

Actualización sobre el uso de estándares de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud en la red de atención primaria de Rosario.

Update about the use of World Health Organization growth standards within the primary health care network of Rosario.

Virginia I. Blanco¹, Yanina Sguassero², Guillermina B. Harvey³.

¹ Hospital de Niños Víctor J. Vilela. Rosario; Argentina.

² Centro Rosarino de Estudios Perinatales. Universidad Nacional de Rosario. Rosario; Argentina.

³ Escuela de Estadística. Facultad de Ciencias Económicas y Estadística. Universidad Nacional de Rosario. Rosario; Argentina.

Autor por correspondencia: Virginia I. Blanco — lic.virginiablanca@gmail.com

Conflicto de intereses: no presenta.

Resumen

Objetivo: a más de 10 años del cambio del patrón de referencia del crecimiento infantil en Argentina, se realizó un estudio para conocer el estado de implementación de los estándares de crecimiento de 0 a 5 años de la Organización Mundial de la Salud en atención primaria de la salud. **Métodos:** estudio transversal realizado en la ciudad de Rosario, Santa Fe (mayo 2018—mayo 2019). Se enviaron encuestas en línea a médicos pediatras y generalistas, y se entrevistaron a informantes clave. Los ejes de indagación fueron: valoración de la herramienta, estrategias de capacitación, e intervenciones para promover el uso e interpretación. El análisis fue cuali—cuantitativo. **Resultados:** se completaron 95 encuestas y se realizaron ocho entrevistas. La adopción de los estándares OMS fue considerado un cambio favorable para Argentina. Las intervenciones valoradas como de mayor utilidad para optimizar el uso de los estándares de la Organización Mundial de la Salud por los médicos encuestados fueron: mantenimiento de los equipos para mediciones antropométricas, promoción de consejería nutricional e impresión de gráficas de crecimiento para uso individual. Las diferencias de opinión entre los médicos de los centros de salud y quienes ocupan un cargo en gestión estuvieron dadas por la factibilidad de algunas intervenciones en atención primaria de la salud. **Conclusión:** existen estrategias tendientes a favorecer la implementación de intervenciones valoradas por los médicos de la red de atención primaria que permitirían un mayor aprovechamiento de los estándares de la Organización Mundial de la Salud.

Palabras clave: Antropometría. Estándares de referencia. Pediatría. Atención primaria de la salud. Estudios transversales.

Abstract

At 10 years from the change of the child growth reference in Argentina, a study about the state of implementation of the growth standards of 0 to 5 years of the World Health Organization in primary health care was conducted. **Methods:** Cross—sectional study carried out in the city of Rosario,

Santa Fe (May 2018—May 2019). Online surveys were sent to pediatric and general practitioners, and key informants were interviewed. The axes of inquiry were: appreciation of the tool, training strategies, and interventions to promote its use and interpretation. The analysis was qualitative. **Results:** 95 surveys were completed and eight interviews were conducted. The adoption of the World Health Organization standards was considered a favorable change for Argentina. The interventions considered most useful by the surveyed physicians were: maintenance of equipment for anthropometric measurements, printing of growth charts for individual use, and promotion of nutritional counseling. Differences of opinion between physicians at health care centers and those in a management position were given by feasibility. **Discussion:** The physician's opinions represent a great contribution to improve the quality of the control of child growth in primary health care.

Keywords: Anthropometry. Reference Standards. Pediatrics. Primary Health Care. Cross-sectional study.

Introducción

En el año 2007, Argentina resuelve adoptar los estándares de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como parámetro para la valoración antropométrica de niñas/os de 0 a 5 años de edad (1). Los datos de referencia que se utilizan actualmente provienen del Estudio Multicéntrico del Patrón de Crecimiento (EMPC) (2). En relación a esto, el Ministerio de Salud de la Nación editó un cuadernillo con gráficas de crecimiento en siete valores de percentilos: 3, 10, 25, 50, 75, 90 y 97 (3, 4, 5). En apoyo a la resolución ministerial, la Sociedad Argentina de Pediatría actualizó la guía para la evaluación del crecimiento físico en el 2013 (3, 6). Se utilizaron datos del EMPC de 2006 (5), datos del patrón de crecimiento OMS de 2007 (7) y datos de estudios locales (8).

