

## ANÁLISIS CRÍTICO DE LOS PROGRAMAS DE NUTRICIÓN APLICADA EN AMÉRICA LATINA<sup>1</sup>

Moises BEHAR<sup>2</sup>

Hacia finales de la década de los años cuarenta y principios de los cincuenta se principio a reconocer que la desnutrición en la infancia era un problema grave de salud pública en la mayoría de los países de la América Latina. Formas severas de distintos tipos de malnutrición habían sido descritas anteriormente por su interés clínico; pero no fue sino hasta entonces que se reconoció la desnutrición, como un problema social a nivel de la población general. Además de la alta prevalencia de formas severas, agudas, un gran porcentaje de niños sufrían de formas sub-clínicas, hasta entonces no bien reconocidas, pero de gran importancia epidemiológica.

Con anterioridad eran los procesos infecciosos y parasitarios los que se consideraban responsables de las altas tasas de morbilidad y mortalidad prevalentes en niños. Los factores del huésped, y en particular la desnutrición como factor agravante, así como la acción sinérgica entre infección y desnutrición; no habían recibido mayor atención. Federico Gomez y sus colaboradores en México y Julio Meneghello en Chile figuran entre los pioneros en señalar la naturaleza y magnitud del problema de la desnutrición en niños. Los trabajos, principalmente clínicos de estos autores, fueron ampliados por los estudios epidemiológicos realizados entre otros por el Instituto de Nutrición de Centro America y Panamá (INCAP) en Guatemala. Se llegó así a reconocer la gravedad del problema a nivel social.

---

(1) Palestra proferida no Simpósio Latino-Americano de Nutrição, realizado em São Paulo, SP, nos dias 9 e 10 de agosto de 1991.

(2) Ex-Director, INCAP; ex-Jefe Unidad de Nutrición, OMS. Dirección: INCAP, Apartado Postal 1188, Guatemala, Guatemala, CA.

Una gran variedad de programas han sido puestos en marcha desde entonces con la intención de combatir la desnutrición infantil. En esta revisión queremos hacer un análisis retrospectivo de los principales de esos programas, que en forma genérica han sido llamados Programas de Nutrición Aplicada, o Programas de Intervención Nutricional. Confiamos en que medio siglo de experiencia, que en general no ha sido muy exitosa, sea de utilidad en el diseño y ejecución de futuras acciones encaminadas a mejorar la salud nutricional de la población infantil del Continente. Nos referiremos en particular a aquellos programas que se desarrollaron en forma simultánea en varios países de la región, siguiendo lineamientos similares y con el apoyo técnico y/o material de organizaciones bilaterales o internacionales. Estos programas han sido los de mayor envergadura. Los países han dedicado a ellos su atención y considerables recursos humanos y materiales. Han confiado en que alcanzarían los objetivos para los cuales fueron diseñados, lo que con frecuencia no sucedió. Fueron cambiados continuamente en su enfoque y metodología; con frecuencia estos cambios obedecían a factores externos y no derivaban necesariamente de un análisis crítico y una evaluación de las experiencias previas.

En forma independiente de estos programas, de naturaleza internacional algunos países lograron desarrollar políticas y acciones más o menos exitosas que desafortunadamente no estamos en capacidad de analizar adecuadamente en esta revisión. Nuestra intención es analizar en forma crítica los programas mayores en los que con frecuencia la mayoría de los países de la región participaron, y que significaron una enorme utilización de recursos nacionales e internacionales.

*Programas de distribución de leche.* A principio de los años 50, UNICEF había sido fundada y había tenido un papel muy importante en la atención de los miles de niños que en Europa habían quedado abandonados como consecuencia de la segunda guerra mundial. Terminada en forma muy exitosa esa labor, pasó a tratar de ayudar a los niños de las poblaciones de escasos recursos en los países en vías de desarrollo en todo el mundo. Así inició, en la mayoría de los países de América Latina, programas de distribución

