

**INSTITUTO DE NUTRICION DE CENTRO AMERICA Y PANAMA**

COSTA RICA  
EL SALVADOR  
GUATEMALA

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA  
OFICINA REGIONAL DE LA  
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

HONDURAS  
NICARAGUA  
PANAMA

---

CARRETERA ROOSEVELT ZONA II  
GUATEMALA, C. A.

---

CABLE: INCAP

**MEJORANDO LA NUTRICION A NIVEL LOCAL**

**IVAN BEGHIN**

Traducción por el Dr. Hugo Amigo y adaptación por los Dres. Hugo Amigo e Ivan Beghin de un artículo original publicado en "Carnets de l'Enfance - Assignment Children", 35, UNICEF, Ginebra, septiembre-diciembre de 1976.

Publicación INCAP E-918. (Documento mimeografiado).

## MEJORANDO LA NUTRICION A NIVEL LOCAL

El problema de la desnutrición en la comunidad no puede solucionarse con fórmulas de uso universal, ya que existen en cada situación una serie de limitaciones que nos conducen a la adopción de alternativas diferentes.

A manera de antecedentes se expondrán a continuación una serie de conclusiones muy personales, algunas de las cuales si bien es cierto son controversiales, son fruto de nuestra experiencia, y podrían ser punto de partida de un diálogo abierto y fructífero:

- No existe solución técnica al problema de la desnutrición

- El enfoque tradicional de la participación de la comunidad descansa en una falacia básica, ya que se asume erróneamente que el problema se encuentra en la comunidad y que por lo tanto en ella se encontrarán sus causas.

- Mucho puede hacerse si se aceptan y se tienen en mente los dos puntos anteriores.

- Puede adoptarse una variedad de enfoques, cada uno tan válido como el otro si la meta es, como debería ser, concientización y organización de la comunidad para decisión y acción.

- La coordinación entre las agencias a nivel local es a menudo casi imposible; por lo tanto, el enfoque de una "agencia única" debe experimentarse en forma más amplia.

- La experiencia de los países socialistas del Tercer Mundo debe ser más conocida y puesta en práctica con las adaptaciones que se estimen necesarias.

- Considerando los puntos anteriores, debe hacerse una revisión y evaluación sistemática de la experiencia de las agencias voluntarias y de grupos privados, así como también de las agencias gubernamentales internacionales.

La primera parte del presente informe pretende revisar los enfoques que se han dado a las actividades de nutrición a nivel

local, mientras que en la segunda parte se analizarán algunos aspectos técnicos basados en nuestras experiencias en Latinoamérica y el Caribe.

## Parte I. Enfoques sobre nutrición a nivel local

### 1. Aspectos generales

Las actividades de nutrición a nivel local pueden ser enfocadas desde dos puntos de vista diferentes: el de quien está interesado en entregar mejores servicios a la comunidad, o el de quien empieza partiendo de las necesidades de ésta. Ambos enfoques tienen sus méritos, ya que cada uno ha contribuido a mejoras técnicas; por supuesto, ambos llevan a menudo al mismo curso de acción.

Desde el punto de vista del sistema de entrega, la pregunta es: ¿cómo entregar mejores servicios de nutrición, a más gente y al menor costo? ¿Qué clase de servicios? Y ¿a quién? Puesto que este tema está ampliamente desarrollado en un capítulo de un libro sobre Nutrición en la Comunidad, editado por D. McLaren (1), este artículo lo revisará brevemente. Dos de los mayores componentes de este enfoque son: a) la necesidad y las ventajas de usar personal paramédico (auxiliares, promotores, etc.) y b) la importancia otorgada a la participación de la comunidad. Desde luego, ninguno de estos aspectos es nuevo; pero, contemplados desde el punto de vista del sistema de entrega ambos son de suma importancia si los niveles de nutrición han de ser mejorados (2).