En el 2009, el Departamento de Nutrición de la OMS y la Organización Panamericana de la Salud realizaron una encuesta sobre el estado de implementación de los estándares OMS en los diferentes países del mundo (9). Se recopiló información sobre el estado de avance en la adopción de las curvas, el rango de edades, sexo e indicadores antropométricos adoptados, el sistema de notificación adoptado (percentiles y/o desvío estándar) y las estrategias en terreno desplegadas por las autoridades sanitarias para favorecer el cambio. De los 219 países o regiones contactados, 180 (82%) respondieron la encuesta. La mayoría de los países a favor del cambio, optó por usar gráficas para niñas y niños en puntaje z. Algunos lograron incorporar nuevos indicadores como el índice de masa corporal para la edad. Entre las acciones asociadas al proceso de implementación de los estándares OMS, se destacan: la modificación de los registros de salud para incorporar nuevas gráficas y actualizar recomendaciones en temas de salud infantil como alimentación e inmunizaciones (104 países), la conformación de un equipo de tutores para apoyar la implementación de las curvas OMS a nivel nacional y redistribución de recursos (94 países), la adquisición de equipamiento para mediciones antropométricas (81 países) y la incorporación del control de crecimiento infantil a las prácticas de entrenamiento de otros profesionales de salud como enfermeras y médicos de familia (80 países). Los retos más comunes reportados por los países de la región de las Américas fueron la falta de financiamiento y las dificultades de coordinación. La razón principal de la no adopción fue la decisión de continuar con las curvas locales.

En la práctica pediátrica ambulatoria los médicos pediatras y generalistas son los encargados de monitorear el crecimiento y desarrollo durante los primeros años de vida. Reducir las barreras en la consulta pediátrica de rutina como estrategia de primera línea en atención primaria de la salud (APS) podría impactar favorablemente en la calidad del control del crecimiento alcanzado. Esta estrategia podría aliviar la carga de los médicos en el manejo de los problemas de crecimiento infantil y reducir los efectos adversos que derivan de la falta de intervención oportuna. Al no identificar nuevos trabajos publicados similares al de la encuesta de OPS/OMS, se propuso indagar sobre el estado actual del uso de los estándares de crecimiento en el primer nivel de atención. Para ello, se buscó describir los centros de salud que utilizan las curvas OMS como herramienta para controlar el crecimiento físico de la población infantil adscripta; indagar sobre los factores que actúan como facilitadores y/o barreras para el uso adecuado de las curvas OMS en centros de atención primaria, e identificar estrategias para favorecer el uso e interpretación de las curvas OMS en la red de atención primaria.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional, de corte transversal, en la red de APS de la Municipalidad de la ciudad de Rosario durante los meses de mayo 2018 a mayo 2019. En la primera etapa de recolección de datos, se enviaron encuestas en línea a los médicos que atienden a la población infantil en los centros

de salud. En la segunda etapa, informantes clave fueron invitados a participar de una entrevista. Para la selección de los mismos se contempló que, preferentemente, tuvieran recorrido en actividades de gestión en salud pública.

Para las encuestas en línea, la población objetivo estuvo conformada por médicos generalistas y pediatras. La participación estuvo sujeta a la disponibilidad de tiempo e interés de los médicos. La encuesta se testeó con médicos pediatras del Hospital de Niños Víctor J. Vilela. Se contemplaron tres ejes de indagación: 1) valoración de los estándares de crecimiento de la OMS como parámetro de referencia para la población infantil de 0—5 años en el primer nivel de atención; 2) actividades de capacitación y entrenamiento en la red de atención primaria; 3) acciones para favorecer y promover el adecuado uso e interpretación de los estándares OMS.

Se incluyeron 20 preguntas, la mayoría con opciones de respuesta precodificada, para relevar información sobre la actividad profesional (localización del centro, especialización, años de ejercicio de profesión, rol/cargo principal, cantidad de niños preescolares a cargo); la opinión sobre adopción los estándares OMS (cambio de patrón, metodología para la construcción de los estándares OMS); el uso e interpretación de los estándares OMS (presentación y difusión de los estándares OMS, actividades de entrenamiento, opinión sobre desvío estándar e índice de masa corporal para la edad); la evaluación del crecimiento del niño preescolar (calibración de los equipos, disponibilidad de gráficas de crecimiento y tipos de curvas, medición de la altura); las intervenciones en el nivel de atención primaria (mantenimiento reglado de los equipos, impresión de gráficas para cada historia clínica, capacitación continua sobre antropometría, curso de entrenamiento, talleres sobre crecimiento del lactante, promoción de estrategias para consejería nutricional). Para las intervenciones, se indagó tanto utilidad como factibilidad. El envío de las encuestas fue planificado, con un máximo de tres recordatorios semanales. Una vez comenzadas las actividades en terreno, se realizó un análisis preliminar de las primeras 50 encuestas completadas con el fin de evaluar el nivel de llenado e identificar oportunamente errores de interpretación. En base a este análisis intermedio, se desarrolló la guía de preguntas de la entrevista.

