



Papel de los Programas Gubernamentales de Suplementación

Alejandro Rodríguez – Colombia

Presidente del AWG Colombia

Gineco-obstetra

Asesor de la Secretaría de Salud de Bogotá

Cuando se miran los datos sobre mortalidad materna y perinatal, queda uno abismado del papel que ejerce la nutrición sobre las muertes. Realmente pienso que el abordaje en este momento es más social, desde el punto de vista de políticas para que se haga una suplementación adecuada. En lo que compete a mortalidad materna, hay cifras tan alarmantes en el Chocó, en donde hay 498 muertes maternas por cada bebé nacido y si comparamos esta cifra con los países en desarrollo que son 7, estamos hablando de una cifra abismal ¡del 20.000%!

Si vemos las cifras de mortalidad, sabemos que la hemorragia postparto se ha incrementado en el país más o menos tenemos un 30%, siendo casi equivalente a la hipertensión inducida por el embarazo, la preclampsia y sus complicaciones. Pero si tomamos lo que compete a sepsis, hemorragia postparto y toxemia, la hemorragia postparto siempre está presente en una proporción cercana a una tercera parte.

En cuanto al mejoramiento de la salud sexual y reproductiva me he preguntado: ¿realmente están aportando algo nuestros programas gubernamentales? ¿Sí tienen realmente nuestras pacientes fácil acceso a los métodos de planificación? ¿Es fácil que usted vaya a una EPS y le den anticonceptivos? ¿Se justifica que una paciente tenga que desplazarse en 3, 4 buses para que le den una cajita que vale \$8.000? Esto va a aportar muertes y sobre todo morbilidad sabiendo que el período intergenésico en nuestra población es cercano al año.

A comienzos de la década los 90, 13% de la población de América Latina y el Caribe se encontraba en estado de desnutrición y para el año 2015 esperamos 40 millones de habitantes desnutridos. En el informe Mundial de Desarrollo Humano del 2004, la indigencia en Colombia pasó del 21% al 26% aunque una cifra de hace unos 15 días dice que estamos en indigencia en el 20%, lo raro es que la pobreza es del 53% después del 46% y dicen que la pobreza ha caído a menos, pero así mismo la indigencia aumentó.

Entonces, me hago una pregunta: ¿será que las cifras si competen al 46% de pobreza? O ¿tendremos una pobreza, como vamos a ver en los datos de la Procuraduría, que muestran el 65%? ¿A qué equivale esto? La mitad de la población colombiana, prácticamente es pobre, 7.9 millones son indigentes, ¿en qué se mide esto? en la desigualdad. Cuando tengo cero quiero decir que todos tenemos las mismas

condiciones, pero cuando sobrepaso esto y lo llevo a 0.59 se dice que hay una desigualdad absoluta. Según el dato de la Contraloría General de la República, 64.2% de la población se encuentra bajo línea de pobreza, la indigencia ha aumentado.

Conclusión: 2 de cada 3 colombianos no pueden atender sus necesidades básicas en tanto que 1 de cada 3 personas pasa hambre en Colombia. Como siempre, Colombia se ha convertido en uno de los países que más tiene desigualdad, en el mundo ocupa el noveno lugar, en América Latina el segundo.

La malnutrición directa o indirecta, se asocia con el 50% de la mortalidad infantil mundial y la causa de enfermedades conexas en temprana edad causa retrasos en el crecimiento y está estrechamente asociada con el desarrollo mental y físico defectuoso. Si vamos a lo que nos compete a nosotros como obstetras, la malnutrición materna alcanza el 50% de las mujeres gestantes, 33% en el caso de las adolescentes embarazadas, pero si vemos las cifras de Colombia, el año pasado teníamos 22.5% de mujeres adolescentes embarazadas. En zonas como el Vichada, el 50% son madres adolescentes, se presenta bajo peso en el 21%, sobrepeso en el 23% y obesidad en el 7%.

Cuando vemos muerte materna, asociación con la obesidad: ¿qué se hizo para estudiar al enfermo? ¿pedimos un perfil lipídico? ¿solicitamos paraclínicos para saber si esa mujer tenía enfermedades conexas? Si apreciamos que el 33% de las mujeres en edad fértil están afectadas por anemia, cuando terminan el embarazo podríamos prácticamente deducir que 1 de cada 2 mujeres al finalizar la gestación terminará anémica.

A nivel global, ¿qué se espera de la situación materna e infantil? La malnutrición del niño y la lactancia materna subóptima son responsables del 35% de las muertes de los menores de 5 años y si se suman las muertes maternas relacionadas con anemia durante el embarazo, es cerca del 11% de cada enfermedad. De acuerdo con el ICBF, el 41% de los hogares colombianos padece inseguridad alimentaria y la más triste de estas cifras es que hay 40.000 casos de muerte por hambre en Colombia.

