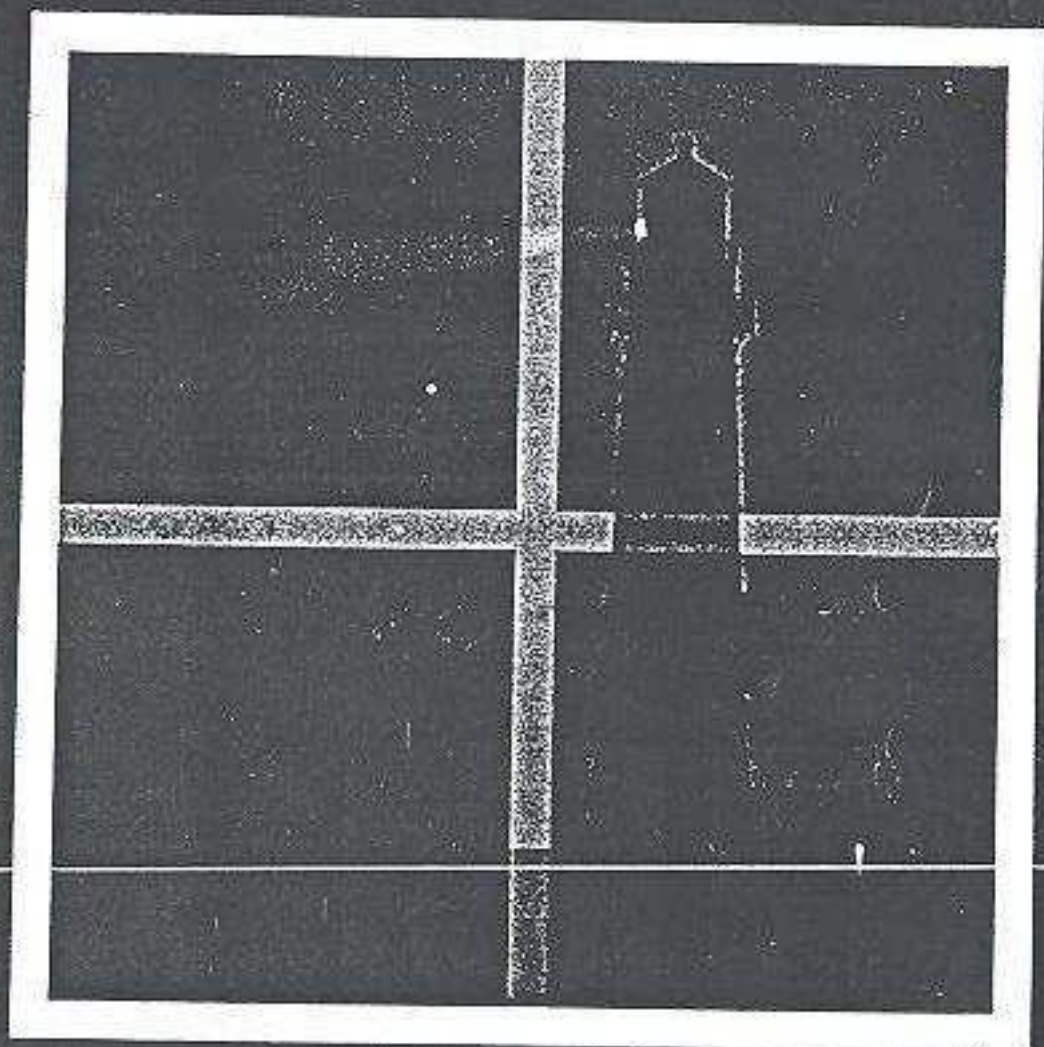


GÉNERO Y POLÍTICA EN SALUD

COMPILADORAS

PAZ LÓPEZ, BLANCA RICO, ANA LANGER,
GUADALUPE ESPINOSA.