La entrevista incluyó 13 preguntas abiertas sobre la valoración del cambio de patrón de crecimiento en Argentina; la importancia y el nivel de conocimiento acerca de la metodología utilizada para la construcción de los estándares OMS; las actividades de entrenamiento y capacitación a nivel municipal en los dos últimos años; la opinión sobre el índice de masa corporal para la edad y las categorías nutricionales propuestas por la OMS; la distribución, formato y tipo de gráficas con curvas de crecimiento en atención primaria; las acciones y/o estrategias para favorecer el uso adecuado de esta herramienta teniendo en cuenta utilidad y factibilidad.

Para el análisis cuantitativo, las variables categóricas fueron reportadas como frecuencias absolutas (números) y porcentuales (%) y las variables continuas como mediana acompañada de cuartiles (1er cuartil — 3er cuartil) y rango (mín. — máx.). Para las variables continuas se utilizó el Test U de Mann—Whitney al no verificarse el supuesto de normalidad mediante el Test de Kolmogorov—Smirnov. En la comparación de proporciones se utilizó el Test de independencia Chi—cuadrado, el Test de Freeman—Halton y el Test de los puntajes medios según correspondiera. Los resultados con una probabilidad asociada menor que 0,05 se consideraron estadísticamente significativos. Para el procesamiento se utilizó R Core Team (2019) (10).

El análisis cualitativo consistió en sistematizar la información obtenida de las transcripciones de las entrevistas grabadas y las notas tomadas mediante un proceso de reducción manual de los datos. Se utilizaron tablas de doble entrada (pregunta/entrevistado) en un procesador de texto, y en base a esto, se desarrollaron los ejes conceptuales para cada dimensión de la entrevista y se identificaron las contradicciones o excepciones.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética Investigación de la Secretaría de Salud Pública de Rosario. La obtención del consentimiento informado fue un requisito para participar del estudio e incluyó el permiso para grabar la entrevista.

Resultados

Encuestas en línea

Se enviaron 180 encuestas en línea (119 médicos generalistas y 61 pediatras). De éstas, se completaron 95 encuestas (tasa de respuesta del 53%) (Figura 1). El porcentaje de respuesta según especialidad fue similar, es decir, 34/61 (55,7%) pediatras y 61/119 (51,2%) generalistas. La mayoría de los médicos encuestados (89%) refirió que su principal actividad era la atención clínica exclusiva (Tabla 1).

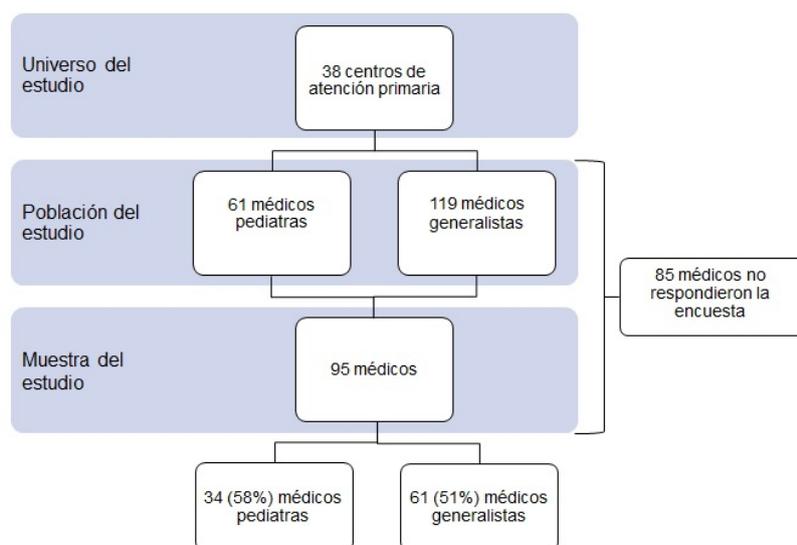


Figura 1: Flujograma de las encuestas en línea.

Tabla 1. Características basales de los profesionales encuestados. .

