

Pobreza, desnutrición infantil y morbilidad en familias del área urbana del Gran la Plata, Buenos Aires

Susana Ortale, María A. Rodrigo

RESUMEN. El propósito de este trabajo es obtener información relativa a la asociación entre desnutrición infantil de causa primaria y morbilidad en el contexto local, para lo cual se comparan dos muestras de 50 familias cada una, de nivel socioeconómico bajo del ámbito urbano del Gran La Plata: una con niños desnutridos (FD) y otra con niños eutróficos (FE). Se identifican los factores sociodemográficos, ocupacionales y de vivienda que las diferencian, encontrándose una fuerte asociación entre la desnutrición primaria y el aumento de morbi-mortalidad en los niños. Los resultados obtenidos evidencian el alto costo social y económico cuando no se implementan los programas de prevención y detección precoz que esta problemática amerita.

Palabras clave: Pobreza, desnutrición infantil, morbilidad.

SUMMARY. Poverty, child malnutrition and morbidity in urban area families from Gran La Plata, Buenos Aires. A comparative study was carried out over two samples of 50 families each. Both groups belong to the low income social level from Gran La Plata. One of the groups was made up of families in which at least one child suffer malnutrition. The other group of families did not present children under malnutrition conditions. Differences sociodemographic, economic and environmental factors are identified. At the same time, a strong link between primary malnutrition and an increase in children morbidity and mortality was found. The results obtained demonstrate that the lack of programmes that these cases deserve, have a high social and economic cost, as malnutrition treatment demand a higher budget than its prevention.

Keys words: Poverty, child malnutrition, morbidity.

INTRODUCCION

En la población infantil, el déficit del consumo alimentario se expresa en términos biológicos a través de tres parámetros.

1. Retardo y/o disminución del crecimiento y desarrollo somático.
2. Aumento de la morbilidad.
3. Aumento de la mortalidad.

Una caracterización general de la desnutrición infantil primaria (1), reconoce que:

- Desde el punto de vista epidemiológico prevalece en países y/o sectores pobres.
- Incide en los individuos biológicamente mas vulnerables: niños entre 0 y 5 años.
- Presenta una fuerte asociación con el aumento de las tasas de morbimortalidad.
- Su diagnóstico es rápido y técnicamente sencillo.
- Su prevención y tratamiento precoz, eficaz y barato.
- Su erradicación o disminución aumenta la esperanza y calidad de vida.

De lo que se desprende que las actividades necesarias para su focalización preventiva, diagnóstica o terapéutica arrojan una favorable relación costo/beneficio en todos los sentidos que este concepto incluye.

Se halla recurrentemente aceptado en la bibliografía sobre el tema que los índices de desnutrición en población infantil constituyen un indicador sensible de la situación social del país. No obstante, los índices son valores promedio

que nivelan situaciones que en la realidad pueden ser diferentes respecto a atributos específicos tales como niveles de ingreso, ocupación, educación, etc. Desde este enfoque, es posible observar e interpretar los hechos biológicos individuales en términos de un referente colectivo: el de su clase o sector de pertenencia.

Si bien la desnutrición calórico-proteica de causa primaria se inscribe en forma casi exclusiva en aquellos sectores sociales que sufren las mayores deprivaciones de bienestar y servicios indispensables para la preservación de la vida, ésto no implica aceptar una determinación absoluta relacionando en forma directa y causal la inserción de un grupo social en el aparato productivo con la existencia -en este caso particular- de desnutrición. Se reconoce la relevancia que adquieren un conjunto de condiciones, algunas de las cuales serán analizadas.

La pobreza no constituye una situación homogénea, siendo sus efectos múltiples pero a su vez diferenciales de acuerdo a cada problemática específica (educación, salud, trabajo, alimentación) y en función de características individuales relacionadas al género, edad, etc. En ese sentido, se consideraron en este estudio aquellos factores sociodemográficos, ocupacionales y de vivienda que, en términos relativos, sirvieran para distinguir -dentro de la pobreza- a las familias con niños desnutridos (FD) respecto de aquellas con niños eutróficos (FE), a fin de ser tenidos en cuenta en la planificación de los programas socio-sanitarios.