de leche. La distribución, gratuita y bastante liberal, seguía el pensamiento paternalista de la época; y la leche, usado como el alimento mas indicado para niños, reflejaba un pensamiento típicamente europeo. Además, y esto era probablemente lo más importante, existían excedentes de ese alimento en los países productores. El programa se concentró en las escuelas ya que estas eran las aglomeraciones de niños existentes y organizadas. En ocasiones, tratando de atender a niños menores o a otros miembros de la familia, se distribuyo leche en polvo para su uso a nivel familiar. No existía aún un concepto claro de grupos vulnerables. El programa se mantuvo durante varios años y fue finalmente suspendido al disminuir los excedentes de leche disponibles a nivel internacional. UNICEF trató entonces de estimular y ayudar a la producción y procesamiento local de leche en varios países. Con este propósito donó plantas de procesamiento y desecado de leche, y ofreció asesoría técnica en ese campo. En el área de Centro América, Costa Rica utilizó muy bien esta ayuda. Se creo una cooperativa de productores de leche que se hizo cargo de la planta donada por UNICEF. Ese fue el principio de una exitosa industria lechera en ese país. En otros países la experiencia fue menos exitosa principalmente por problemas administrativos internos.

La experiencia con este programa, y los estudios que sobre el problema de la desnutrición infantil se estaban llevando a cabo resultaron en una serie de lecciones importantes. Se encontró que muchas poblaciones presentaban un cierto grado de intolerancia a la leche que, por lo menos en las etapas iniciales de su uso, podían crear problemas clínicos. De mayor importancia era el temor de la población a la leche, basado en esa intolerancia y sobre todo en la falta de conocimiento y de facilidades para evitar su contaminación cuando esta era distribuida para uso en el hogar. Las severas diarreas resultantes de su consumo eran atribuidas al producto y no a la contaminación. Mucha de la leche distribuida para uso familiar no llegó nunca a los niños pequeños para quienes estaba principalmente destinada. Fue con frecuencia vendida o usada para otros propósitos, incluso no alimentarios. Se encontró también que los niños mas necesitados de asistencia alimentaria no eran los de edad escolar sino los menores de cinco años. Más importante aún, los

niños más atectos de desnutrición vivían en áreas rurales o urbanas pobres, poco atendidas por programas escolares o de salud, y por lo tanto los niños más necesitados eran a la vez los más difíciles de alcanzar en programas de distribución de alimentos.

En todo caso el programa fue suspendido, principalmente por que los excedentes de leche disminuyeron; pero también por que era evidente que la leche no se estaba usando en la forma más eficiente. Se reconoció que el problema era mucho más complejo de lo que al principio se consideró; y que aún cuando la leche distribuida fuera utilizada en forma adecuada: esto solo podía tener un efecto paliativo y no ayudaba a resolver los factores causales de la desnutrición.

*Programas Integrados de Nutrición Aplicada (PINAS).* En la segunda mitad de la década de los cincuenta y principios de los años sesenta, con la asistencia ya no solo de UNICEF sino también de FAO y de OMS se organizaron los llamados Programas Integrados de Nutrición Aplicada (PINAS). El enfoque principal de estos programas era educativo. Se intentaba educar a la población para que mejorara no solo su consumo de alimentos sino también la producción de los mismos a nivel local. El centro de operaciones era de nuevo principalmente la escuela, pero con mayor participación de los sectores de salud y de agricultura. En la escuela el programa giraba alrededor de la huerta escolar en donde se enseñaba a los niños a producir alimentos que luego eran consumidos en las comidas escolares. Se estimulaba también que fueran llevadas al hogar, con intención educativa para los adultos. Se esperaba que las huertas escolares se extendieran a huertas familiares y comunales. En los centros de salud se llevaban a cabo programas de educación alimentaria para las madres: y se introdujo la educación nutricional en las escuelas. Sin embargo, por razones prácticas de tipo agrícola, los alimentos que se producían en las huertas eran principalmente hortalizas, muchas de ellas de muy escaso valor nutritivo. Se trató de reforzar esta producción con productos animales. Se experimentó, por ejemplo, con la crianza de conejos pero en general con muy poco éxito. Además de asesoría técnica las agencias patrocinadoras proporcionaban como ayuda utensilios agrícolas, semillas y uten-

silios para la preparación y distribución de alimentos, así como materiales para elaborar y utilizar material educativo.