VARIABLES	Médico generalista (n=61; 64%)	Médico pediatra (n=34; 36%)	Total (n=95)	p
Centro de salud*				0,213
Centro	0 (0)	2 (6)	2 (2)	
Noroeste	11 (18)	8 (24)	19 (20)	
Norte	11 (18)	4 (12)	15 (16)	
Oeste	15 (25)	12 (34)	27 (28)	
Sudoeste	13 (21)	5 (15)	18 (19)	
Sur	11 (18)	3 (9)	14 (15)	
Ejercicio de la profesión (años)	8 (4 - 12) (1 - 28)	11 (5 - 18) (1 - 38)	9 (4 - 15) (1 - 38)	0,077
Actividad principal †				0,323
Atención clínica exclusiva	53 (87)	32 (94)	85 (89)	
Atención clínica y de coordinación	8 (13)	2 (6)	10 (11)	
Nº de niños < 5 años atendidos mensualmente §				0,001
<100 niños	40 (66)	11 (32)	51 (54)	
100-150 niños	12 (20)	10 (30)	22 (23)	
>150 niños	9 (14)	13 (38)	22 (23)	

Los datos se presentan como: * número (%) - p: probabilidad asociada al Test Chi-cuadrado de independencia; † Mediana (1er cuartil - 3er cuartil) (mín. - máx.) - p: probabilidad asociada al U de Mann-Whitney; ‡ número (%) - p: probabilidad asociada al Test de Freeman-Halton; § número (%) - p: probabilidad asociada al test de los scores medios.
Fuente: elaboración propia en base a los resultados del estudio. Rosario, 2019.

Fuente: elaboración propia, en base a los resultados del estudio. Rosario, 2019.

En relación al cambio de patrón de referencia de crecimiento infantil, el 84% de los encuestados estuvo de acuerdo con la adopción de los estándares OMS en nuestro país. Al preguntar sobre la metodología del estudio que dio origen a los estándares OMS, solo el 40% de los médicos señaló conocerla. Para la mitad de los encuestados los estándares OMS han sido adecuadamente difundidos en nuestro medio,

aunque uno de cada cuatro encuestados consideró que las actividades de entrenamiento han sido suficientes. Alrededor del 70% expresó que solo utiliza los estándares OMS (sin diferencias entre especialidades médicas), mientras que el resto refirió que sigue utilizando las curvas anteriormente vigentes en Argentina.

El desvío estándar fue considerado un sistema de notificación fácil de interpretar (74%). El índice de masa corporal para la edad fue el indicador más utilizado para evaluar sobrepeso y/u obesidad (76%). Cuando se preguntó acerca de la posición para medir la altura corporal de un niño igual o mayor a 24 meses de edad, un tercio seleccionó la posición de acostado (Figura 2). Con respecto a la disponibilidad de gráficas de crecimiento en los centros de salud, un poco menos de la mitad identificó a la Dirección de Atención Primaria de la Secretaría de Salud de Rosario como el responsable de la distribución. No obstante, un tercio de los profesionales refirió autoabastecerse de las gráficas de crecimiento para la atención de sus pacientes (fotocopias individuales o como cuadernillo de uso común). La gran mayoría de los médicos refirió que utiliza las siguientes gráficas de crecimiento: peso para la edad, longitud/talla para la edad, perímetro cefálico para la edad, peso para la longitud/talla.

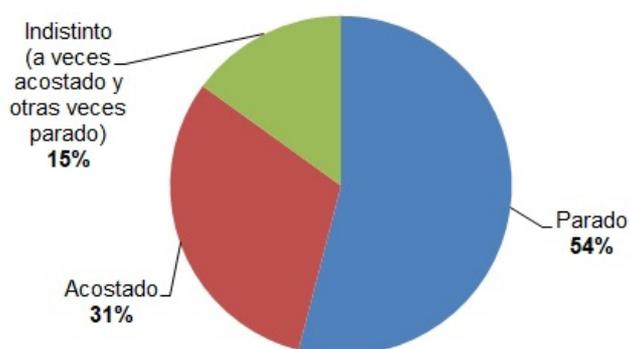


Figura 2: Medición de la altura a partir de los 24 meses de edad según posición (n=94).

Fuente: elaboración propia, en base a los resultados del estudio. Rosario, 2019.

Al preguntar sobre los instrumentos para control del crecimiento, la mitad de los encuestados refirió desconocer la frecuencia con que se calibran las balanzas.

Si se considera al conjunto de intervenciones propuestas como potencialmente relevantes para optimizar el uso de los estándares OMS, las de mayor utilidad fueron: mantenimiento reglado de los equipos (78%), la promoción de estrategias de consejería nutricional (77%) e impresión de las gráficas de crecimiento para cada historia clínica (76%). No obstante, al combinarse utilidad y factibilidad, se observaron cambios en las apreciaciones. En términos exclusivos de factibilidad, sólo la consejería nutricional superó el 10% (Tabla 2).

Tabla 2. Intervenciones para optimizar el uso y la interpretación de los estándares de crecimiento de la OMS según utilidad y factibilidad.