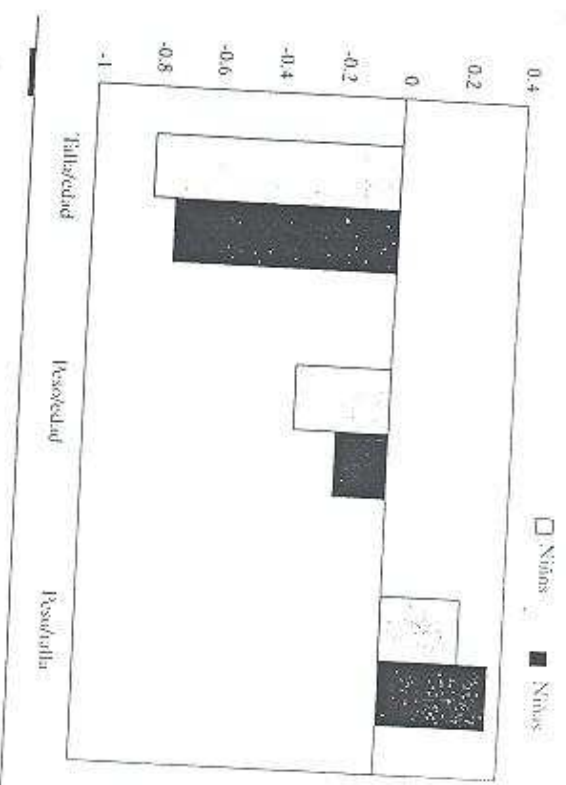
Algunos aspectos de la salud durante la infancia y la niñez con enfoque de género

Teresita González-Cossío T.
L. Neufeld
M. Rivera Pasquel

Introducción

El contexto de género se ha estudiado en diferentes disciplinas y ámbitos sociales y culturales, incluida el área de nutrición. La salud y estado de nutrición de la mujer es un asunto que atañe a su persona, pero que trasciende a su descendencia.¹ Las condiciones de la mujer crean el ámbito en el cual los niños crecen, se desarrollan, aprenden de la vida y de sus capacidades y limitaciones.² Las madres tienen una enorme influencia en la salud de sus hijos mediante su función biológica y social.^{3,4} Las mujeres desnutridas tienen mayor probabilidad de tener hijos de bajo peso al nacer (< 2500 g), lo cual se traduce en un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad.^{5,6} Asimismo, la desnutrición temprana está relacionada con daños a corto, mediano y largo plazo. Las mujeres que fueron desnutridas durante su niñez, tienen hijos con menor peso al nacer comparadas con quienes fueron niñas bien nutridas, perpetuando el daño a la salud y a la supervivencia de la siguiente generación.⁷ Por otro lado, las mujeres que han sufrido desnutrición crónica durante su niñez y adolescencia, además de tener mayor probabilidad de tener hijos de bajo peso al nacer, presentan complicaciones durante el parto, poniendo en riesgo su vida.⁸ Aunado a esto, las mujeres con bajo peso pregestacional, suelen padecer con más frecuencia deficiencia de hierro, por lo que tienen mayor probabilidad de tener hijos con menores reservas de este micronutriente al nacer.⁹

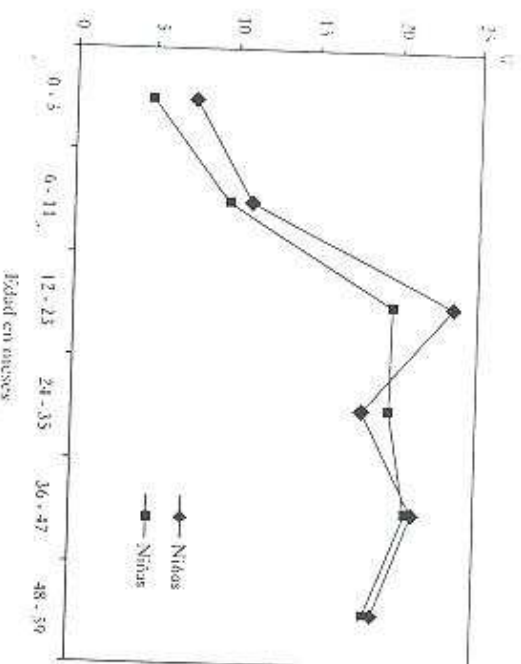
Gráfica 1. Desmedida ($z/z < -2$) bajo peso (< -2 p/e) y emaciación (< -2 p/f) en niños mexicanos menores de 5 años, por género, 1998-1999



La deficiencia de hierro se ha asociado con una disminución en la capacidad de aprendizaje durante la vida escolar. Esto se traduce en una menor capacidad de trabajo físico y desempeño intelectual durante la vida adulta.¹⁰⁻¹² Además del hierro, muchos son los micronutrientes críticos durante el desarrollo. De especial importancia en la nutrición de la mujer es el ácido fólico. Se ha comprobado que el consumo de 400 µg/d de ac. fólico en el periodo de la concepción disminuye la probabilidad de que la madre tenga un hijo con defectos del tubo neural.¹³