A nivel de la Provincia de Buenos Aires no existen datos epidemiológicos que permitan identificar la situación

nutricional de la población materno infantil y preescolar.

La información disponible suministrada por indicadores antropométricos provenientes de estudios puntuales y/o discontinuos no probabilísticos, han sido realizados mayoritariamente en individuos que demandan asistencia, hecho que impide generalizar los resultados y trazar tendencias. No obstante estas limitaciones, algunos estudios reflejan la magnitud y las características de los problemas nutricionales en población infantil (2-4).

Diversos estudios indagan la interacción entre desnutrición y enfermedades infecciosas señalando la gran vulnerabilidad y los débiles mecanismos de inmunidad de un organismo desnutrido ante una infección lo que produce en el enfermo una respuesta a la agresión cualitativamente distinta: de una enfermedad de curso subclínico a una enfermedad con manifestaciones clínicas, y, en el caso extremo, una muerte en lugar de una recuperación (5,6).

Según Puffer y Serrano, la desnutrición está asociada al 61% de las muertes por infecciones intestinales y respiratorias y al 33% en las demás causas. Existe una relación directa entre la severidad de la desnutrición y la mortalidad en menores de 5 años, relación particularmente acentuada hasta el segundo año de vida (7).

Informes del Banco Mundial ilustran la pronunciada disminución de la mortalidad en la niñez al mejorar el nivel de nutrición (Gráfico 1).

Así mismo, y en base a datos suministrados por dicho organismo, es fácil determinar cuales son los problemas de salud de los niños menores de cinco años que merecen prioridad. Hay nueve entidades identificadas, que van desde las infecciones agudas de las vías respiratorias hasta la deficiencia de yodo, que son causa de no menos del 80% de la mala salud de los niños pequeños. Ocho de ellas, entre las cuales se encuentra la desnutrición, pueden ser tratadas mediante intervenciones que cuestan menos de \$ 100 por AVAD¹ ganado (8).

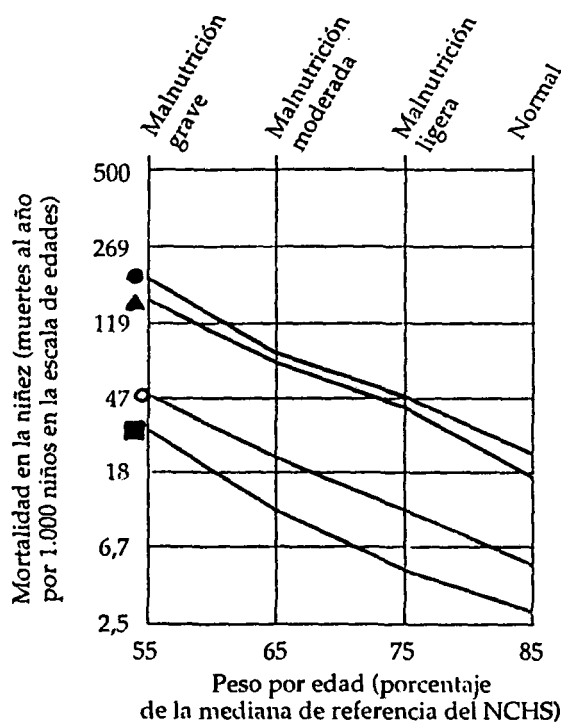
Trabajos realizados en nuestro país (9) señalan que existe una importante asociación entre el valor de la tasa de mortalidad infantil y la tasa de mortalidad infantil por desnutrición, siendo el coeficiente de correlación de 0.88.