Intervenciones	Médico generalista (n=61)	Médico pediatra (n=34)	Total (n=95)	p
Mantenimiento reglado de los equipos necesarios para evaluar el crecimiento *				0,417
Ni útil ni factible	1 (2)	0 (0)	1 (1)	
Sería sólo FACTIBLE	6 (10)	2 (6)	8 (9)	
Sería sólo ÚTIL	43 (73)	29 (88)	72 (78)	
Sería ÚTIL y FACTIBLE	9 (15)	2 (6)	11 (12)	
Impresión de las gráficas de crecimiento para cada historia clínica †				0,405
Ni útil ni factible	3 (5)	3 (9)	6 (6)	
Sería sólo FACTIBLE	8 (13)	1 (3)	9 (10)	
Sería sólo ÚTIL	44 (74)	27 (79)	71 (76)	
Sería ÚTIL y FACTIBLE	5 (8)	3 (9)	8 (8)	
Capacitación continua sobre antropometría en pediatría				0,768
Ni útil ni factible	5 (8)	1 (3)	6 (6)	
Sería sólo FACTIBLE	15 (25)	7 (22)	22 (24)	
Sería sólo ÚTIL	37 (61)	24 (71)	61 (64)	
Sería ÚTIL y FACTIBLE	4 (6)	2 (6)	6 (6)	
Curso de entrenamiento sobre uso e interpretación de los estándares OMS †				0,812
Ni útil ni factible	2 (3)	0 (0)	2 (2)	
Sería sólo FACTIBLE	12 (20)	9 (26)	21 (23)	
Sería sólo ÚTIL	42 (70)	23 (68)	65 (69)	
Sería ÚTIL y FACTIBLE	4 (7)	2 (6)	6 (6)	
Talleres sobre crecimiento del lactante ‡				0,843
Ni útil ni factible	2 (3)	1 (3)	3 (3)	
Sería sólo FACTIBLE	14 (23)	5 (15)	19 (21)	
Sería sólo ÚTIL	40 (67)	25 (76)	65 (70)	
Sería ÚTIL y FACTIBLE	4 (7)	2 (6)	6 (6)	
Promoción de estrategias de consejería nutricional †				0,012
Ni útil ni factible	2 (3)	1 (3)	3 (3)	
Sería sólo FACTIBLE	12 (20)	0 (0)	12 (13)	
Sería sólo ÚTIL	41 (68)	31 (91)	72 (77)	
Sería ÚTIL y FACTIBLE	5 (8)	2 (6)	7 (7)	
Los datos se presentan como: número (%). p: probabilidad asociada al Test de Freeman-Halton. *3 respuestas faltantes. † 1 respuesta faltante. ‡ 2 respuestas faltantes.				

Fuente: elaboración propia en base a los resultados del estudio. Rosario, 2019.

Entrevistas personales

Se realizaron ocho entrevistas personales (Tabla 3). Todos los entrevistados aceptaron que la entrevista fuese grabada, la duración promedio fue de 20 minutos.

Tabla 3. Características de los profesionales entrevistados.

N°	Especialidad	Ejercicio de la profesión (años)	Rol principal	Antigüedad (años)
1	Magíster en nutrición materno infantil	18	Coordinación	6
2	Médica Pediatra	19	Coordinación consultorio externo	2,5
3	Médico generalista	19	Dirección APS	3
4	Médica Pediatra	18	Pediatra de APS	3,5
5	Médica pediatra	21	Jefa centro de salud	4
6	Médica pediatra y neonatóloga	≥ 30	Dirección Servicios de Salud	≥ 10
7	Trabajadora social*	0	Jefa centro de salud	4
8	Médica generalista	15	Jefa centro de salud	2

*Administrativo a punto de obtener el título de trabajadora social.

Fuente: elaboración propia en base a los resultados del estudio. Rosario, 2019.

Los profesionales entrevistados opinaron que la adopción de los estándares OMS fue una buena decisión para Argentina.

“... porque las curvas no eran simples curvas de crecimiento, sino que se plantearon como estándares donde los niños debían crecer de acuerdo a toda su potencialidad” (Pediatra y neonatóloga, Dirección de Servicios de Salud)

En términos generales, los entrevistados opinaron que el conocer cómo ha sido construida una herramienta utilizada por un profesional de la salud es algo positivo ya que favorece al entendimiento, ayuda a la motivación y aumenta la confianza para su uso. Se observó que muchos no conocían sobre la metodología utilizada para la construcción de los estándares OMS.