La otra manera de ver las actividades de nutrición a nivel local es empezar por las necesidades de la comunidad. ¿Cuáles son y cómo las percibe la gente? ¿Cómo lograr que la gente reconozca su problema nutricional, lo comprenda y decida el curso de acción a tomar para mejorar su estado nutricional? ¿Cómo asegurarnos que las necesidades de la comunidad, tal como son sentidas, serán satisfechas? y ¿Cómo sabremos que los recursos proporcionados a la comunidad por el gobierno o por una agencia privada serán usados efectivamente.

La actitud a adoptar debe basarse fundamentalmente en una cuestión ética: respeto por la comunidad, por los deseos de la población, por su libre determinación, autoprohibición explícita de manipular a las comunidades o a sus líderes y capacidad de

aceptar opiniones diferentes en una discusión. Pero también debe ser firme con relación a los lineamientos políticos establecidos y a sanas consideraciones nutricionales y técnicas. Idealmente, de cualquier punto de partida debería poder llegarse a un curso de acción coherente de parte del gobierno, de pleno acuerdo con las aspiraciones de la comunidad y en estrecha coordinación con las organizaciones comunales, grupos privados, agencias voluntarias, etc.

Sin embargo, esto sucede raramente. Lo más común es ver fracasar programas de nutrición tales como educación nutricional, alimentación suplementaria, o huertos comunales o escolares, en su intento de mejorar significativamente el estado nutricional. Las causas de estos fracasos sistemáticos han sido explicadas de diferentes maneras. En primer lugar, puesto que la desnutrición está tan íntimamente ligada al subdesarrollo, se ha dicho que el mejoramiento de la nutrición no puede ser alcanzado sin desarrollo económico y social concomitante. Otra explicación propuesta es que estos programas han sido demasiado paternalistas, muy verticales, y no siempre han tomado en cuenta a los beneficiarios -reales o supuestos- en otras palabras, a la comunidad misma.

Con un punto de vista diferente, los trabajadores de salud y nutrición se han venido preocupando cada vez con mayor atención por la falta de cobertura de estos servicios. La magnitud de la tarea era tan grande en relación a la cantidad de recursos disponibles, que la conclusión lógica fue que sólo movilizándolo al único recurso potencial no utilizado, la población, podría esperarse un progreso significativo. A pesar de que con este enfoque el rol de la comunidad es visto más bien como un recurso de salud adicional, en términos de decisión práctica al nivel local lleva finalmente a la organización, responsabilidad y participación activa de la comunidad, así como también a una mejor utilización del personal auxiliar y paramédico, y a la necesidad de desarrollar nuevas tecnologías para entrega de servicios. De todos modos, hay en general un grado razonable de consenso entre los nutricionistas de que el tipo, la cantidad y la combinación de las intervenciones necesarias, deben ser más exploradas e investigadas.

Asumiendo que estamos más interesados en tratar las causas de la desnutrición, que puramente aliviar el daño en la comunidad, sería entonces apropiado revisar brevemente cuales son esas causas.

## 2. Causas de la desnutrición

La causa fundamental de la desnutrición se encuentra en la estructura y en la manera de operar de la sociedad. Es lo que Béhar (3) ha llamado "la incapacidad del sistema social de proveer buena salud y nutrición". La desnutrición no es más que la expresión de un profundo defecto de la sociedad, asociado con la pobreza, falta de participación, ignorancia y otras características comunes del subdesarrollo.

Las causas y factores que condicionan la desnutrición en las áreas marginales de las grandes ciudades son muy bien conocidas: bajo ingreso y subempleo, a lo que se suman las malas condiciones ambientales. Elevar el ingreso, generar empleo, mejorar la vivienda y saneamiento ambiental, establecer guarderías, son algunas de las principales intervenciones efectivas. Las comunidades urbanas pueden participar y en algunos casos decidir sobre tales intervenciones; pero por una variedad de razones, una de las cuales es el desplazamiento de la población, el rol fundamental lo juega el gobierno. Por lo tanto, concentraremos nuestra atención en las poblaciones rurales.