La desnutrición -excepto en grados extremos- no provoca muertes sino a través de enfermedades infecciosas y parasitarias que se benefician de ella. "La desnutrición mata hasta los dos años, luego se arrastra" (10). Sus huellas se observan en las consecuencias que se continúan de por vida con los daños ya conocidos: alteraciones del crecimiento somático respecto a parámetros normales, alteraciones en el desarrollo madurativo,

etc. Las cifras encontradas en estudios poblacionales llevados a cabo recientemente en distintos conglomerados urbanos del país constatan la intensa correlación entre variables de crecimiento e indicadores sociales y de salud (4).

GRAFICO 1

Mortalidad en la niñez (en escalas de edades específicas) y peso por edad en Bangladesh, India, Papúa Nueva Guinea y Tanzania



- — Tanzania, 6-30 meses
- ▲ — Papua Nueva Guinea, 6-30 meses
- — Matlab (Bangladesh), 12-59 meses
- — Punjab (India), 12-36 meses

Nota: NCHS= National Center for Health Statistics, de EE.UU. El eje vertical muestra la tasa de mortalidad en la niñez (TMN) en forma de cociente lods, logaritmo $[TMN/(1.000-TMN)]$. Así, en el caso de un niño de Punjab que pese un 60% de la mediana de referencia, la probabilidad de morir entre los 12 y los 36 meses de edad es de 18 por 1.000. Fuente: Pelletier, 1991.

Fuente: Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993, Banco Mundial 1993.

OBJETIVOS

- Identificar los factores sociodemográficos, ocupacionales y ambientales de las familias que, dentro del contexto de pobreza de nuestro medio, se vinculan con la presencia de desnutrición infantil.

¹ El AVAD es la unidad utilizada para medir la carga global de la morbilidad y la eficacia de las intervenciones sanitarias, indicada ésta última por reducciones de la carga de la morbilidad. Se calcula como el valor actualizado de los años futuros de vida exenta de discapacidad, que se pierden en un año dado a consecuencias de muertes prematuras o casos de discapacidad.

- Establecer la asociación entre el estado nutricional de los niños menores de tres años y el aumento de la morbilidad.

MATERIAL Y METODOS

Se trata de un estudio comparativo-transversal entre dos muestras de 50 familias cada una pertenecientes al nivel socioeconómico bajo: una con algún niño desnutrido y la otra con la totalidad de los niños eutróficos.

Se considera a la familia como unidad de análisis porque es en ella en la cual, ya sea en forma directa o como mediadora, se constituyen y operan algunos de los principales determinantes de la morbilidad y de la mortalidad, en particular en los menores de cinco años (11). Dentro de la familia, la división sexual del trabajo en nuestra sociedad establece que es la mujer/madre, la encargada de generar el mayor número de actividades específicas ligadas al proceso de atención a la salud/enfermedad/nutrición. Por eso ella constituye, conjuntamente con el personal médico, la principal fuente de información.

Selección de muestras

a) Familia con niños desnutridos (FD)

- Tamaño: 50 familias con niños distróficos.
- Tipo de desnutrición: primaria.
- Edad: entre 0 y 3 años.
- Nivel socioeconómico: bajo
- Localización: Gran La Plata (no más de 20 km de la planta urbana)

La identificación de FD se realizó dentro del conjunto de pacientes ambulatorios que son atendidos en la Unidad de Rehabilitación Nutricional del Hospital Interzonal de Agudos especializado en Pediatría de La Plata (URN).

b) Familia con niños eutróficos (FE)

- Tamaño: 50 familias
- Edad de los hijos: con algunos de ellos menores de tres años.
- Estado nutricional: la totalidad de los niños eutróficos en todo el desarrollo del ciclo vital.
- Nivel socioeconómico: bajo
- Localización: Gran La Plata (no más de 20 km de la planta urbana)

La detención de este grupo se realizó en Unidades Sanitarias con la colaboración de los pediatras de las mismas. Se incluyeron sólo aquellas familias cuyos niños tuviesen -hasta los 5 años de edad- los controles necesarios para determinar su normal crecimiento.

Los datos fueron cotejados con aquellos que informaban las libretas sanitarias solicitadas a las madres en su domicilio.