Entre los problemas que estos programas encontraron cabe mencionar los siguientes. Las actividades programadas para la escuela, que requerían bastante esfuerzo y tiempo, fueron agregadas a un programa de trabajo de los maestros ya de por sí recargado. Estas actividades, además, no eran consideradas por las autoridades centrales, como parte normal de las responsabilidades del maestro. Debido a esta situación y a que los profesores no estaban ni motivados ni preparados para realizar las tareas del programa era frecuente encontrar resistencia de parte de ellos. Algo similar ocurría en los servicios de salud, en los que con frecuencia fue necesario poner personal adicional para que realizara las actividades del programa (sesiones educativas a madres, creación de un huerto en el centro de salud o demostraciones del uso de alimentos). El personal regular escasamente podía atender a la población que asistía principalmente para acciones curativas. En esa forma los profesionales de los servicios (médicos, enfermeras y comadronas) no participaban activamente en el programa, restándole interés y credibilidad por parte de la población. En el caso de los servicios de agricultura, los extensionistas agrícolas tenían también que tomar tiempo de sus funciones regulares de trabajo, relacionadas con el cultivo de productos básicos, de mucho mayor interés económico. Muchas escuelas o comunidades no disponían de terrenos adecuados para las huertas o no tenían acceso a agua para riego. Los días de descanso, feriados y vacaciones en la escuela, creaban problemas para el mantenimiento de las huertas, más aún cuando se establecía crianza de animales.

A pesar de estas y otras dificultades y limitaciones los PINA funcionaron durante varios años en muchos países del Continente hasta que, al igual que el programa anterior, fueron suspendidos al terminar la ayuda externa.

*Programas de alimentación complementaria.* Durante la década de los 60 mientras se llevaban a cabo los programas anteriores, se fue llegando al convencimiento de que los problemas nutricionales del niño afectaban con mayor frecuencia, severidad y

trascendencia al niño durante sus primeros 2 o 3 años de vida. Se logró también determinar que la deficiencia cuantitativa y/o cualitativa de proteínas, era un componente importante del problema en este grupo etario. La leche, un alimento adecuado en relación con estas dos situaciones, presentaba limitaciones principalmente de naturaleza económica y en ciertas poblaciones también de aceptabilidad o de facilidad de uso sin riesgos de contaminación. Se desarrolló por lo tanto interés en el posible uso de mezclas vegetales en la alimentación infantil. Con el desarrollo de la Incaparina por el INCAP se demostró que esto era posible. La ayuda por parte de las organizaciones internacionales, se volcó entonces en el estímulo y la ayuda para el desarrollo de productos similares en los países que tuvieran interés. Por otro lado, organizaciones de ayuda externa, principalmente las bilaterales, ofrecieron a los países diversas mezclas para la alimentación infantil. Mezclas diseñadas principalmente para utilizar excedentes existentes, principalmente cereales y soya, complementadas a veces con pequeñas proporciones de leche descremada.

Se volvió entonces a los grandes programas de distribución de alimentos, en su mayoría provenientes de ayuda externa. Ya no era necesariamente leche sino, con mayor frecuencia, mezclas predominantemente vegetales. El énfasis era ahora ya no en las escuelas, sino en niños menores de cinco años. Pero persistía el problema de como alcanzar a aquellos en mayor necesidad; era difícil ver regularmente a los niños de familias pobres, socialmente mas aisladas, sobre todo cuando los programas de salud tenían una cobertura muy baja. El criterio de menores de cinco era también insuficientemente restringido. Tuvimos por ejemplo oportunidad de analizar datos de los niños que se habían beneficiado de un enorme programa de distribución de alimentos; todos los niños eran menores de cinco años, pero más del 90% eran mayores de tres. La mayoría eran por lo tanto sobrevivientes del crítico período del destete, en el que la desnutrición hacía sus mayores estragos. En este caso no cabe duda de que los alimentos, si fueron consumidos por los niños, les fueron de utilidad; pero creo que hicieron muy poco por prevenir los severos daños, en términos de retraso de crecimiento y desarrollo y de mortalidad que en general ocurría con mucho mayor frecuencia antes de los tres años.