También el entorno social y económico condicionan el estado de nutrición de la mujer. Las madres con poca educación formal tienen menor probabilidad de optimizar los recursos de su medio ambiente en función de la salud y la alimentación de sus dependientes. Incluso tienen menor probabilidad de planificar su familia y como resultado es común encontrar familias más grandes, a menor educación formal de la mujer.¹⁴ Una de las consecuencias

Gráfica 2. Prevalencias de desmedida (< -2 z/e) en preescolares mexicanos, por género 1998-1999

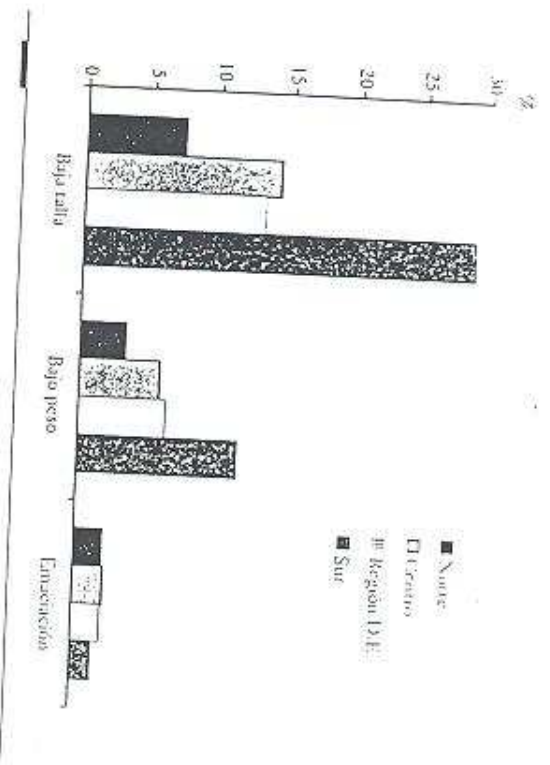


más dramáticas de la falta de escolaridad de la mujer es que los hijos de aquellas con menor educación formal experimentan mayor probabilidad de morir en el primer año de su vida.¹⁵ En síntesis, las mujeres y sus descendientes con problemas de mala nutrición y poca educación están en mayor riesgo de enfermarse y de morir.

Las intervenciones para prevenir o aliviar el daño de las deficiencias nutricias debe darse en los primeros tres años de la vida. La desnutrición que no se alivia, entonces tiene consecuencias irreparables a largo plazo. Hay excelente evidencia de que las intervenciones en la edad temprana (antes de los 3 años) tienen impactos importantes a largo plazo y que se perpetúan en la descendencia.^{16,17}

En México las condiciones sociales y económicas han cambiado en los últimos años, y estamos en una transición de salud y nutrición. Es relevante conocer si las desigualdades entre género existen en nuestro país y en qué

Gráfica 3. Prevalencia de desnutrición en menores de 5 años por zona del país



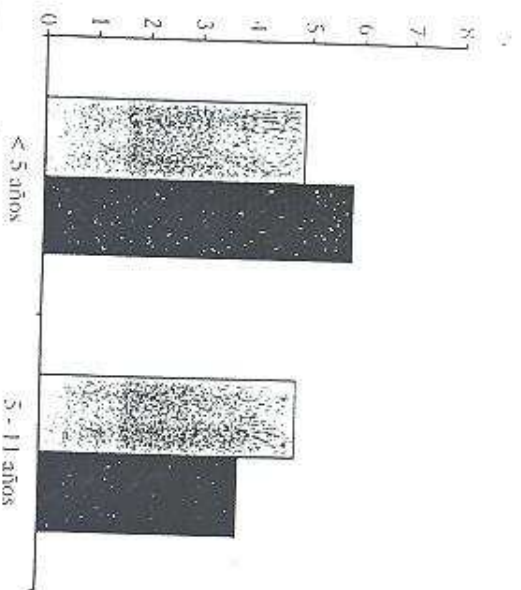
magnitud, para enfocar acciones que mejoren las condiciones de las mujeres.

En este documento presentamos datos de mala nutrición por género en niños mexicanos menores de 12 años, y algunos resultados de intervenciones nutricias en edades tempranas cuyos objetivos han sido mejorar el desempeño en términos de salud y de desarrollo, de los niños afectados por la desnutrición. Al final discutimos asuntos de género y las condiciones de las niñas en México.

Metodología

Los datos nacionales de estado nutricional se derivan de la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición de México (ENN-II) realizada en 1998-1999. Presentaremos los datos de niños menores de 12 años, y desagregaremos la información por género. La ENN-II es una encuesta nacional probabilística.