La desnutrición rural está fuertemente ligada a factores económicos, sociales y culturales propios de la comunidad. El bajo ingreso no es sólo causa de desnutrición sino que a menudo se refleja como una situación sociológica más profunda. Tanto la desnutrición como el bajo ingreso son indicadores de que algo anda mal en la comunidad. Las causas profundas de este estado patológico de la sociedad rural varían ampliamente de un lugar a otro: uno de los más importantes entre ellos es la relación de dependencia-explotación que caracteriza la vida rural en muchos países. El acceso a la tierra, la tradición, la resistencia al cambio, son factores de importancia variable. La más común de todas las causas, sin embargo, parece ser la relación muy particular que existe entre los "que tienen" y los "que no tienen", combinada con el control del primer grupo sobre el segundo, a fin de impedir el cambio. Hay mucha evidencia de que no puede esperarse un mejoramiento real y durable de la nutrición rural mientras persista esta relación. Tocamos aquí la falacia básica de muchas acciones de "Desarrollo de la Comunidad" y de su ideología. Las intervenciones nutricionales tradicionales a nivel de la comunidad han sido, por lo tanto, principalmente paliativas y sintomáticas.

No hay solución técnica a los problemas nutricionales de la comunidad, y tanto los técnicos como los tecnócratas muchas veces tratan en vano de proveer pautas para soluciones que son de la incumbencia del filósofo, del pensador social o del político. ¿Cómo puede ayudar el técnico? es objeto de la segunda parte de este artículo. Antes de llegar a él, revisemos breve y críticamente, el enfoque clásico del desarrollo de la comunidad.

### 3. El "Desarrollo de la Comunidad" como enfoque

En el corazón del concepto de "desarrollo de la comunidad" radica la idea de que es a la población a quien le atañe encontrar soluciones a sus propios problemas, con asistencia del gobierno u otras agencias si la desean y la necesitan. Como se expresó anteriormente, hay una falacia en esta idea porque asume erróneamente que, ya que el problema se encuentra en la comunidad, es también en la comunidad donde se encontrarán las causas del mismo. Lo que esta posición pasa sistemáticamente por alto, es que, factores esenciales que afectan significativamente a los miembros de la comunidad, están totalmente fuera de su control. Por ejemplo, los precios (de productos vendidos o a ser comprados), la existencia o no de empleos, la disponibilidad de servicios gubernamentales (salud, crédito, policía, extensión agrícola, educación), el grado de educación, la participación en la vida política, son algunos ejemplos de aquellos factores sobre los cuales las comunidades locales tienen muy poca influencia, a menudo ninguna autoridad y que frecuentemente están controlados desde afuera. A menos que tal situación cambie y esto significa nada menos que un cambio en la estructura del poder del país- no puede esperarse un remedio causal a la desnutrición. Por aún, en algunos países el desarrollo de la comunidad ha servido como sustituto de un cambio real; esto se puede observar en algunos gobiernos muy conservadores que han aprobado gastos sustanciales para salud y nutrición comunitarias. El peligro reside en que la intervención sustitutiva pueda matar el germen genuino de conciencia e iniciativa. Desafortunadamente, varias agencias voluntarias, grupos misioneros, y aún agencias internacionales, muy a menudo caen en la trampa y se convierten sin quererlo, en cómplices de la defensa del status quo.

Después de reconocer la existencia de la falacia básica del desarrollo de la comunidad, ¿Cómo enfocar la nutrición comunitaria? ¿Bajo qué condiciones se hace posible la participación de la comunidad?