El mayor problema de esos programas era precisamente la escasa selección de los beneficiarios. Los canales de distribución de los alimentos eran múltiples, servicios de salud, escuelas, diversos programas oficiales o privados de asistencia social, instituciones religiosas, etc. y los criterios de selección de las familias no siempre se basaban en el riesgo nutricional. Además de eso los alimentos variaban, de acuerdo con la disponibilidad de componentes para los donantes; sin suficiente consideración de su adecuación cultural o de su aceptabilidad por parte de los presuntos beneficiarios. Algunas veces estos alimentos donados incluso compitieron con el desarrollo de productos locales; tal vez mejor adaptados a las necesidades y de mayor interés económico para el país.

Los intentos de evaluación de estos programas se basaban, por lo general, en las cantidades de alimentos distribuidos, más que en quienes eran los beneficiados y menos aun en posible efecto que hubieran podido tener para prevenir la desnutrición. Era como si el objetivo del programa era distribuir los alimentos y no el efecto que de su uso se esperaba.

En vista de las dificultades que se enfrentaron con estos programas, la mayoría de los cuales eran de ayuda bilateral directa, se les sustituyó progresivamente por programas administrados por organismos internacionales. Esto no permitió, en la mayoría de los casos, corregir los problemas básicos del programa que eran: la dificultad en poder alcanzar a los niños más necesitados, la poca adecuación cultural y a veces nutricional de los alimentos, y el riesgo de entorpecer en vez de estimular la producción local, sin considerar que, en todo caso, eran solo medidas de tipo paliativo. Finalmente se les cambió por programas en que los países recibían los alimentos más como ayuda económica, para sustituir gastos que ellos deberían hacer en programas de alimentación de grupos o para usarlos como parte del financiamiento de obras de interés común, "alimentos por trabajo", en los cuales ya no predominaba el objetivo de prevención de la desnutrición infantil.

*Planificación Alimentaria.* Hacia la década de los setenta, ante la mala experiencia que habían dejado los programas simplistas de distribución de alimentos, se volvió a considerar la necesidad de

atacar el problema de la desnutrición más a fondo, tratando de corregir sus causas básicas. Fue así como nacieron los Programas de Planificación Alimentaria que rápidamente se pusieron en boga, recibiendo el apoyo de organismos tanto internacionales como bilaterales. La idea era establecer, a nivel nacional, mecanismos multisectoriales que analizaran las causas fundamentales de la desnutrición y propusieran las medidas necesarias para corregir esas causas. Se insistía en que el problema de la desnutrición no era un problema de salud sino un problema económico-social. Se propició la creación en los países de Oficinas Nacionales de Planificación Alimentaria que tendrían la responsabilidad de desarrollar y coordinar los programas multisectoriales de diagnóstico y de acción. En muchos países se establecieron estas Oficinas, pero en general a un nivel de poca o ninguna ingerencia política y sin poder de decisión. Se hicieron esfuerzos por hacer diagnósticos a nivel nacional, no solo de las expresiones del problema sino de los factores responsables, tales como la disponibilidad de alimentos, en términos cuantitativos y cualitativos, a nivel nacional y del hogar; el ingreso familiar y otros factores afectando el consumo de los alimentos; los factores de salud agravantes o precipitantes; y otros. Cuando se pudo avanzar suficientemente en este proceso de diagnóstico, se llegó a la conclusión de que las acciones necesarias para prevenir la desnutrición coincidían con aquellas de un plan general de desarrollo social y económico del país. Las Oficinas de Planificación Alimentaria se encontraban así sustituyendo a las Oficinas Nacionales de Planificación cuando estas no existían, pero como dijimos con escasa o ninguna autoridad. Cuando, por otro lado, los países sí disponían de Oficinas de Planificación suficientemente fuertes, las de Planificación Alimentaria dejaban de tener razón de ser y desaparecían o pasaban a ser un componente técnico de las primeras. En todo caso se hizo evidente que cuando el problema es uno de desnutrición proteínico-calórica, resultado principalmente de la pobreza, no se podía planificar y desarrollar programas para mejorar la situación nutricional de la población general, en forma independiente de los programas de desarrollo económico-social. Además, las dificultades no están tanto en el diagnóstico y la planificación como en la ejecución de los planes. Estos, se hizo evidente, eran en gran medida de

naturaleza macroeconómica y estaban muy ligados a la política social y económica del país. Los nutricionistas, metidos a planificadores, jugamos en nuestros países un papel, para decir lo menos, de ingenuos.