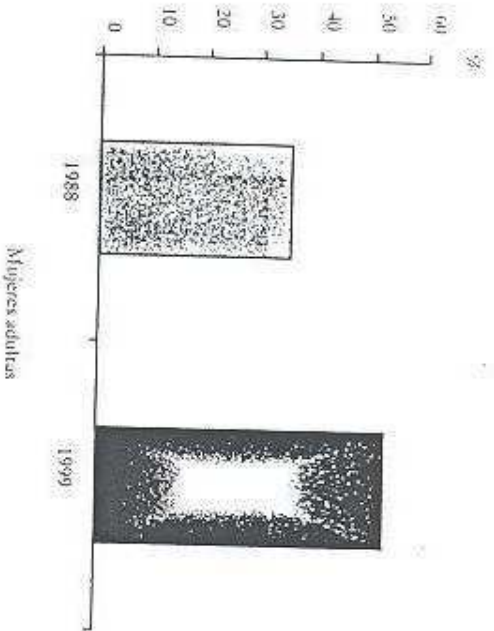
Gráfica 4. Prevalencia de sobrepeso por género en menores de 12 años (1998-1999) en México



conducida por la Secretaría de Salud, el Instituto Nacional de Salud Pública y el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Información (INEGI). Los datos se recolectaron en una muestra seleccionada por el INEGI de hogares en toda la República. Tiene representación nacional, y por cuatro regiones: ¹⁸ norte, centro, Cd. de México y sur, además de por estratos urbano y rural.

La desnutrición y el sobrepeso se clasificaron de acuerdo a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS: desmedro: < 2Z talla/edad; emaciación: < 2Z peso/talla; bajo peso < 2Z peso/edad; sobrepeso > 2Z peso/talla). ¹⁸ La información de peso para la edad contiene los datos de peso para talla y talla para la edad. Se usa principalmente cuando no se cuenta con talla. Cuando sí se tiene información de talla, es preferible referirse sólo a desmedro y a emaciación. Y así se hará en este documento. El sobrepeso y la obesidad en adultos se clasifica como un índice de masa cor-

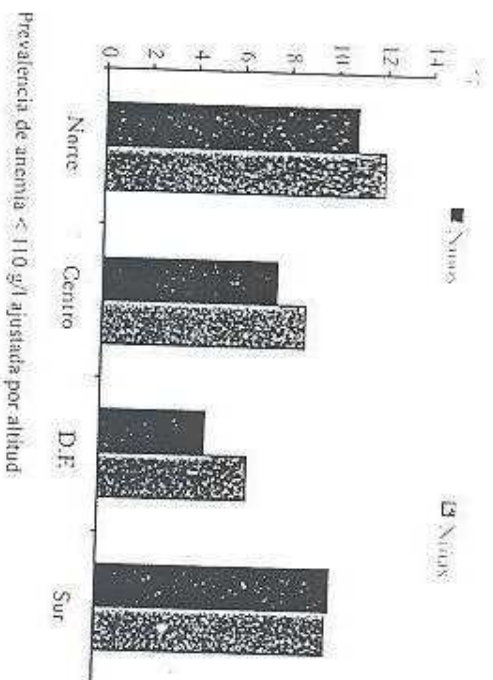
Gráfica 5. Prevalencia de sobrepeso en mujeres adultas (1988 y 1998-1999) en México



poral (kg/m^2) @ 25 y 30, respectivamente.

Los datos sobre algunos de los mecanismos de la desnutrición, así como su impacto, los analizamos en un estudio de Guatemala. Fue un estudio longitudinal, en 4 comunidades rurales durante los años 1969 a 1977. Las mujeres embarazadas y niños menores de 7 años recibieron un suplemento nutritivo con alta cantidad de energía, proteínas y micronutrientes (llamado atole) o un suplemento con la misma composición de micronutrientes pero sin proteínas y con muy poco contenido energético (llamado fresco). Los resultados que arrojó la primera parte del estudio se relacionaron con el tamaño al nacer, el crecimiento y desarrollo de los niños comparando entre grupos. Así en 1987-1988 se decidió regresar a las comunidades para evaluar el impacto de la suplementación con atole o fresco a largo plazo en términos de talla, composición corporal, desarrollo y capacidad para trabajar cuando estos mismos niños fueron adolescentes. De igual forma se regresó a las comunidades durante los años 1990-2000 cuando las niñas suplemen-

Gráfica 6. Prevalencia de anemia de niñas y niños de 5 a 11 años de edad por zona del país