La tesis adoptada dice que la participación de la comunidad debería ser una meta en sí misma y que más que participación debe lograr el despertar, la concientización y la organización de la comunidad acompañadas de decisión y acción. Si muchas comunidades están conscientes, organizadas y decididas a atacar sus problemas, entonces la situación de dependencia que constituye la raíz del problema de la desnutrición tiene mayores posibilidades de romperse. El mejoramiento de la nutrición bajo tales condiciones no sólo es posible sino real, como lo ilustra el caso de Panamá, donde la comunidad fue invitada por el gobierno a hacer su propia encuesta nutricional, a interpretar sus hallazgos, a proponer soluciones (tales como huerto comunal, construcción de un puesto de salud, servicio de aguas, etc.), y a poner en marcha su decisión para la cual el Ministerio de Salud provee asistencia parcial. El progreso fue lento e irregular. Algunas comunidades no respondieron del todo al estímulo; pero la preocupación por la nutrición se generó en una población mucho más amplia que la de las pocas comunidades a las que se acercó directamente el Ministerio de Salud. El fatalismo fue paulatinamente eliminado, y en algunas comunidades se atacaron más tarde otros problemas más complejos tales como mercados o educación. Es esencial un gobierno comprometido con los cambios, aun cuando las circunstancias políticas sólo permitan un paso moderado. En países donde la estructura del poder bloquea el progreso social, ningún programa de nutrición comunitaria debería considerarse, excepto para intervenciones estrictamente terapéuticas y paliativas. Las agencias voluntarias, bilaterales e internacionales harían bien en meditar este aspecto con mayor frecuencia.

La experiencia parece demostrar, concluyentemente, que el tipo y la naturaleza de la intervención que la comunidad selecciona al inicio no es en sí muy importante. Se ha observado repetidamente, en casos donde un huerto comunal, o un puesto de salud, o un sistema de servicio de agua fueron las acciones llevadas a cabo en el período inicial, que conforme crece la conciencia y el interés de la comunidad, sus miembros se vuelcan hacia otras intervenciones asociadas, para eventualmente alcanzar un amplio paquete de acciones. El papel del técnico aquí está muy claro: informar, proveer alternativas, subrayar efectos sinérgicos y mostrar la complementación de intervenciones potenciales.

Se acepte o no que el orden de las intervenciones no es factor clave, aún en los países más comprometidos con el desarrollo de la comunidad hay ciertas consideraciones técnicas

que deben tomarse en cuenta. Estas constituyen el tema de la segunda parte.

## Parte II. Aspectos técnicos

Las sugerencias hechas a continuación son sólo algunas ilustraciones de lo que puede hacerse. Ciertamente no pretenden listar todo lo que es deseable, ni menos aún, aplicarse a todos los lugares y situaciones. Se enfatizará en los aspectos de salud, por razones de mayor familiarización con ellos.

### 1. Actividades de nutrición al nivel local que están relacionadas con el sector salud

Las medidas relacionadas con el sector salud para mejorar la nutrición son básicamente paliativas y en gran medida sintomáticas, pero no por eso deben ser descartadas. El individuo desnutrido, particularmente el niño desnutrido, es un ser peligrosamente enfermo, que tiene el derecho a un cuidado inmediato, competente y sostenido. Una de las primeras actividades nutricionales, por lo tanto, será asegurar tratamiento rápido y adecuado a todos los niños desnutridos. Esto implica diagnóstico adecuado y una detección precoz de los casos. Revisemos brevemente, aproximadamente por orden decreciente de prioridad y orden ascendente de complejidad, lo que generalmente puede hacerse.

#### a) Tratamiento del desnutrido

La gran mayoría de los niños desnutridos pueden y deben ser tratados en sus hogares. Las visitas domiciliarias y la educación nutricional en el hogar son los ingredientes claves del tratamiento lo que, obviamente, requiere bastante personal; de ahí la importancia de las personas que trabajan en nutrición en la comunidad: auxiliares de enfermería o de nutrición, promotores, guardianes de salud, voluntarios, etc. Un buen suplemento alimenticio si está disponible acelerará la recuperación y también estimulará la participación de la madre. Es esencial que el suplemento alimenticio sea dado a toda la familia y no sólo al niño enfermo.