“...la verdad que uno tiene acceso a cómo se construyeron estas curvas y cómo fue la metodología impecable es re importante y da seguridad para el que la va a usar” (Pediatra de APS)

“Sí, ... antes de participar del trabajo de campo tuvimos que estudiar todas esas metodologías” (Pediatra y neonatóloga, Dirección de Servicios de Salud)

Preguntados sobre actividades de capacitación en el uso de los estándares OMS, la mayoría comentó que se realizaron en el momento cercano a la adopción e implementación luego del 2007.

“Me parece que cuando se empezaron a utilizar hubo alguna capacitación, alguna información. No sé quién la coordinó ni en qué consistía” (Pediatra, Jefa de centro de salud)

Con respecto al uso del índice de masa corporal para la edad, todos los entrevistados dieron una apreciación favorable y lo relacionaron con el diagnóstico del sobrepeso y obesidad.

“Es muy útil porque estamos asistiendo a la epidemia de sobrepeso y obesidad debería ser considerado tan importante como el peso o la talla...” (Pediatra y neonatóloga, Dirección de Servicios de Salud)

Una entrevistada aclaró que la incorporación del desvío estándar +1 y -1 en Santa Fe fue una medida favorable para la detección oportuna.

“Para mí es muy positivo porque le da exactitud y además permite una valoración más certera incluso cuando aumenta el riesgo, el percentilo no lo da” (Pediatra y neonatóloga, Dirección de Servicios de Salud)

“...que me parece valiosísimo esto de trabajar entre -1.5 y - 2 (Magíster en Nutrición Materno Infantil, Coordinación)

A partir de las entrevistas se desprende que la Dirección de Centros de Salud de Rosario es responsable de proveer las gráficas a los centros. Para otros, el responsable sería el Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe. Las respuestas señalan que las gráficas se entregan en papel, mayormente como parte de un cuadernillo a colores. Varios entrevistados comentaron acerca de la disponibilidad de fotocopias para las historias clínicas. En cuanto al paquete de gráficas disponibles en los centros de salud, algunos de ellos brindaron información específica.

“Entiendo que la Secretaría de Salud Pública, en fotocopias. Después uno consigue por la SAP o por otra institución relacionada con pediatría, los libros o los cuadernillos” (Médica generalista, Jefa de centro de salud)

Con respecto a las intervenciones consideraron que la capacitación en antropometría sería útil. En términos de factibilidad, la mayoría expresó cierta preocupación debido al recambio y rotación de personal, a la excesiva carga de trabajo y a la falta de recurso humano.

“Sí, capacitar o continuamente insistir sobre la importancia de la valoración de crecimiento ayuda a que permanentemente se retomen algunas prácticas que ya se pierden” (Magíster en Nutrición Materno Infantil, Coordinación)

“Los médicos en los centros de salud tienen una carga de trabajo bastante importante y hay que asegurarle, y que sea una disposición desde el jefe del centro de salud” (Pediatra, Jefa consultorio externo)

Por otra parte, la mayoría opinó que los cursos de entrenamiento específicos para estándares OMS sería una intervención útil y factible.

“Sí es factible, me parece que hay que capacitar a algunas personas claves y esas personas lo puedan replicar, porque si no, es muy difícil que todos concurren” (Pediatra de APS)

Sobre los cursos de capacitación en crecimiento del lactante, un entrevistado acotó que sería conveniente enlazarlo con otras capacitaciones de desarrollo en curso. La capacitación en consejería nutricional fue también muy bien recibida por los entrevistados como potencial estrategia para apoyar el uso adecuado de los estándares OMS.

“Me parece que estaría buenísimo porque la mayoría de los médicos no sabemos nada de nutrición y esto queda como delimitado al patrón que te muestra la herramienta sin poder estar pensando para qué. Me parece que el impacto de la herramienta se reconfigura y vos te la apropias cuando entiendes para que la estás usando, y eso tiene impacto en tu clínica” (Médica generalista, Jefa de centro de salud)

La disponibilidad de gráficas de crecimiento en las historias clínicas fue vista como fundamental, sólo dos entrevistados dejaron entrever que debería ser siempre así.

“Favorece el uso, si la tenés como parte de la historia clínica no vamos a garantizar en un 100% que se use, pero no es lo mismo que tener que levantarse, salir del consultorio a buscar las fotocopias, si hay o no fotocopias” (Médica generalista, Jefa de centro de salud)

Algunos de los entrevistados consideraron que el mantenimiento de los equipos es adecuado.

“En general las cosas funcionan. Y después hay quien hace el mantenimiento si se rompe algo, una balanza... están en el CEMAR^A pero corresponde a la dirección de centros de salud. Tiene arquitectura y bioingeniería” (Pediatra, Jefa de centro de salud).