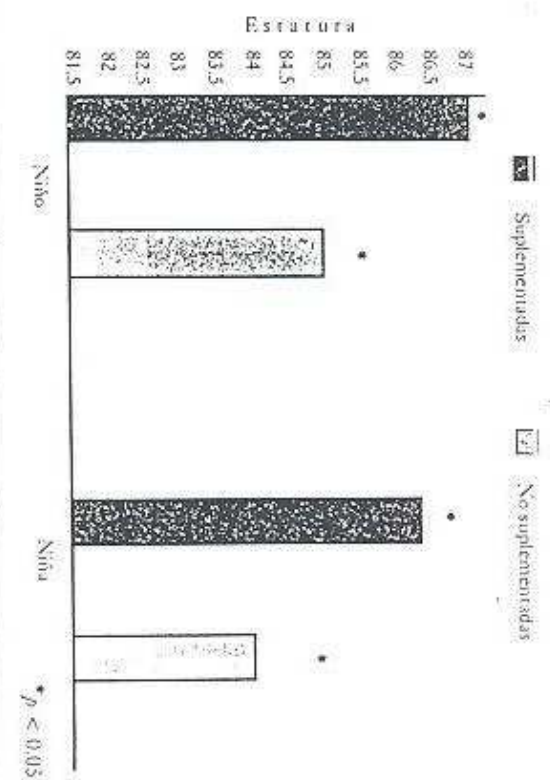


tadas en los años 1969-1977 ya había formando sus propias familias. Durante esta etapa, se evaluó el efecto de la desnutrición y la suplementación nutricional durante la niñez en el crecimiento y desarrollo en la siguiente generación. Es importante recordar que después del año 1977, los residentes de estas comunidades no siguieron recibiendo suplemento. En los análisis que presentamos se hacen ajustes estadísticos para controlar por otros cambios como los económicos por ejemplo, que pueden haber ocurrido en el transcurso del tiempo.

Resultados

En México prácticamente no existe emaciación (peso para la talla $< 2Z$). En una población normal de niños sanos, se espera alrededor de 2.5% de niños por debajo de $< 2Z$. En nuestro país, los niños, muestran una menor

Gráfica 7. Estatura a los tres años de edad por sexo en comunidades suplementadas y no suplementadas.

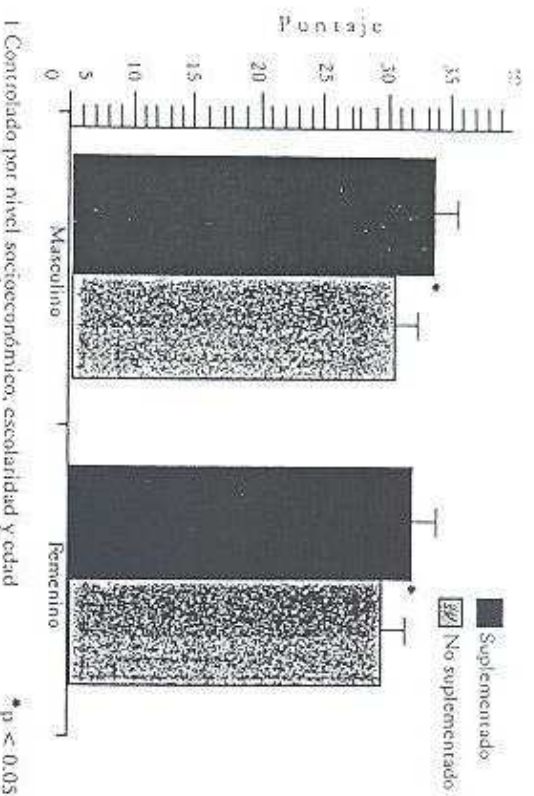


prevalencia de emaciación 2.44 en niños y 1.59% en niñas (véase gráfica 1). Incluso en promedio, los menores de 5 años están por encima de las referencias de la OMS en peso para su talla y las niñas están en mejores condiciones que los niños a estas edades. El verdadero problema es el desmedro. Casi 1 de cada 6 niños tiene una talla muy por debajo de lo normal (véase gráfica 2). De hecho, desde los primeros años de la vida los niños son pequeños, y esta prevalencia de desmedro crece dramáticamente en los primeros 24 meses de edad. No hay diferencias importantes por género, aunque las niñas tienen ligeramente menos desmedro que los niños.

Sin embargo, el problema es mucho más grave en el medio rural en donde la prevalencia es el triple que en el medio urbano. El sur del país en donde se concentra más este problema en donde la prevalencia de desmedro es cuatro veces la del norte (29.9 vs. 7.3%) (véase gráfica 3).