Instrumento

- Para la determinación del estado nutricional de los niños se utilizaron los indicadores Peso/Edad (según la clasifi-

cación de Gómez modificada) y Talla/Edad (estableciendo como punto de corte el percentil 3). Se emplearon las gráficas de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, aceptadas por la Sociedad Argentina de Pediatría como estándares nacionales.

- Se utilizó el Índice Específico para medir Nivel Socioeconómico bajo en familias con lactante desnutrido residentes en zonas urbanas, creado y utilizado por la Corporación para la Nutrición Infantil y el Instituto Nacional de Tecnología Alimentaria (Santiago de Chile) (12), parcialmente modificado y adaptado a nuestro contexto local.

El objetivo de la aplicación de este instrumento a ambos grupos fue la de homogeneizar a las mismas respecto del nivel socioeconómico e identificar aquellas variables que se mostrarán más discriminantes.

Las variables consideradas en el Índice específico modificado son:

- Tamaño de la familia (número de personas que comen y duermen)
- Abandono del padre
- Nivel de escolaridad del padre y la madre
- Actividad del jefe del hogar
- Sector de ocupación del jefe del hogar (seguridad social)
- Actividad de la cónyuge
- Tasa de dependencia (relación consumidores/productores)
- Tenencia de la vivienda
- Hacinamiento
- Abastecimiento de agua
- Disposición de excretas
- Recolección de basura
- Cuarto de cocina independiente
- Equipamiento del hogar

El puntaje asignado a cada variable fluctúa entre 0 y 4 puntos obteniéndose un puntaje máximo de 60 (15 variables x 4 puntos=60)

Este índice distingue tres subcategorías dentro del nivel socioeconómico bajo que son las siguientes:

Nivel I: Menos de 30 puntos: Bajo-Bajo

Nivel II: De 30 a 44 puntos: Bajo-Medio

Nivel III: De 45 a 60 puntos: Bajo-Alto

En función de ello, el instrumento sirve para observar si existe o no correspondencia entre ambos grupos respecto de los sub-niveles que reconoce.

La técnica de recolección empleada para relevar estos datos consistió en una encuesta cerrada aplicada en los domicilios.

Criterio para delimitar morbilidad

El criterio empleado para establecer la prevalencia de

morbilidad en la población infantil de las familias se basa en la presencia de casos de internación por infecciones broncopulmonares, gastrointestinales e infectocontagiosas.

Para ambas muestras, los datos se obtuvieron primariamente de la información suministrada por la madre.

Se procedió posteriormente a cotejarla con aquella asentada en las historias clínicas, libretas sanitarias y con los informes médicos de todos los servicios de salud que hubieran asistido a los niños, a fin de reconstruir su historia sanitaria de la manera más detallada posible.

Por medio de una encuesta semiestructurada se indagó, para todos los hijos de ambas muestras:

- Existencia de internaciones previas por las patologías ya mencionadas.
- Edad de internación.
- Frecuencia (número de veces).

Se destaca que para el caso de los niños de FD, las evaluaciones antropométricas registradas en los servicios de salud y en las libretas sanitarias evidencian una detención del crecimiento, con un grado de desnutrición leve o moderada - a partir de los tres meses- con anterioridad a la internación.

El análisis estadístico, realizado por medio del test de chi cuadrado para tendencia lineal, consideró una asociación significativa con un valor de $p < 0.05$. Se estableció el análisis por medio de la relación simple de variables.

RESULTADOS

De la medición del nivel socioeconómico bajo

Los resultados arrojan en término promedio, un valor de 38.5 puntos para FE y 33.7 para FD, distribuyéndose las muestras en los tres subniveles de la siguiente manera: (Tabla 1)

TABLA 1

Familias con hijos eutróficos (FE) y con hijos desnutridos (FD) según subniveles dentro del índice específico para medir nivel socioeconómico bajo

Subniveles	FE		FD		Total
	n	%	n	%	
Bajo-bajo	4	8	15	30	19
Bajo-medio	37	74	34	68	71
Bajo-alto	9	18	1	2	10
Total	50	100	50	100	100

Fuente: Encuesta socioeconómica, familias pobres urbanas del Gran La Plata, 1994.

Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires (CIC-PBA)

$p: 0.0015$

La diferencia encontrada entre ambas, es estadísticamente significativa, siendo las variables que internamente discriminan a ambos grupos:

	FD	FE
Promedio de miembros por familia	7.2	5.5
Padre con primaria incompleta y/o analfabeto	42%	26%
Madre con primaria incompleta y/o analfabeta	58%	20%
Trabajo formal del jefe	38%	52%
Hacinamiento (mas de 5 personas por cuarto)	52%	32%
Provisión de agua por red	30%	80% (un 48% interna)

Cabe destacar que las FE -quienes presentan un mayor puntaje relativo- no superan los 50 puntos.

El tipo de familia es nuclear (pareja más hijos) en los mismos porcentajes en ambos grupos: 78%. La distribución por edad en ellos es similar y característica de los sectores pobres, presentando una elevada proporción de población infantil: el 53% de los miembros en FE y el 55% en FD tienen edades iguales o inferiores a los 9 años.

De la vinculación estado nutricional-morbilidad

El estudio comparativo realizado permite establecer la asociación entre la desnutrición y el aumento de enfermedades (infecciones gastrointestinales, broncopulmonares e infectocontagiosas) que requirieron internación.

a) La mitad de las FD presenta dos o más hijos desnutridos: el asistido en la URN en el momento del estudio y algún/os hermano/a en períodos anteriores.

Del total de hijos de FD (N=240), un 40% resulta afectado por episodios de desnutrición.

Respecto a los niños de la FD asistidos en la URN, el tipo de desnutrición de acuerdo al indicador peso/edad fue de grado I en el 29%, grado II en el 52% y grado III en el 19%.

Se trata de niños con peso al nacimiento superior a los 2.500 gr en el 85% de los casos, que muestran injurias en su crecimiento mayoritariamente entre los 3 y 18 meses.

Un 82% de las FD presenta casos de internación por las causas citadas (Tabla 2).

TABLA 2

Presencia de niños internados en FE y FD

Casos de internación	FE		FD		Total
	n	%	n	%	
Si	14	28	41	82	55
No	36	72	9	18	45
Total	50	100	50	100	100

Fuente: Unidad de Rehabilitación Nutricional del Hospital Interzonal de Agudos especializado en Pediatría de La Plata; estudio realizado para la CIC-PBA, 1994.

$p=0.0000$

De ellas, más de la mitad registra dos o más hijos internados (Tabla 3)

TABLA 3
Número de hijos internados en FE y FD

Número de hijos internados	FE		FD		Total	
	n	%	n	%	N	%
1	13	93	17	41,5	30	54,5
2	1	7	12	29,3	13	23,6
3	0	0	5	12,2	5	9,1
Más de 3	0	0	7	16,9	7	12,7
Total	14	100	41	100	55	100

Fuente: Unidad de Rehabilitación Nutricional del Hospital Interzonal de Agudos especializado en Pediatría de La Plata; estudio realizado para la CIC-PBA, 1994.
p=0.0101

Cabe aclarar que, en el seno de las familias, el niño desnutrido corresponde en el 76% de los casos con aquel internado (Tabla 4).

TABLA 4
Asociación entre casos de desnutrición e internación en FD

	Hijos desnutridos		Hijos no desnutridos		Total	
	n	%	n	%	N	%
Internados	73	76	20	14	93	39
No internados	23	24	124	86	147	61
Total	96	100	144	100	240	100

Fuente: Unidad de Rehabilitación Nutricional del Hospital Interzonal de Agudos especializado en Pediatría de La Plata; estudio realizado para la CIC-PBA, 1994.
p=0.0000

Estadísticamente, la asociación encontrada es altamente significativa.