Discusión y conclusiones

El control del crecimiento alcanzado durante los primeros años de vida para la salud infantil se relaciona con el estado de salud y, hasta cierto punto, es un indicador de los esfuerzos realizados para reducir la morbi—mortalidad infantil a nivel de las poblaciones (11). En este sentido, uno de los aspectos innovadores de los estándares de crecimiento OMS es el enfoque prescriptivo utilizado para su construcción que ha permitido establecer cómo deberían crecer las niñas y los niños durante los primeros años de vida cuando se satisfacen sus necesidades básicas de salud y atención (12).

La ciudad de Rosario ha sido el centro de investigaciones nacionales e internacionales en población pediátrica (13,14,15,16). De forma inédita, se recolectaron datos sobre el uso de los estándares OMS a través de una encuesta especialmente diseñada para los médicos que atienden niños en el sistema público. Además, se intentó articular la opinión de los médicos encuestados con la opinión de informantes clave con roles en la gestión pública.

Es posible inferir que la mayoría de los participantes del estudio están de acuerdo con el cambio de parámetro de referencia, a pesar de que un 50% no conoce los detalles metodológicos del estudio internacional que aportó los datos para su elaboración. Este hallazgo revela, además, que el uso de los estándares no dependería de este factor. En términos de capacitación, no se ha invertido en capacitación sobre estándares OMS desde hace más de 10 años y, por otro lado, muchos de los médicos encuestados opinaron que la inversión realizada alrededor de la época en que se produjo el cambio ha sido insuficiente. En este sentido, los resultados revelan que las curvas de crecimiento anteriormente vigentes se continúan utilizando.

En base a los hallazgos de este estudio, la confiabilidad de los datos antropométricos que nutren las bases de datos oficiales a través de programas como el Programa SUMAR (17), y a partir de los cuales se

A CEMAR: Centro de Especialidades Médicas de Rosario.

estiman las prevalencias de los problemas del crecimiento por déficit o exceso en el subsector público, está en jaque. En primer lugar, la técnica de medición de la talla a partir de los dos años en posición de pie no parece haber sido implementada sistemáticamente, entendiéndose como un cambio de práctica que de no realizarse debería ser compensada por un ajuste de 0,7 cm (5). En segundo lugar, se detectaron dos tipos de problemas potenciales en relación a las gráficas de crecimiento disponibles, uno al momento de identificar el área responsable de la distribución (incluso algunos decisores no pudieron nombrar el juego de curvas de crecimiento en uso) y otro al interrogar sobre la disponibilidad de gráficas de crecimiento para uso individual. Estos factores seguramente interfieren con el correcto uso y limitan el aprovechamiento de los estándares OMS ya que, al no ser posible seguir la trayectoria en el tiempo, las decisiones se toman en base a evaluaciones transversales que no dan cuenta de los desvíos en la tendencia individual del crecimiento del niño/a. Más aún, esto impacta desfavorablemente en la toma de medidas de prevención que son fundamentales durante los primeros años (18). Por último, no habría una estrategia de mantenimiento y calibración de las balanzas a nivel de los centros de salud. En base a lo expuesto, se justifica que la calibración de los equipos y la disponibilidad de gráficas de crecimiento en cada historia clínica aparezcan como dos ejemplos de intervenciones útiles para los médicos encuestados.

Entre las limitaciones del estudio, se señalan la imposibilidad de confirmar la recepción del correo electrónico con el enlace para completar la encuesta y la imposibilidad de hacer seguimiento de quienes no pudieron participar. Dado lo extenso de la red, tampoco fue posible activar otros mecanismos de recolección de datos. A pesar de esto, los hallazgos de este trabajo constituyen un valioso aporte para optimizar los recursos en atención primaria.

Entre las ventajas del estudio, se destacan el carácter participativo e inclusivo del protocolo y la metodología utilizada para la recolección de datos de forma prospectiva. La encuesta en línea fue corta, abarcó ejes de indagación concretos y ordenados para facilitar el llenado y, además, exploró la opinión de los médicos sobre la factibilidad de un conjunto de intervenciones en salud que se asumieron como potencialmente beneficiosas para el crecimiento infantil. Desde esta perspectiva, las apreciaciones de los médicos sugieren que, más allá de la intervención en sí, es necesario considerar estrategias para favorecer una implementación contextualizada en pro de un mayor aprovechamiento de los estándares OMS a nivel de la población beneficiaria.