En el otro extremo del espectro nutricional, la obesidad ha crecido mu-

Gráfica 8. Resultados de cálculo matemático¹ en adolescentes participantes en un estudio de suplementación en Guatemala durante su niñez.

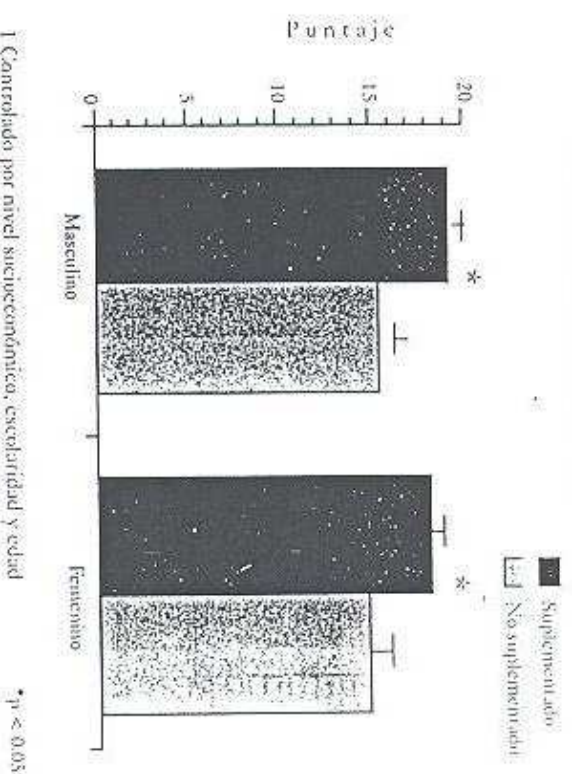


cho en México. La ENN-II nos mostró una prevalencia de sobrepeso del doble de la esperada en una población normal en menores de 5 años. Específicamente alrededor de 2.5%, y encontramos 5.3% de sobrepeso en nuestros menores, y esta prevalencia es 1% mayor en las niñas que en los niños. En edad escolar (5-11 años) el problema es ligeramente menor y se revierte esta diferencia por género.

Las prevalencias de sobrepeso en escolares (5-11 años) es menor al 5% en niños y menor a 4% en niñas (véase gráfica 4).

No contamos con información del estado de nutrición de hombres mayores de 11 años en México. Sí de mujeres en edad reproductiva (12-49 años) y en ellas las prevalencias de sobrepeso y obesidad son alarmantes. En 1988, alrededor de la tercera parte de las mujeres mexicanas tenía sobrepeso u obesidad. Hoy, una de cada dos tiene este problema. Ha crecido este problema 16% en los últimos 11 años (véase gráfica 5).

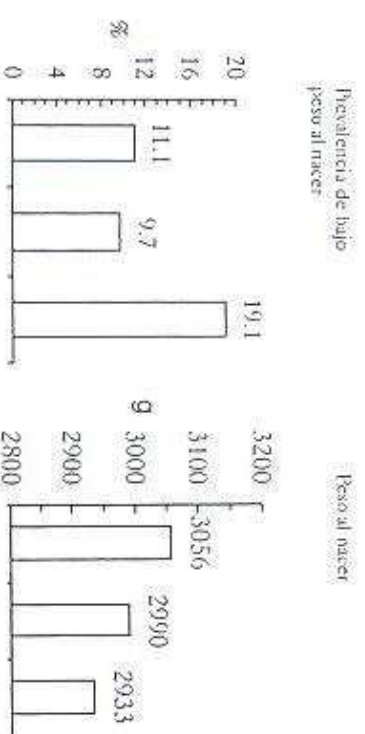
Gráfica 9. Resultados de la prueba de lectura en adolescentes en un estudio de suplementación en Guatemala durante su niñez.



La deficiencia de hierro, estimada mediante prevalencia de anemia, es un grave problema en los niños mexicanos. Casi la mitad de los niños de 1 a 2 años tiene anemia. La deficiencia decrece ligeramente hasta los 5 años cuando la prevalencia de anemia es del 16.6%. Es más frecuente en el norte del país, y las niñas, aún en esta edad tan temprana, tienen ligeramente mayor prevalencia de anemia que los niños (véase gráfica 6).

