer o reventar. La verdad que esa frase está bárbara porque las cosas son así», agregando finalmente que «si el doctor me dice dale tal remedio, se lo doy, hacele tal cosa, se la hago. Pero guarda, lo otro también existe aunque ellos no sepan», evidenciándose la subordinación de las prácticas informales a la medicina formal.

En casos extremos, la evaluación de la madre de la ineficacia de la intervención institucional precipita el abandono del tratamiento:

«Estuvo en terapia intensiva tres días con suero pero no levantaba peso. Me la llevé más flaca todavía. La saqué contra voluntad porque tenía una enfermedad que no curan los médicos. Ellos decían que los análisis daban bien, pero tenía pata de cabra macho y hembra. Cuando ella estaba internada le llevé una foto a una señora y ella me dijo que tenía eso así que la saqué. Le quedaban dos días de vida, porque eso la va secando hasta que se muere, la agarré justo porque sino se me moría. Le pasó durante tres días un aceite acá arriba de la cola hasta que hizo caca fuerte con un olor muy feo y después anduvo bien».

El tema de la enfermedad como destino y del contagio de la pata

de cabra aparecen de manera elocuente en la familia que presenta las peores condiciones de vida, tanto por su composición sociodemográfica, sus características ocupacionales y de la vivienda. «Yo al Hospital X le tengo mucha fe, la verdad que yo no puedo decir nada, eso que tuve a dos internados con sarampión y uno se me murió... pero qué va a hacer, es el destino, el destino existe, es así. En cambio el otro, no sabe lo que era, sarampión, internado después por tos convulsa, estaba piel y hueso y ahí anda mírelo», creencias que sirven para dar sentido, explicación y justificación a la presencia de hechos frecuentes en sus vidas que escapan a sus posibilidades de control.

Caracterización de la oferta de servicios de APS.

En relación a las prácticas implementadas en los centros de atención primaria puede establecerse que:

El control del crecimiento se realiza de forma sistemática sólo en niños menores de un año que asisten por demanda espontánea. En la totalidad de los centros de APSS el registro antropométrico no es volcado con periodicidad en las historias clínicas.

Se observa heterogeneidad de criterios de evaluación utilizados en las mediciones antropométricas, pudiéndose agrupar en tres modalidades de evaluación y diagnóstico coexistentes. Carencia del instrumental específico para las mediciones antropométricas en la mitad de los centros de APS. Procedimientos técnicos inapropiados para realizar las mediciones antropométricas en 6 centros de APS.

Carencia de recursos para su tratamiento en 9 de los 10 centros de APS. La donación de un kilo de leche en polvo que corresponde a los niños menores de un año que realizan los controles de salud es el único suplemento alimentario con el que cuentan el cual les es provisto irregularmente. Además, la distribución no responde a criterios de riesgo biológico, sino que se efectúa según demanda espontánea por control de salud.

Entre las causas de la desnutrición reconocidas por los médicos se distinguen:

- Factores económicos
- Falta de educación y/o falta de cultura de la familia, especialmente de la madre.
- Contaminación ambiental.
- Factores que exceden sus posibilidades de intervención.

Resaltan el peso de su modelo formativo, basado en una preparación de orientación biológica como obstáculo para desempeñar eficazmente su profesión frente a episodios de desnutrición.

Señalan que la desnutrición constituye un reto a nivel de su actividad práctica que no pueden sortear, con el agravante de verse desprotegidos de los insumos necesarios para el tratamiento.

Reconocen que frente a un niño desnutrido, su actividad terapéutica se centra en la atención de aquellas enfermedades intercurrentes que pueden resolver, o bien derivar a centros de salud de mayor nivel de complejidad, refiriendo en la mayoría de los casos brindar consejos a las madres sobre pautas ideales de alimentación, a sabiendas que no podrán llevarlas a cabo.

DISCUSION

Las familias estudiadas se ubican en los estratos que padecen las mayores de privaciones de bienestar y servicios indispensables para la preservación de la vida, obteniéndose puntajes inferiores a los encontrados en familias con lactante desnutrido severo del área metropolitana de Santiago de Chile (17).