*Atención Primaria de Salud.* A principio de la década de los 80, después de la Conferencia de Alma Ata, en la que se acordó que las actividades de nutrición deberían estar incluidas dentro de las acciones básicas del programa de Atención Primaria de Salud; renació el interés en la acción directa que el sector salud podía jugar en la prevención y atención de la desnutrición. Acción directa en la que se había perdido interés ante el convencimiento de la necesidad de una acción multisectorial. La estrategia que se había diseñado en Alma Ata contemplaba la necesidad de extender la cobertura de atención de salud a toda la población, simplificando sus acciones al nivel primario, el cual contaría con sistemas adecuados de apoyo logístico y técnico y de referencia. Un programa de esta naturaleza ofrecería excelentes oportunidades para que el sector salud prestara la atención mínima adecuada que la población infantil requiere, incluyendo acciones preventivas de la desnutrición así como acciones curativas oportunas cuando necesario. Se pensó entonces que tal como los intentos anteriores de Planificación Alimentaria lo habían demostrado, era necesario que independientemente de las acciones preventivas que a largo plazo podían esperarse de los programas de desarrollo económico, se requerían acciones inmediatas para la población infantil actual que no podía esperar; y que esas acciones deberían estar enmarcadas en el programa de Atención Primaria de Salud. Estas acciones no eran necesariamente de naturaleza nutricional; por ejemplo, acciones para prevenir o atender adecuadamente procesos diarreicos y otras enfermedades infecciosas resultarían indiscutiblemente en un mejoramiento de la situación nutricional de los niños. La experiencia que ya se había tenido en varios países tales como Chile, Costa Rica y Cuba, demostraba que con una atención de salud adecuada y con suficiente cobertura de la población infantil, se lograba una reducción importante de la prevalencia de desnutrición. Esto en forma independiente de que se llevaran a cabo o no acciones nutricionales específicas y hasta cierto límite, también en forma independiente de los cambios de la situa-

ción social y económica de la población. Renació así la confianza en la posible acción efectiva del sector salud.

Desafortunadamente la estrategia de Atención Primaria de Salud, tal como fue concebida en Alma Ata, nunca llegó a desarrollarse en la mayoría de los países de la América Latina. Entre los factores responsables de esta falla figura indiscutiblemente la crisis económica que nuestros países están sufriendo. Pero creo también que la alternativa que se les ofreció de programas verticales independientes, como el de campañas de vacunación, de atención de enfermedades diarreicas o, en el campo nutricional, de promoción de lactancia materna, debilitaron el concepto y el desarrollo de la atención armónica, integrada, que tuviera como base el nivel primario. No estamos por supuesto en contra de los mencionados programas, en cuanto a sus objetivos, pero sí en cuanto a su estructuración independiente y vertical, mientras no existan servicios básicos a nivel primario, dentro de los cuales estos programas deben ser componentes regulares. Solo así lograrán alcanzar la efectividad y permanencia que necesitan, y adaptarse mejor a las condiciones locales.

*Promoción de la lactancia materna.* Hacia mediados de la década pasada resurgió, a nivel internacional, un enorme interés por la lactancia materna. Somos y hemos sido siempre partidarios de la lactancia materna. Reconocemos sus indiscutibles ventajas y nos tocó participar muy activamente en el actual esfuerzo internacional por su promoción. Es importante sin embargo reconocer que las principales fuerzas de presión que motivaron y permitieron el desarrollo de ese programa, tenían como base la lucha contra las acciones de promoción comercial de sucedáneos de la leche materna. También estamos de acuerdo en que era necesario y urgente detener la agresividad que varias casas comerciales estaban empleando en sus prácticas de mercadeo ya que estas estaban resultando en prácticas que iban en detrimento de la salud de los niños. Pero, por otro lado, siempre insistimos en que además de las acciones de promoción de la lactancia materna y de regulación del mercadeo de los sucedáneos: deberían desarrollarse acciones para proteger la lactancia en aquellas poblaciones en que esta práctica es aún