Para entender mejor el significado de la desnutrición, se han llevado a cabo intervenciones nutricias y estudia- sus impactos a corto y largo plazo. Como un ejemplo cercano están los datos de la intervención de Guatemala mencionada en la sección de métodos. En esta hemos observado que la talla de los niños de tres años es mayor cuando recibieron un suplemento alimenticio desde los 6 meses de vida (una bebida con energía) que cuando

Gráfica 10. Relación entre desmedro durante la niñez y peso al nacer en la siguiente generación*



* Ajustado por medidas repetidas, edad, nivel socioeconómico, sexo, edad gestacional ($n = 446$). $a: p < 0.05$; $b: 0.05 < p < 0.10$

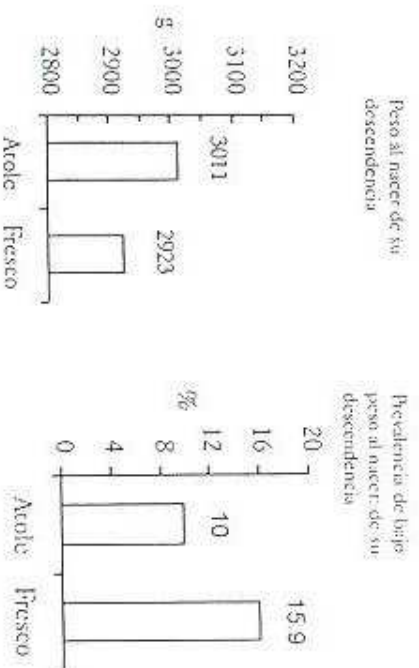
no lo hicieron. Incluso a estas edades tan tempranas, hay diferencias biológicamente importantes en talla, e incluso ligeramente mayor el impacto en las niñas que en los niños (véase gráfica 7).

Estos niños suplementados durante su niñez, fueron reevaluados en su madurez temprana y se observó que el impacto positivo de la suplementación en su desempeño intelectual (medido por pruebas de cálculo matemático o de lectura) persistía. No se observaron diferencias por género en estos beneficios de la intervención (véase gráficas 8 y 9).

La prevalencia de desmedro a los tres años de edad al inicio del estudio (1969) era muy similar en las comunidades que recibieron arole o fresco. El porcentaje de niños con retardo en talla se mantuvo sin cambios importantes en las comunidades no suplementadas, mientras que se redujo a menos de la mitad en las comunidades suplementadas.

Los beneficios de una mejor alimentación durante la infancia se perpe-

Gráfica 11. Relación entre tipo de suplemento consumido durante el embarazo (ajole o fresco) y/o la niñez (G₁) y el peso al nacer (de su descendencia, Guatemala)¹



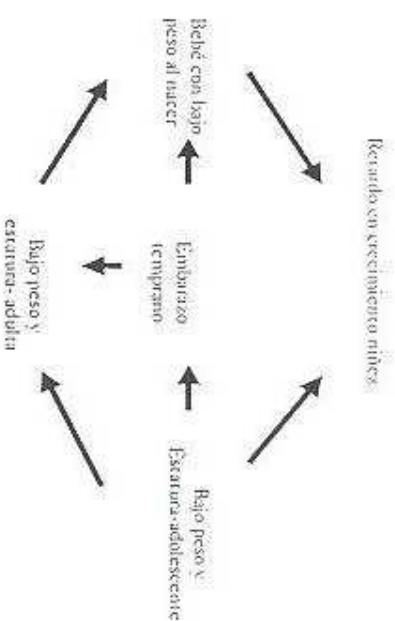
1. Ajustado por edad materna, edad gestacional, sexo y medidas repetidas. $n=613$; * $p < 0.05$

rúan en la próxima generación. Observamos que la suplementación mejoró la talla de los niños. Las niñas con mejores tallas tuvieron ya de adultas, hijos con mayores pesos al nacer (véase Gráficas 10-12).

Discusión

La desnutrición temprana, la anemia y la obesidad son problemas de salud pública en México. Lo sufren especialmente los menores de 5 años. La etapa más grave es entre 1 y 2 años de edad, cuando el desmedro (22%) y la

Gráfica 12. Ciclo intergeneracional de retardo en el crecimiento*



* ACC/SCN Segundo Reporte World Nutrition Situation, volumen 1, 1992

anemia (49%) afecta una gran proporción de los niños de nuestro país. El problema es mucho más grave en medio rural. La información disponible no indica que haya una preferencia por los niños. Incluso, en algunas etapas de la vida las niñas tienen ligeramente mejores condiciones que los niños.

La importancia de la información de la Encuesta Nacional de Nutrición II nos indica que, aun cuando no haya diferencias por género, los problemas de desnutrición son alarmantes.