El centro de rehabilitación nutricional (CERN), si se opera correctamente, proporcionará rápida recuperación y educación intensiva de la madre y al mismo tiempo alivia la carga del hospital. Sólo se justifica, sin embargo, en comunidades bastante

grandes y donde la prevalencia de la desnutrición es alta (5).

La hospitalización se reservará estrictamente a los casos muy severos y complicados de desnutrición, siendo la permanencia tan corta como sea posible, particularmente si hay un centro de rehabilitación cercano que acepte a los niños una vez terminada la fase inicial de recuperación en la sala del hospital. Una discusión de esos puntos puede encontrarse en las siguientes referencias: tratamiento en general (4), centros de rehabilitación nutricional (5), alimentación suplementaria (4, 6).

Dos aspectos merecen ser recalcados. En primer lugar, el término "tratamiento" de la desnutrición no es el más adecuado; mejor sería utilizar la palabra "manejo" del desnutrido. Es bueno recordar que, independientemente del cuidado dietético y médico que el niño requiere, también necesita afecto, calor humano, ejercicio físico, estimulación psicológica, y en muchos casos, el restablecimiento de una relación madre-niño normal.

El segundo aspecto se refiere a la necesidad de establecer o reforzar un sistema de referencia entre la comunidad, el puesto de salud, el CERN si existe, y el hospital. Muchas recaídas y muchas muertes pueden ser atribuidas a la falta de comunicación formal y de sistema efectivo de referencia de pacientes. En este aspecto, así como en el anterior, hay un amplio margen de acción para la comunidad.

#### b) Manejo y prevención de otras enfermedades

El tratamiento de la desnutrición nunca puede ser aislado. La mayoría de los pacientes desnutridos también sufren de enfermedades asociadas, entre las cuales, la diarrea, las infecciones urinarias, y la otitis media son las más comunes, las que deben ser tratadas inmediatamente. El nivel de atención médica proporcionado variará ampliamente de acuerdo al tamaño de la comunidad, la proximidad de buenos servicios de salud, los recursos sanitarios del país, y el grado de organización social a nivel de la comunidad y del país. En general, los auxiliares pueden tratar exitosamente más del 90% de las enfermedades y heridas a nivel de la comunidad, siempre que se cumplan tres condiciones: que el personal sea adecuadamente entrenado, que esté bien supervisado, y que haya un mecanismo de referencia mediante el cual los casos severos o complicados puedan ser enviados a lugares mejor equipados y con personal más calificado.

Hasta ahora hemos estado hablando principalmente del paciente individual. Sin embargo, si la meta es tratar esencialmente a todos los niños desnutridos, entonces debe establecerse un mecanismo que los identifique rápidamente.

c) Detección precoz y diagnóstico de la desnutrición

El diagnóstico de la desnutrición por personal no profesional puede hacerse fácilmente a través del uso del peso y talla. Una combinación de peso por edad y peso por altura da, para todos los fines prácticos, un grado suficiente de exactitud para identificar a los niños desnutridos (1). Dependiendo del grado de entrenamiento del personal, se podrá tomar en cuenta la observación de signos clínicos e información dietética para afinar el diagnóstico. Sin embargo, el problema más serio en la práctica es detectar la desnutrición en aquellos niños que no se presenten espontáneamente a la clínica de niños o al puesto de salud. Se ha usado una variedad de maneras, tales como visitas domiciliarias periódicas a todas las familias en Cali, Colombia, las que se han llamado "censos ponderales" (2); toma de peso periódico, ya sea en la casa o en lugares de reunión (3), identificación de los "contactos" (4), etc. El control periódico del estado nutricional de sus miembros más expuestos será un papel clave a jugar por la comunidad, al que deberá añadirse la supervisión de mujeres embarazadas. Y esto nos lleva a otra actividad local que es la:

d) Vigilancia nutricional

La vigilancia epidemiológica del estado nutricional de la comunidad no ha sido tradicionalmente una actividad local. No estamos seguros de que sea posible llevarla a cabo en forma prolongada, utilizando prácticamente sólo recursos locales. Sin embargo, la recolección continua de un número muy pequeño de indicadores claves (mortalidad infantil; peso y talla; peso al nacer si es posible; precios de alimentos básicos; lluvia; principales cosechas; etc.) podría ser de gran ayuda tanto para la comunidad como para las autoridades. Para la comunidad, porque ayudaría a detectar precozmente los casos, a conocer en todo momento su propia situación y estar alerta a los cambios. Es importante también porque afectará tanto la colaboración de la población con el sistema de salud, como la demanda de servicios. Al gobierno, la información desagregada de muchas comunidades proporcionaría una secuencia de la evolución de la nutrición en el país, la cual podrá compararse con otros indicadores recolectados a través de los sistemas estadísticos de información de sectores tales como, salud, agricultura, economía, etc. No se

sabe hasta qué grado puede confiarse en las comunidades para mantener una vigilancia continua durante un período de tiempo prolongado. Sin embargo, la experiencia del Ministerio de Salud de Panamá ha demostrado repetidamente cómo, debidamente motivadas y guiadas, las comunidades rurales pueden y verdaderamente hacen sus propias investigaciones de estado de salud y nutrición, interpretando sus hallazgos e identificando las causas de sus males de una manera sorprendentemente adecuada.

## 2. Medidas preventivas generales

La nutrición no puede estar separada del factor salud, y cualquier programa de nutrición debe poseer un fuerte componente de salud. La nutrición pura está superada, esperamos que para siempre. El saneamiento ambiental, y particularmente la provisión domiciliar de agua potable, letrinas, educación para la salud, inmunizaciones, son algunas de las actividades de salud que contribuyen a mejorar la nutrición y constituyen oportunidades para una acción comunitaria organizada. Otra vez Panamá es un buen ejemplo de un país donde es el pueblo el que realiza esas actividades, con ayuda del Ministerio de Salud. En Honduras, la provisión de agua a las pequeñas comunidades es un componente importante del plan nacional de nutrición.

La planificación familiar e inmunizaciones son compañeros inseparables de las actividades de nutrición. No se puede razonable y honestamente enfocar el problema nutricional divorciado de todos los componentes de la salud de la familia, como nutrición, atención prenatal, inmunizaciones, planificación familiar, saneamiento ambiental, educación para la salud, motivación para la acción comunitaria, participación de la mujer, etc. El bienestar de la familia depende de cada uno de estos factores, y eliminar uno de ellos, basándose en conceptos obsoletos de salud pública, prejuicios ideológicos o religiosos, es sencillamente inaceptable. Ninguno de ellos, por otro lado, excepto para la prevención de unas pocas enfermedades que representan un peligro para terceras personas, nunca debería ser impuesto a nadie.

## 3. Aumentar la producción de alimentos

Aumentar la producción de alimentos para aliviar la desnutrición de la comunidad es una idea lógica y ha sido un gran componente de la mayoría de los programas de nutrición comunitaria desde que estos fueron promovidos por las agencias de las Naciones Unidas. Los llamados "Programas Integrados de Nutrición

Aplicada" (PINA) fuertemente respaldados por FAO, OMS y UNICEF en las décadas de los 50 y 60, siempre tuvieron un fuerte componente de producción: huertos escolares o comunales, crías de aves de corral y de otras clases de animales, clubes 4H, 4C, 4D, etc. Agencias voluntarias, tales como CARE o el proyecto Heffer para animales, perseguían la misma filosofía. Existe poca duda de que este enfoque haya sido útil como un medio educacional (la educación fue una meta explícita de todos esos programas) y de que fue una motivación para los gobiernos. Aún así, el efecto de los programas de producción de alimentos a nivel local sobre el mejoramiento de la nutrición es dudoso, ya que sólo en muy pocas situaciones dieron efectos positivos concluyentes. Aquellos programas han sido perjudicados por la falta de coordinación; por la selección de cultivos, tales como hortalizas, a menudo irrelevantes en relación a las necesidades nutricionales y por diseños inadecuados con poca o ninguna evaluación.