prevalente. Señalamos también en que las acciones más importantes y urgentes para evitar prácticas indeseables de alimentación infantil, deberían desarrollarse a nivel de los servicios de salud; educando adecuadamente o reeducando a los trabajadores de salud, incluyendo o mejor dicho principiando por los pediatras y cambiando muchas prácticas indeseables en los servicios de maternidad y de atención materno-infantil. Insistimos también en que además de la lactancia materna era importante considerar otros aspectos de alimentación infantil, particularmente las prácticas de alimentación complementaria y de destete. En principio todos estos elementos fueron aceptados; pero en la práctica, los programas que con el apoyo internacional se están desarrollando, concentran su atención en los aspectos de control del mercado de sucedáneos de leche materna y en campañas publicitarias de promoción de la lactancia. Esta situación, que en nuestra opinión es muy incompleta, es debida creemos nosotros, a dos factores principales, uno es el de la naturaleza de las fuerzas que generaron el programa, que hemos mencionado anteriormente; y el otro es la mayor facilidad y visibilidad de acciones verticales independientes, en contraposición a actividades integradas dentro de programas regulares. Se señalan las ventajas de la lactancia materna, con afiches, anuncios de radio y televisión, aún en países donde prácticamente todas las madres dan normalmente de mamar a sus hijos. Pero no se establecen medidas de protección social de la mujer para que pueda cumplir esa función sin demasiadas dificultades. No se instituyen programas para mejorar las prácticas de destete aun en situaciones en que estas tienen una mayor influencia en la desnutrición infantil que la falta de lactancia materna. En resumen hay muy poca adaptabilidad de un programa preconcebido, a las condiciones particulares de las poblaciones para quienes se desarrolla.

*Soluciones tecnológicas.* Mientras estos programas se desarrollaban e independientemente de ellos, en el caso de la América Central el INCAP buscaba soluciones a algunos de los problemas nutricionales encontrados en el área. Consideramos oportuno comentar brevemente algunos de estas soluciones de naturaleza tecnológica, y cuya puesta en práctica puede llevarse a cabo sin que los interesados sean los que deban tomar la iniciativa

y realizar directamente las acciones. Son soluciones que, en gran medida, son independientes de la situación económica y cultural de la población. Estas son naturalmente ventajas, pero también constituyen una gran limitación, ya que no pueden ser usadas en situaciones complejas de desnutrición no específica. Nos referiremos a tres de ellas: el control del bocio endémico, el desarrollo de mezclas vegetales y el control de la deficiencia de vitamina A. a) *Control del bocio endémico*. La deficiencia crónica de yodo, cuya manifestación más aparente es el bocio endémico, era un problema en los seis países del Istmo Centroamericano, siendo particularmente grave en Guatemala por su naturaleza montañosa. En este país había regiones con prevalencias de bocio de 80 o 90% y la prevalencia promedio para el país era de 38,5%. EL INCAP desarrolló un método que hacía posible la yodización de la sal húmeda no refinada que era la que consumía la mayoría de la población, usando yodato de potasio en vez de yoduro como agente fortificador. Esta medida pudo ser puesta en práctica en Guatemala, en forma obligatoria por acción gubernamental, y en menos de 10 años el problema de la deficiencia de yodo en la población estaba totalmente controlado. Experiencias similares se tuvieron después en los otros países del área. b) *INCAPARINA*. El problema más prevalente en el área en esa época, y que creemos sigue siéndolo hasta la fecha, era el de la desnutrición protéico-calórica, más grave y de consecuencias más serias en el niño pequeño. Uno de los factores contribuyentes a ese problema era la falta de alimentos que fueran cultural y económicamente aceptables y adecuados para alimentar al niño durante el período crítico del destete y primera infancia. Es decir, hasta que sus características fisiológicas (requerimientos y capacidad digestiva) le permiten sobrevivir con la dieta habitual del adulto. La leche era un alimento que no estaba al alcance de la mayoría de la población por razones económicas, culturales y de saneamiento ambiental. El alimento más usado para ese período de la infancia eran cocimientos de almidones ("atoles" de Maicena (almidón de maíz) o de "yuquía" (almidón de yuca). Esta práctica era la responsable de la frecuencia con que ocurrían casos de desnutrición protéica severa ("Kwashiorkor"). EL INCAP desarrolló las mezclas vegetales, de alto valor nutritivo y de bajo costo, que fueron comercializadas en Guatemala con el nombre