El drama de la desnutrición es doble: se sufre durante el proceso mismo cuando se está dando la desnutrición, y tiene consecuencias a largo plazo. Las consecuencias radican en una menor inversión en capital humano, y además, perpetúan el ciclo vicioso de la desnutrición. Los resultados de estudios en Guatemala, realizados en el transcurso de dos generaciones nos indican que las inversiones en el estado nutricional y de salud en las niñas

tiene implicaciones importantes, no solamente para la misma niña, sino también para las futuras generaciones.

Notas

- 1 Norte incluye los estados de: Baja California Norte, Baja California Sur, Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León, Sonora, Tamaulipas, Centro: Aguascalientes, Colima, Guanajuato, Jalisco, México (excluyendo municipios y localidades conurbadas a Cd. de México), Michoacán, Morelos, Nayarit, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Zacatecas, Hidalgo, Tlaxcala, Sur, Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz, Yucatán, *Col. de México*: Distrito Federal y localidades conurbadas del Estado de México.

Bibliografía

- 1 Joanne Leslie. *Women's nutrition: The key to improve family health in developing countries*. Health Policy and Planning 1991. Oxford University Press 6:1-19.
- 2 Uribe G, Ramírez JL, Romero LG, Gutiérrez NC. "El trabajo femenino y la salud de cuatro grupos de mujeres en Guadalajara México". *Boletín de Salud Panamá* 1991;11:101-110.
- 3 Ríos R, Gómez E. *Las Mujeres en la salud y el desarrollo: Un enfoque intersectorial*. III Reunión Internacional sobre atención Primaria en Salud, 1991; La Habana, Cuba.
- 4 Picciano Mary Frances. *Pregnancy and Lactation: In Person Knowledge in Nutrition*. 7th Edition. Edited by Ziegler Ekhard J. and Filler L.J. Jr. H.S.I Press, Washington, D.C. 1996;384-395.
- 5 Kramer MS. "Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis". *Bull WHO* 1987;65:663-737.
- 6 Ashworth A. "Effects of intrauterine growth retardation on mortality and morbidity in infants and young children". *Eur J Clin Nutr* 1998; 52: Suppl 1: S34-41; discussion S41-42.

and morbidity in infants and young children". *Eur J Clin Nutr* 1998; 52: Suppl 1: S34-41; discussion S41-42.

- 7 Rivera J, Flores NL, Martorell R, Ramakrishnan U, Melgar P. "Generational effects supplementary feeding during early childhood". En: Battaglia, editor. *Maternal and extramatern nutritional factors. Their influence on fetal growth*. 1996; Madrid: Ergon.
- 8 Krasovec K, Anderson MA, eds. *Maternal nutrition and pregnancy outcomes*. PAHO Scientific Publication No. 529, Washington DC, 1991.
- 9 Preziosi P, Pual A, Galan P, Daouda H, Boueina H, Hertzberg S. "Effect of iron supplementation on the iron status of pregnant women: consequences for newborns". *Am J Clin Nutr* 1997; 66:1178-82.
- 10 Harahap H, Jahari AB, Husaini MA, Saco-Pollitt C, Pollitt E. "Effects of an energy and micronutrient supplement on iron deficiency anemia, physical activity and motor and mental development in undernourished children in Indonesia". *Eur J Clin Nutr* 2000;54:Suppl 2 (2):S114-9.
- 11 Pollitt E. "Early iron deficiency anemia and later mental retardation". *Am J Clin Nutr* 1999; 69 (1): 115-9.
- 12 Pollitt E, Watkins WE, Husaini MA. "Three-month nutritional supplementation in Indonesian infants and toddlers benefits memory function 8 years later". *Am J Clin Nutr* 1997;66 (6):1357-63.
- 13 Czeizel AE. "Primary prevention of neural-tube defects and some other major congenital abnormalities: recommendations for appropriate use of folic acid during pregnancy". *Pediatric Drugs* 2000;2(6):437-49.
- 14 García B. «Dinámica familiar, pobreza y calidad de vida: una perspectiva mexicana y latinoamericana». En: *Familias y Relaciones de Género. Cambios trascendentales en América Latina y el Caribe en Transformación*. Population Council, 1998; Nueva York.
- 15 Mathews TJ, Curtin SC, MacDorman MF. "Infant mortality statistics from the 1998 period linked birth/infant death data set". *Natl Vital Stat Rep* 2000;48 (12):1-25.
- 16 Ramakrishnan U, Martorell R, Schroeder DG, Flores R. "Intergene-

17. Scheraga H, Rivara JA, Ruel MT, Habicht JP. "Age effects on linear growth". *J of Nutr* 1999; 129(2): 544-549.
18. WHO. "Physical Status: The use and interpretation of anthropometry". *Technical Report Series* 854. Geneva, 1993.