Respecto a la relación entre condiciones de vida y percepción de la enfermedad, hay autores que establecen distintos umbrales de reconocimiento de la enfermedad en función de su pertenencia a distintos estratos socioeconómicos (19,20). Para los sectores bajos se plantea que las condiciones de vida imposibilitan la inserción de la enfermedad dentro de una secuencia temporal ordenada y previsible: debido a que el cuerpo tiene que funcionar a capacidad completa en todas las áreas de la vida cotidiana (en el trabajo, en las actividades domésticas, etc.) se presenta una concepción instrumental del cuerpo que inhibe la percepción de los síntomas de la enfermedad. La demanda de asistencia médica se presenta tardía y postergada en relación a la evolución de la enfermedad, la cual se presenta como un corte neto, un nivel más allá del cual no es posible proseguir con las actividades. Si bien éste hecho ha sido claramente evidenciado en comportamientos de población adulta, puede verse que interviene también en el reconocimiento del estado de desnutrición infantil y en las conductas seguidas por las madres, tal como se desprende de los motivos de demanda de asistencia médica. El bajo peso en sí mismo, no presenta una significación tal que motive la preocupación de la madre hasta tanto no precipite la aparición de infecciones intercurrentes. La desnutrición -salvo en casos severos- no es vista como una problemática sujeta a medicalización, formando parte -desde la perspectiva de la madre- del estado de salud normal del niño.

Las instituciones de salud de la medicina formal son la principal fuente de atención a las que acuden en la carrera curativa. Aunque no se determinante, la falta de comunicación con el médico, las vagas explicaciones que reciben durante los episodios de internación y la apreciación de la ineficacia del tratamiento médico intervienen de manera decisiva en la búsqueda de tratamientos alternativos.

La disociación entre enfermedades que curan los médicos y enfermedades que curan los curanderos y la recurrencia a uno u otro tiene que ver tanto con la búsqueda de eficacia pragmática como con la eficacia simbólica, es decir el intento de dar explicación y coherencia a una serie de hechos y sucesos que desde su perspectiva cultural, carecen de sentido. La eficacia simbólica tiene más que ver con el manejo de las circunstancias que con la producción de resultados (21). El curanderismo conserva aun en el ámbito urbano su propia identidad específica y diferenciadora.

Si bien es significativo el porcentaje de madres que habiendo tenido hijos desnutridos en el pasado, no reconocen el problema en el niño con desnutrición actual, no debe llamar la atención su percepción de la problemática.

Más allá de una impresión superficial, puede concluirse que no estamos frente a madres despreocupadas por la salud de sus hijos. Por lo que surge de las entrevistas, es mucho el tiempo, los recursos, el costo emocional, etc. que ponen en juego para mejorarlo. Que no perciban la desnutrición como una enfermedad construida por la medicina y que le incumba por derecho propio, no significa que no le sea otorgada otra significación. Debería vincularse éste hecho a los resultados ofrecidos por el ámbito institucional, los que reflejan parcialmente la importancia otorgada a ésta problemática a nivel de políticas de salud en lo que respecta a programas específicos que brinden normativas a ser seguidas en el largo plazo. Puede agregarse que, limitaciones de nuestro modelo médico científico occidental, hacen de la desnutrición una categoría imprecisa: no está causada por un agente patógeno ni se cura y/o previene con vacunas o fármacos, sino que en su manifestación y resolución intervienen factores políticos económicos y socioculturales que están fuera del campo estrictamente médico (22).

Entender por recursos de salud a aquellos que están destinados a combatir la enfermedad -y sólo superficialmente desarrollan actividades dedicadas a preservar la salud- no es una simple diferencia terminológica. Implica concebir que la salud sólo se logra eliminando la enfermedad y coloca a la acción curativa en el centro del problema. Así, los elementos que conducen a una vida sana quedan en un segundo plano y el médico se erige como la figura central dadora de salud (23). Como se ha mencionado más arriba, las madres -según sea la gravedad en cada caso, como particular-, aceptan como normal la situación de su hijo, la ignoran o la adscriben a la pata de cabra, consultando a la medicina formal por la enfermedad infecciosa o parasitaria que coexiste con la desnutrición.

El médico fija su atención en la enfermedad para la cual está capacitado y a la que la industria farmacéutica y la infraestructura sanitaria ofrecen soluciones eficaces, y tal es el registro, reforzando la pérdida de información a nivel institucional, de la desnutrición infantil.

Este es el patrón de funcionamiento regular que puede establecer para los 10 centros de salud estudiados. Los médicos reconocen la importancia de los controles de crecimiento para la detección temprana de alteraciones pero a su vez señalan sus pocas posibilidades terapéuticas.

El análisis de éste contexto permite interpretar más acabadamente las referencias de las madres respecto a la enfermedad de su hijo y a las causas de demanda de asistencia médica. Son justamente los médicos quienes a través de su práctica propician que la desnutrición quede enmascarada tras diagnósticos de enfermedades que se derivan de ella.