de INCAPARINA. Se logró poner estas mezclas en el mercado a un precio similar al de los almidones que se quería que remplazaran, y muy inferior al de la leche. El producto fue muy bien aceptado por la población y hasta la fecha constituye uno de los alimentos básicos con que la población cuenta. Es indiscutible de la disponibilidad de INCAPARINA a contribuido a que la situación no sea más grave de lo que actualmente es en Guatemala; se produce por la industria privada y se encuentra regularmente en el mercado al nivel de supermercados o de pequeñas tiendas en todo el país. En ocasiones en que la distribución comercial fue interrumpida, por problemas relacionados con el control de su precio de venta, hubo muy fuertes reacciones de reclamo de la población; estas obligaron a un rápido arreglo para que volviera al mercado. Ha sido particularmente útil para grupos de escasos recursos económicos y probó también su utilidad en situaciones de crisis. Tal fue el caso por ejemplo durante el terremoto que sufrió Guatemala en 1974. c) *Control de la deficiencia de vitamina A*. Esta deficiencia era otro de los problemas nutricionales específicos de importancia en el área. Ante las dificultades de una solución alimentaria y en base a la experiencia de control de la deficiencia de yodo, el INCAP desarrollo una técnica de fortificación del azúcar con vitamina A. El azúcar fue seleccionado como vehículo por que se encontró que, en la situación del área, era el alimento que llenaba más las condiciones requeridas para ese propósito. La medida fue puesta en práctica en Guatemala y existen estudios que prueban que ha contribuido a disminuir considerablemente el problema de la deficiencia de vitamina A.

Obviamente soluciones tecnológicas, como las que hemos indicado, solo pueden ayudar a resolver problemas específicos. No puede pensarse en una solución de este tipo para el problema general de desnutrición debida a una alimentación insuficiente e inadecuada, agravada por factores que interfieren con su adecuada utilización.

*Comentarios finales.* Al analizar retrospectivamente 50 años de experiencia con programas "de nutrición aplicada" en América Latina, podemos observar que, en forma sucesiva, se han desarrollado durante este período 6 grandes programas. Esto le da

a cada uno una vida media de alrededor de 8 años. Todos ellos fueron concebidos, y sus lineamientos generales desarrollados fuera de los países en que se pusieron en práctica. Organizaciones internacionales o bilaterales eran las que estimulaban y apoyaban su desarrollo. En general los programas se suspendían cuando las agencias patrocinadoras se convencían de que no se estaban obteniendo los resultados deseados y en general por que una nueva idea se había desarrollado. Otras veces el programa cambiaba por que la disponibilidad de los recursos que apoyaban estos programas había también cambiado. Los países receptores, aunque interesados en los programas, estaban siempre dependientes para su desarrollo de la ayuda externa y así los programas se iniciaban y terminaban en base a la disponibilidad de esa ayuda y no de decisiones de los países.

Es interesante también observar que estos programas no se concibieron de manera que cada uno se basara en la experiencia ganada con el anterior. No hubo una secuencia lógica de evaluación y reajuste. Con mayor frecuencia se suspendía un programa y se pasaba a otro de naturaleza completamente distinta. Así vemos que de programas muy simplistas, como los de distribución de alimentos, se pasaba a programas muy complejos, como los PINAS o los de planificación alimentaria; para volver más tarde, de nuevo, a programas de distribución de alimentos. Todo esto se explica por que uno de los aspectos más débiles de estos programas fue su evaluación. Cuando se intentaron evaluaciones estas fueron siempre de tipo operacional y no de resultados. Así por ejemplo, en los programas de distribución de alimentos, lo que se media para evaluar el programa era la cantidad de alimentos distribuida y a lo sumo quiénes fueron los beneficiarios. No se evaluaba si producían los cambios deseados en el estado nutricional de la población. Siempre se asumió que las acciones que se estaban recomendando eran las indicadas y que si se ponían en práctica tenían que producir los resultados esperados. En base a este criterio nunca se obtuvo, antes de iniciar un programa, información de base que permitiera evaluar resultados. La realidad es que siempre habían tantas variables fuera de control, y asunciones que no correspondían a la realidad, que nunca se pudo tener seguridad de si un programa estaba siendo