Esto no se debe interpretar como un menoscabo a la importancia de la producción; sin embargo, la extensión agrícola, la enseñanza de técnicas de cultivo, la organización de la juventud rural, la motivación, etc. son una cosa y el mejoramiento de la nutrición es otra. La producción de alimentos como una acción de la comunidad, aunque sea buena en sí, usualmente no afecta en forma significativa el estado nutricional de los niños de la población. Un aumento significativo de la producción alimentaria, acompañado de un impacto nutricional no se logra sólo con programas locales, a nivel de la comunidad; necesitaría además, un mejor acceso a la tierra, crédito, asistencia técnica adecuada competente y continua, mercadeo y otras condiciones que se encuentran sólo después de importantes cambios estructurales y de organización en el país o en la región. Aquellos factores limitantes fueron revisados brevemente en la parte I.

#### 4. Aumento del ingreso

Se han probado actividades como aumento de la producción alimenticia, desarrollo de la artesanía, de la pequeña industria o la industria casera, etc. Como en el caso de la producción local de alimentos, la creación de empleos y el aumento del ingreso son tareas difíciles y, cuando se logran, usualmente se deben a una voluntad fuerte y sostenida del gobierno de romper o enmendar las estructuras que mantienen los sueldos bajos y perpetúan el subempleo. Los trabajadores de la comunidad no deberían fijarse metas ambiciosas de incremento del ingreso, sino contentarse con aumentos realistas. Deberán tomar en cuenta

lo limitado que a menudo es su propio rol en mejorar los niveles de ingreso.

## 5. Educación

La educación es esencial para mejorar la nutrición. Pero, una vez más debemos preguntarnos: ¿Qué clase de educación? ¿Para qué? La educación nutricional per se usualmente no compensa el tiempo que se gasta a menos que esté diseñada para respaldar y sostener otra actividad que la gente sienta necesaria y realmente quiera. ¿Cómo llevar a cabo una educación nutricional efectiva, es decir, un tipo de educación que logre modificar el comportamiento?; es una pregunta que hasta ahora está abierta. Los métodos tradicionales, tales como pláticas a grupos de madres, charlas, "posters", panfletos, etc., son inútiles si no son parte de una actividad que la gente entienda y por la cual se preocupe. Y aún así, su efectividad en relación a su costo presenta serias dudas. Los métodos más modernos tales como radio, televisión, cassettes, etc., son prometedores pero necesitan mucho más investigación. El peligro con ellos es la importancia que se le pueda dar a los aspectos mecánicos y electrónicos de los aparatos e instrumentos, y el riesgo de perder de vista el objetivo, el cual es cambiar actitudes y conductas. En este sentido, deberíamos llamar educación a la concientización de la comunidad, su motivación y participación a través del diálogo con los trabajadores de salud, que resulte en acciones efectivas, de lo que Panamá, otra vez, constituye un buen ejemplo.

## Parte III. Comentarios Generales

La experiencia parece indicar que cualquiera de estos enfoques -y en realidad hay muchos más- son válidos como punto de partida, siempre que la organización y la acción de la comunidad sea una meta y no sólo un medio. Se requeriría, además, que el contexto social esté comprometido a cambiar. Debe decirse, en verdad, que en algunos países como en los de América Latina, los gobiernos tratan de debilitar la situación de dependencia-explotación; pero, generalmente lo hacen contra una tremenda resistencia y con poco margen de maniobra.