Las causas de internación más frecuentes se deben mayoritariamente a infecciones gastrointestinales (Tabla 5).

En tres casos, las FD presentan niños fallecidos en situaciones de desnutrición grave asociada a infecciones gastrointestinales.

b) En las 50 familias de nivel socioeconómico bajo, con la totalidad de sus hijos eutróficos (FE), las internaciones aparecen en algo más de la cuarta parte de las mismas (Tabla 2), tratándose de un sólo niño internado en casi todos los casos (Tabla 3). Puede observarse que estos dos aspectos difieren significativamente de lo registrado en FD.

Los motivos de internación se deben a infecciones broncopulmonares y gastrointestinales en similares proporciones (Tabla 5).

TABLA 5
Niños de FE y FD* según tipo de enfermedad que motiva la internación

Motivo de internación	FE		FD		Total	
	n	%	n	%	N	%
Gastrointestinales	8	47	56	76	64	71
Broncopulmonares	9	53	13	18	22	24
Sarampión	0	0	4	5	4	4
Total	17	100	73	100	90	100

* Dentro de los niños internados de las FD, se consideraron sólo los 73 casos con desnutrición. No obstante la inclusión de los 23 niños de las FD no desnutridos que fueron internados por dichas causas, no modifica la tendencia manifiesta en esta distribución.

Fuente: Unidad de Rehabilitación Nutricional del Hospital Interzonal de Agudos especializado en Pediatría de La Plata; estudio realizado para la CIC-PBA, 1994.
p=0.0112

COMENTARIOS Y PROPUESTAS

A nivel poblacional, las alternativas del crecimiento y desarrollo constituyen manifestaciones de factores inherentes a las condiciones de vida.

El presente estudio muestra aquellos factores que -dentro de un ambiente pobre- se asocian con la desnutrición, tales como el tamaño de la familia, niveles de instrucción de los padres, tasa de dependencia, sector de ocupación del jefe del hogar, hacinamiento y abastecimiento de agua.

Otro aspecto que se desprende del estudio comparativo entre familias con hijos desnutridos y familias con hijos eutróficos de nivel socioeconómico bajo, es aquel que evidencia la fuerte asociación entre el estado nutricional y la intensidad y frecuencia de enfermedades prevenibles que requirieron internación.

La probabilidad de que un niño necesite ser internado por enfermedades que en otras circunstancias debieran ser banales, es mucho mayor en aquellas familias con casos de desnutrición que presentan las características mencionadas. Dentro de ellas, se verifica diferencialmente y significativamente en el niño desnutrido, no así en sus hermanos eutróficos.

Según información suministrada por el Área Contable del Hospital de Niños de La Plata, el costo aproximado de internación por día es de 200 a 270 dólares, sin evaluar el costo social para la familia en términos de desatención del grupo familiar, abandono de tareas, impacto psicológico, costo emocional, etc. Asimismo, evaluaciones realizadas por el Departamento de Estadísticas del Hospital de Niños de La Plata, señalan que el promedio de días de internación de los pacientes en salas de lactantes de los hospitales públicos zonales, es de 14.6 días.

Haciendo una estimación del costo de los 73 niños desnutridos que demandaron internación -y considerando una sola internación en cada caso con el valor mínimo de internación/día-, obtenemos un gasto aproximado de 213.000 dólares (cifra subestimada por el hecho de registrarse 13 casos con dos o más internaciones), a razón de casi 3000 dólares por niño.

Desde hace casi tres décadas se argumenta que, tanto en términos económicos como en términos del sufrimiento humano, cada dólar que se invierte en educación alimentaria evita posteriormente el gasto de decenas de dólares en atención médica (13).

Otros estudios muestran que los pacientes desnutridos debieron permanecer dos días más hospitalizados que los no desnutridos, resultando un costo adicional por paciente de 2.750 dólares. En el caso de los pacientes quirúrgicos desnutridos, éstos requieren cinco días adicionales de internación respecto de los no desnutridos, con un costo adicional de 5.575 dólares por paciente (14).