efectivo o no. Incluso cuando se observaron cambios en la situación nutricional de la población, no se podía saber si los programas que se estaban desarrollando habían contribuido o no, o en que medida, a esos cambios. Es por lo tanto muy lastimoso que después de medio siglo de esfuerzos y de utilización de grandes recursos, humanos y de capital, hayamos aprendido tan poco. Más penoso es aún, que después de todos ese tiempo la situación nutricional de los niños, en la mayoría de los países de América Latina, haya mejorado tan poco. Ese es el caso por lo menos en Guatemala y creemos que la situación es similar en muchos otros países del Continente. El estado nutricional de los niños pequeños sigue siendo, para grandes grupos de población, muy deficitario. A disminuido tal vez la incidencia de casos de desnutrición aguda severa, lo cual parece asociado, por lo menos en Guatemala, a una mayor integración de grupos de población que antiguamente estaban aún más marginados, en los que con mayor frecuencia se daban esos casos. Pero la situación crónica, que se manifiesta principalmente por un marcado retardo en crecimiento y desarrollo, en apatía y en baja resistencia a procesos infecciosos, no parece haber mejorado significativamente. En realidad parecía que hacía los años de la década de los 70 se había logrado algún progreso, pero a partir de entonces se volvió a deteriorar de nuevo. Esto parece ser un reflejo de los cambios que se han observado en la situación económica general y, como consecuencia de ésta, en la prestación de servicios de salud a la población. Estos servicios se han en efecto deteriorado muy significativamente con el deterioro de la economía. Por otro lado, el factor común en aquellos países en que la situación nutricional de los niños sí ha mejorado significativamente; es que tienen servicios de salud con suficiente cobertura; independientemente hasta cierto punto, de la situación política o económica.

*Creemos, en base a toda esta experiencia, que la situación nutricional de la población, que se refleja mas facilmente y con mayor severidad en los niños pequeños; solo podrá mejorar, en forma sostenida, con un desarrollo social y económico que mejore las condiciones generales de vida de toda la población, y en particular la de los grupos mas pobres. Mientras tanto medidas efectivas para prevenir las situaciones de desnutrición severa, e incluso para reducir*

*el daño o disminuir la prevalencia de las formas crónicas y menos severas de desnutrición, dependen fundamentalmente de la existencia de servicios básicos de salud para toda la población. Esas medidas no necesariamente tienen que ser específicamente de carácter nutricional o alimentario. La vigilancia adecuada del crecimiento y desarrollo del niño, la prevención y la atención oportuna de los procesos infecciosos y parasitarios y otros servicios básicos para el niño y su familia, resultarán sin duda en beneficio nutricional. A estas medidas podrán naturalmente agregarse, cuando se requieran, medidas específicas de carácter nutricional. Pero estas, que deberán decidirse de acuerdo a la situación particular y a los recursos disponibles, deberán también formar parte de los servicios básicos de salud. Otras medidas de carácter económico, como por ejemplo subsidios a alimentos, podrán plantearse dentro del proceso de desarrollo, como etapas transitorias necesarias.*

En general podemos concluir, después de la experiencia vivida, que somos muy escepticos de la efectividad de grandes programas verticales para mejorar la situación nutricional de los niños, cualquiera que sea su naturaleza, y particularmente cuando estos programas no se originan y mantienen por interés del propio país. Más aún si se desarrollan en forma independiente, o competitiva, con el fortalecimiento de los servicios básicos de salud a nivel primario. Creemos que, como pediatras o como médicos nutricionistas, podemos colaborar en forma indirecta, al nivel de recomendaciones, en programas de desarrollo, pero nuestra responsabilidad directa, con posibilidades de acción efectiva, está en los servicios de salud.

Recebido para publicação em 10 de agosto de 1991.