De igual manera, la probable forma de desnutrición en los niños se presenta en el 7% en esta edad, los niños y niñas menores de 5 años se encuentran desnutridos, el 64% de nuestros colombianos tienen deficiencias energéticas y el 36% proteicas; esto para no hablar del hambre oculta, la deficiencia de micronutrientes:

33% de los menores de cinco años con anemia

23% con deficiencia de Vitamina C

32% con deficiencia de Vitamina A

63% con deficiencia de Zinc

86% con deficiencia de Calcio

Cuando hacemos tamizaje en nuestras gestantes acaso preguntamos: ¿cuántos vasos de leche puede consumir en el día? No más de un vaso al día. La dimensión de esta problemática es peor en nuestra población desplazada. Las cifras que tiene en este momento la Presidencia de la República son abismales: 3 millones de desplazados en Colombia, millón y medio de mujeres que son las más vulneradas, las que son violadas, las que llegan a las grandes ciudades cuando no pueden acceder fácilmente a un servicio de salud y asisten a un hospital con un parto complicado. Esto representa que el 87% de esta población malvive en inseguridad alimentaria.

La desnutrición crónica en la población rural menor de cinco años se duplica y únicamente el 47% de los niños menores de 6 años recibe lactancia exclusiva, pregunto: ¿qué está sucediendo en los hospitales universitarios, en los hospitales públicos y en los hospitales privados? ¿Estamos haciendo realmente una asesoría en lactancia? Apenas el 46% de las madres dicen que recibieron algún grado de instrucción sobre lactancia materna. En Colombia para 860.000 partos más o menos el año pasado, la mitad de pacientes estaban anémicas; 430.000 mujeres son anémicas en este momento en Colombia después de su gestación.

¿Qué pasa con los escenarios colombianos en cuanto a políticas?

Hay una sociedad civil presente en este momento en una campaña llamada “Colombia sin pobreza”, que busca hacer cumplir los Objetivos del Milenio. La lucha de estos logros es una oportunidad para replantear el Debate Político Nacional porque la pobreza, el hambre y las desigualdades han aumentado: ¿qué se ha ganado la agenda política y está demostrado políticamente el tema de la reinserción, si es que Uribe será otra vez presidente? El tema del conflicto y todo se ha desviado pero el tema de seguridad alimentaria ¿a dónde estará?

No existe un plan de eliminación de la pobreza y el hambre como tal, y ha estado desde hace 40 años en un conflicto armado que no ha tenido solución, lo único que pudiera solucionar en Colombia esto es una seguridad alimentaria con condiciones adecuadas de vida. Si vemos, la coordinación nacional lleva hablando de esto hace cinco años sin cambios tangibles.

¿Qué se ha manejado también en la industria privada?

Alimentos funcionales, alimentos que perfectamente pueden empezar a cambiar todos los entornos de la enfermedad y en esto deberían estar implicados centros universitarios y de investigación, precisamente para crear normatividades que permitan en un momento tener una política regulatoria de los mismos.

Me llamó mucho la atención la búsqueda de cultivos biofortificados para abordar la inseguridad alimentaria y nutricional en Colombia. ¿Qué se espera con esto? Mejorar la seguridad alimentaria y mejorar la seguridad nutricional. Con cinco cultivos uno pudiera

impactar del 12% al 48% el perfil nutricional de nuestra población con candidatos tan sencillos como el arroz, el fríjol, la batata, el maíz y la yuca.

El Observatorio para seguridad alimentaria y nutricional de la Universidad Nacional, está ayudando en este momento para mejorar la alimentación de los colombianos. ¿Qué paso el año pasado? Hubo un alza sin precedentes en los precios de los integrales; el trigo, por ejemplo, registró 130%, el arroz el 74%, la soya aumentó el 87% y el maíz el 52% y ustedes saben que hubo un alto consumo en la gasolina y el mundo empezó a padecer más hambre. Esto tiene unas implicaciones en las políticas a nivel nacional, por ejemplo, de producción e importación de cereales, desde el año 1993 estamos importando cereales, siendo que Colombia era antes un alto productor de cereales.

Cuando hablamos en los comités, el señalamiento hacia la salud es constante: "...este médico no le dijo a la paciente", "...es que usted tampoco me dio la suplementación", pero pienso que en este momento la responsabilidad también es del Estado y de otros entes para que realmente se puedan dar estos programas.