Entre otras propuestas posibles que se desprenden de esta investigación, sería pertinente avanzar en la elaboración de un protocolo para evaluación de estrategias de formación del recurso humano en APS. La consejería nutricional emerge a la luz de las apreciaciones de los médicos generalistas, situación que amerita ser estudiada más a fondo. Desde un enfoque cualitativo, sería interesante indagar acerca de los principales hallazgos de este estudio desde la perspectiva de las madres y/o cuidadores (cómo perciben el control del crecimiento, cuánto se les informa, qué conocen y opinan de una curva de crecimiento, etc.)

Agradecimientos

Se agradece a los médicos de la red de APS y a los profesionales con cargos de gestión, quienes permitieron, con su participación, llevar a cabo el presente trabajo.

Fuente de financiamiento: Beca Salud Investiga “Dr. Abraam Sonis” 2018, categoría individual, otorgada por la Secretaría de Salud de la Nación.

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial 1376. Buenos Aires; 2007 Disponible en: <http://test.e—legis—ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=7105&word=> Acceso el 7 julio de 2020.
2. de Onis M, Garza C, Victoria CG, et al. The WHO Multicentre Growth Reference Study (MGRS): Rationale, planning, and implementation. *Food and Nutrition Bulletin* 2004;25(supplement 1):S3—S84.
3. Lejarraga H, Orfila G. Estándares de peso y estatura para niñas y niños argentinos desde el nacimiento hasta la madurez. *Arch Argent Pediatr* 1987; 85:209—222.
4. Abeyá Gilardon EO, Calvo E, Durán P, Longo E, Mazza C. Evaluación del estado nutricional de niños, niñas y embarazadas mediante antropometría, 1ªed. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2009.
5. WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards: Length/height—for—age, weight—for—age, weight—for—length, weight—for—height and body mass index—for—age: Methods and development. Geneva: World Health Organization. 2006 Disponible en: http://www.who.int/childgrowth/standards/technical_report/en/ Acceso el 11 de octubre de 2017.

6. Comité Nacional de crecimiento y desarrollo. La Sociedad Argentina de Pediatría actualiza las curvas de crecimiento de niñas y niños menores de 5 años. *Arch Argent Pediatr* 2008; 106(5):462—467.
7. de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization* . 2007;85: 660—7 Disponible en: http://www.who.int/growthref/growthref_who_bull/en/. Acceso el 11 de octubre de 2017.
8. Guía para la evaluación del crecimiento físico (tercera edición). Sociedad Argentina de Pediatría. 2013 Disponible en: http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/libro_verde_sap_2013.pdf Acceso el 11 octubre de 2016.
9. de Onis M, Onyango A, Borghi E, Siyam A, Blössner M, Lutter C; WHO Multicentre Growth Reference Study Group. Worldwide implementation of the WHO Child Growth Standards. *Public Health Nutr* 2012; 15(9):1603—10.
10. R Core Team (2019), R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL Disponible en: <https://www.R-project.or> Acceso el 11 de octubre de 2019.
11. El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos, N° 854. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1995. p1—452.
12. Onyango AW, de Onis M, Caroli M, Shah U, Sguassero Y, Redondo N et al. Field—Testing the WHO Child Growth Standards in Four Countries. *J. Nutr.* 2007, 137: 149—152.
13. Sguassero Y, Carroli B, Duarte M, Redondo N. Nuevos estándares de crecimiento de la OMS para niños de 0 a 5 años: su validación clínica en Centros de Salud de Rosario, Argentina. *Arch Argent Pediatr* 2007; 105(1):38—42.
14. Sguassero Y, Moyano C, Aronna A, Fain H, Orellano A y col. Validación clínica de los nuevos estándares de crecimiento de la OMS: análisis de los resultados antropométricos en niños 0—5 años de la ciudad de Rosario, Argentina. *Arch Argent Pediatr* 2008; 106(3): 198—204.
15. Sguassero Y, Guerrero MM de L, Romero M. La visión de médicos pediatras de atención primaria de la salud sobre la anemia infantil y la suplementación con hierro/The perspective of primary health care pediatricians regarding childhood anemia and iron supplementation. *Arch Argent Pediatr* 2018; 116 (1): 21—27.
16. Logan Christensen L, Sguassero Y, Cuesta C B. Anemia and compliance to oral iron supplementation in a sample of children attending the public health network of Rosario, Santa Fe. *Arch Argent Pediatr* 2013; 111(4): 288—294.
17. Programa SUMAR. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/sumar>. Acceso el 25 de mayo de 2017.
18. Victoria C. Los mil días de oportunidad para intervenciones nutricionales. De la concepción a los dos años de vida. *Arch Argent Pediatr* 2012;110(4):311—317.