Estudios puntuales y/o discontinuos (24,25) alertan sobre la importancia que adquiere la desnutrición en la Argentina. Y si bien es señalada en retóricas diversas como patología social, ecopatía, patología de la pobreza, etc., los agentes más directamente vinculados con la preservación de la salud infantil, la madre y los servicios de salud, sostienen prácticas y representaciones diferentes y conflictivas contribuyen a que la desnutrición no sea visualizada como problema de salud que afecta a individuos concretos, permaneciendo aun en nuestra región subestimada en su real magnitud.

REFERENCIAS

1. Timio Mario. Clases sociales y enfermedad. Nueva Imagen, 1979.
2. Bronfman M. y Tuirán R. La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez. Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo. UNAM-COLEMEX-PISPAL. 1984.
3. Bloch C. et al. El proceso de salud-enfermedad en el primer año de vida. Estudio de una cohorte. Cuadernos Médico Sociales Nº 27, Rosario, Argentina, 1984.
4. Laurell Cristina. El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. Cuadernos Médico Sociales Nº 37, Rosario, Argentina, 1986.
5. Menéndez E. y García de Alba J. (comp). Prácticas populares, ideología médica y participación social. Aportes sobre Antropología Médica en México. Univ. de Guadalajara. CIESAS. 1992.
6. Lores Armaiz M. del R. El concepto de salud: concepciones y paradigmas. Ed. de Belgrano, Bs.As. 1986.
7. Garrote N. Antropología de la Nutrición. Buenos Aires: CIDES, OEA, 1988.
8. Canesqui Ana M. Antropología y Alimentación. Revista de Salud Pública Vol 22 Nº 3, San Pablo, 1988.
9. Ainsworth Harrison G. Carencia Alimentaria. Una perspectiva antropológica. Serbal/Unesco, Barcelona, 1988.

10. Menéndez E. *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. México: Editorial Alianza, 1992.
11. Laplantine F. y Rabeyron P.L. *Medicinas paralelas*, Ed. Brasiliense, Brasil, 1989.
12. Rojas Soriano Raúl. *Guía para realizar investigaciones sociales*, Universidad Autónoma de México, 1985.
13. Menéndez, Eduardo. *Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del teoricismo al movimiento continuo*. Cuadernos Médico-Sociales N° 59 CESS, Rosario, Argentina, 1992.
14. Luppí I., et al. *Investigaciones evaluativas en servicios de salud. Desarrollo metodológico de un proyecto en curso*. Cuadernos Médico Sociales N° 64. Rosario, Argentina, 1993.
15. Viteri F. *Primary Protein Energy Malnutrition: Clinical, Biochemical and Metabolic Changes*. En: *Textbook of Pediatric Nutrition*, Suskind, Robert M. edit, Raven Press, New York, 1981.
16. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. *Guías para la evaluación del crecimiento y nutrición del niño menor de seis años en atención primaria*. Buenos Aires, 1985.
17. Alvarez M.L., Wurgaft F. y Salazar M.E. *Mediciones del nivel socioeconómico bajo urbano en familias con lactante desnutrido*. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, Vol. 32, N°3, 1982.
18. Aguirre P. y Lesser R. *Crear para ver. Perspectivas teóricas y metodológicas sobre las estrategias de consumo de las familias pobres*. Cuadernos Médico Sociales N° 65 Rosario, Argentina, 1993.
19. Boltanski Luc. *Los usos sociales del cuerpo*. Edic. Periferia. Bs. As, 1975.
20. Llovet J.J. *Servicios de salud y sectores populares. Los años del proceso*. Cedes, Bs. As., 1985.
21. Young Allan. *Una perspectiva antropológica del conocimiento médico*. *The Journal of Medicine and Philosophy*, Vol. 5 N° 2, 1980.
22. Sabelli Martín. *Epidemiología de la desnutrición*. Cuadernos Médico-Sociales N° 15. Rosario, Argentina, 1981.
23. Módena M.E. *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*. México: Ediciones de la Casa Chata, 1990.
24. Piacente T., Talou C., Rodrigo MA. *Piden pan... y algo más: un estudio sobre crecimiento y desarrollo infantil*. Buenos Aires: Siglo XXI, Unicef, 1990.
25. *Conferencia Internacional sobre Nutrición. Informe de Argentina*, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Roma: FAO, OMS, 1992.

Recibido: 17-01-1995

Aceptado: 03-01-1996