En varios trabajos se afirma que pobreza, ingestión alimentaria insuficiente y enfermedades infecciosas se unen en un círculo vicioso. A pesar de los evidentes descensos en las tasas de mortalidad infantil por enfermedades infecciosas, en la mayor parte de los países en desarrollo el círculo vicioso desnutrición/infección sigue siendo el principal problema (15).

Luego de evaluar múltiples programas nutricionales en países de América Latina, Philip Musgrove, economista del Banco Mundial, concluye que es posible montar estrategias satisfactorias con un costo anual de 75 dólares por niño, monto que no se encuentra fuera del alcance de nuestro país ni de la mayoría de los países de la región (16).

Estos datos debieran servir para analizar y reflexionar en torno a los criterios utilizados para la asignación de los recursos y la distribución del gasto público en salud.

Si los procesos de ajuste económico siguen socavando las condiciones de vida de la infancia pobre, en lo inmediato deberían focalizarse las acciones en los grupos más vulnerables desde el punto de vista social y biológico, mediante la ejecución de programas que tiendan a prevenir las injurias señaladas.

La capacitación a efectores del primer nivel de atención, la educación para la salud centrada en la prevención y en la demanda oportuna, contribuirán a mejorar las condiciones de salud de la población infantil.

REFERENCIAS

1. Sabelli M. Epidemiología de la desnutrición. Cuadernos Médicos Sociales, Rosario, 1981; 15:45-54.
2. Piacente T, Rodrigo A y Talou C. Piden pan... y algo más: un estudio sobre crecimiento y desarrollo infantil. Buenos Aires, Unicef/Siglo XXI ed, 1990.
3. FAO-OMS/OPS. Conferencia Internacional sobre Nutrición. Informe de Argentina. Buenos Aires, 1992.
4. Lejarraga H. El crecimiento físico como indicador de salud y bienestar socioeconómico de la población. Infancia y condiciones de vida, Indec, Buenos Aires, 1995.
5. Chandra RK. Nutrition and Immunity. Clinical Immunology, Brostoff, J et al. (edit.), cap. 25. 1-25.11. Grower Med Publ, Londres, 1991.
6. Walberg Ekvall Sh. Nutritional Assessment and Early Intervention. Pediatric Nutrition in Chronic Disease and Developmental Disorders, Sh. Walberg Ekvall (edit.), pág. 41-73. Oxford Univ Press, New York, 1993.
7. Puffer R y Serrano C. Características de la mortalidad en la niñez. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1973.
8. Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial. Invertir en salud. Indicadores del Desarrollo Mundial, Washington D.C., 1993.
9. Unicef-Cenep. Condiciones de vida y situación de la infancia en la Argentina. Buenos Aires, 1985.
10. Cecchi H. Hambre en el Granero del Mundo. El Nuevo Periodista, N° 211:47-50, Buenos Aires, 1988.
11. Alvarez ML et al. Mediciones del nivel socioeconómico bajo urbano en familias con lactante desnutrido. Arch Latinoamer Nutr, 1982; vol. 32(3):650-662.
12. Menéndez E. Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del teorismo al movimiento continuo. Cuadernos Médico-Sociales. Rosario, 1992; 57:3-18.
13. Meyer J. The American Dietetic Association. Position paper on the nutrition component of health care services delivering system. J Am Diet Assoc, 1971; 58:538.
14. Benefits of Nutrition Services: a costing and marketing approach. Report of the Seventh Ross Roundtable on Medical Issues, Columbus, OH: Ross Laboratories, 1987.
15. De Onis M. Evaluación global de la magnitud y tendencias de los problemas nutricionales en el mundo. Unidad de Nutrición (WHO), OMS, 1993.
16. OEA/Cides-Min. de Salud y Acción Soc. de la Nación. "Hacia la Instalación del Sisvan", Buenos Aires, 1993.

Recibido: 22-07-1996.

Aceptado: 04-04-1998.