¿Qué ha pasado con la Resolución 412? Solamente miremos la última: sulfato ferroso, las otras están muy bien preponderadas, donde dice 4; lean la última frase: "...deberá suministrarse cuando esté indicado como parte de su tratamiento en mujeres gestantes con diagnóstico de anemia". Pregunto: ¿si yo estoy en Bogotá y estamos tomando niveles de hemoglobina igual que la OMS, realmente es 11? o ¿En Bogotá podrían empezar a manejar 13 de hemoglobina y de ahí para abajo consideramos a las mujeres bogotanas anémicas? Yo pienso que ese es el punto de corte, ahí deberíamos empezar a hacer diferenciación; una guía de manejo debería decir aquí: "Cuando usted tenga altura de cero y tenga hemoglobina en 11 con ferritina de 36 y cuando usted esté en Bogotá y tenga un hematocrito de 34 con hemoglobina de 11 y ferritina menor de 20, empiece a hacer la suplementación". Esto no lo dice la guía, es muy abierto.

¿Qué ha pasado con el programa de fortificación obligatoria de la harina? Vemos que el hierro está ahí pero hemos hablado con el Instituto Nacional de Salud, ¿realmente sí se está cumpliendo con esos requerimientos por parte de la industria harinera? ¿Realmente el hierro que está colocando es el que sí se va a absorber en forma adecuada? ¿Será que están poniendo aminoquelado o están poniendo otro tipo de hierro?

¿Quiénes están en la Política de SAN? Todos los ministerios, Agencias de Naciones Unidas como el Programa Mundial de Alimentos, la OPS, Unicef, organizaciones internacionales.

En Acción Social de la Presidencia hay otro programa que se llama PROSEAN, es un proyecto de cooperación internacional entre la Agencia Presidencial de la Acción Social y la Cooperación Internacional y la Organización de la Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), cuyo objeto es el fortalecimiento de la seguridad

alimentaria y nutricional para Colombia. Hay otra red que se llama Red Juntos, se articula con el proyecto PROSEAN en todo el territorio nacional.

Colombia firmó la iniciativa de América Latina que empezó hacer Brasil y Guatemala y está secretariada por la FAO con apoyo de la AECI; promueve erradicar el hambre e incentivar la conciencia social sobre el Derecho Humano a la Alimentación en América Latina y el Caribe.

La OPS también desde el año 2007 se ha vinculado a los programas de salud y vemos cómo las recomendaciones vuelven a ser las mismas: fortificación obligatoria de la harina, trigo y leche, ligadura oportuna del cordón umbilical. Pregunto a los asistentes y a los que han atendido partos: ¿en qué momento se liga el cordón? ¿Inmediatamente, 30 segundos, 1 minuto o cuando deja de latir? ¡Cuando deja de latir! ¿Qué permite esto? que el bebé tenga 55 ml más de sangre.

¿Qué podemos hacer para disminuir la hemorragia postparto? Utilizar la oxitocina cuando nace el hombro anterior, eso es lo indicado, con eso logramos una disminución de la tercera parte de la hemorragia en el postparto y estamos haciendo algo proactivo para que las mujeres anémicas *per se* no se anemicen más.

Entonces, refocalizar la entrega de Bienestarina, que solamente se la entreguen a los niños. Pero mirando también nuestra población de gestantes, realmente es aterrador que una mujer recicladora en Bogotá, solamente desayune y logre comer harinas por la noche y se encuentra en la semana 36, ¿es justo? ¿Es justo también que nuestros reinsertados reciban \$800.000? ¿Es justo que una mujer en Bogotá reciba solamente un bono de \$120.000? Esas son las grandes falencias del sistema.

¿Qué más se hizo para disminuir la hemorragia y la muerte? El plan de choque de mortalidad materna. El plan de choque debería haber dado luz verde para todas las mujeres embarazadas en Colombia; si una mujer está embarazada puede entrar al Hospital de Kennedy sin ningún problema; pero, ¿qué pasa con nuestra seguridad? el carnet que porta es el primer freno que le ponen porque no tenemos en este momento ningún contrato con ella, entonces ¡se fregó china! Tiene que irse para otro lado, cuando debería ser de puertas abiertas y eso sí es un plan de choque.

Medellín también ha trabajado y vemos: “si me alimento bien, aprendo mejor”. Tienen un problema muy similar al de Bogotá, Colciencias también está vinculada a este programa, hay un programa de ciencias, tecnologías e innovación agropecuarias.

La tierra tiene 6.000 millones de habitantes y genera productos alimenticios para 12.000 millones de personas, lo que demuestra que el problema no es de producción sino de condiciones de pobreza extrema que impiden el acceso a los productos. La alimentación tiene relación directa con el derecho máspreciado, el de la vida, por eso no puede estar sujeta a los intereses económicos y políticos.

“Siembra un pensamiento y cosecharás un acto, siembra un acto y cosecharás un hábito, siembra un hábito y cosecharás una costumbre, siembra una costumbre y cosecharás un derecho”.