### 1. Comentarios sobre coordinación y supervisión

El enfoque "coordinado" o "integrado" de la desnutrición a nivel local, es lógico y atractivo. Puesto que la desnutrición se debe a múltiples causas y que combatirla significa involucrar

a varios sectores, entonces resulta necesaria una acción combinada y coordinada de los Ministerios de Salud, Agricultura y Educación. Este fue el argumento básico de los famosos PINAS (Programas Integrados de Nutrición Aplicada) y esquemas similares. Estos últimos no tuvieron éxito, como ya vimos, en parte por errores ideológicos o técnicos; pero, por sobre todo demostraron que la coordinación era casi imposible.

Los errores principales fueron: primero, el de considerar por lo menos en la práctica, la participación de la comunidad como un recurso adicional y no como una meta en sí misma. El segundo error conceptual fue el de diseñar actividades basadas en presunciones más que en un estudio epidemiológico objetivo de la desnutrición. Y finalmente, se formularon metas de nutrición totalmente fuera de proporción con las medidas propuestas para alcanzarlas.

La coordinación fue satisfactoria sólo en pocos casos, y nunca por largos períodos. Y aún en estos pocos casos habría fracasado si uno de los sectores no hubiera tomado el liderazgo sobre los demás. Podría aventurarse la hipótesis de que tal vez uno debería dejar de desperdiciar horas-hombre en la coordinación a nivel local, y adoptar en su lugar un enfoque "uni-agencial", ya sea esta agencia el Ministerio de Salud (como en Panamá), el Instituto Nacional del Bienestar de la Familia (como en Colombia), o el Sector Agrícola (como en Río Grande do Norte, Brasil), dependiendo de las circunstancias locales. Uno experimenta escepticismo, ciertamente, cuando ve por primera vez a las enfermeras del Ministerio de Salud de Panamá arando un campo comunal con un pequeño tractor o cuando se observa al personal agrícola promoviendo salud cerca de Natal, en Brasil. ¡Sin embargo, sí funciona! Los miembros de las comunidades no clasifican sus problemas como lo hacemos los funcionarios. Para ellos, la división de responsabilidades entre los sectores o ministerios no refleja sus necesidades. Esta separación, desde el punto de vista de la comunidad, es irrelevante. La proposición entonces, -y necesitaría más pruebas- es que mientras que a los distintos ministerios debería dejárseles su función normativa y la de entrega de servicios especializados, la acción comunal básica debería ser manejada por una sola agencia.

Agencias fuertes de desarrollo comunal sí existen (tales como FOCCO en El Salvador). Sin embargo, a menudo operan

paralelamente a otros servicios gubernamentales, con los cuales no siempre tienen relaciones fáciles ni claras. En este punto también necesitaríamos más investigación.

El exceso de énfasis que se le dió en el pasado a la coordinación (exceso en relación a los resultados obtenidos) se contrarresta con el poco énfasis en la supervisión (7). Es casi una regla que los trabajadores comunitarios son poco supervisados, y que los supervisores no han sido adiestrados en técnicas de supervisión. A la sugerencia de dar una mejor oportunidad al enfoque uni-agencial debería añadirse un fuerte impulso a la supervisión. Con una mejor supervisión, cada participante desempeña su propio papel y tal vez disminuya la necesidad de coordinación.

## 2. Lecciones de los países socialistas del Tercer Mundo

Hace una década, tomar en cuenta las experiencias de los países socialistas del Tercer Mundo era tabú. En menos de diez años, con el grado de inconsistencia e irresponsabilidad que caracteriza tanto a científicos como a políticos, el "médico descalzo" está de moda, y se desarrolla una gran curiosidad hacia los sistemas de salud de Asia. Tal exageración es realmente contraproduktiva, ya que genera una reacción que limita la extraordinaria importancia que tienen para la salud en el mundo subdesarrollado los modelos tales como los de China Popular. Dos aspectos muy importantes deben señalarse: El primero, es que el enfoque del servicio de salud desarrollado en China o Vietnam del Norte o aún en Cuba, lo fue en un contexto muy diferente de lo descrito brevemente en la primera sección, ya que estos gobiernos están comprometidos en mejorar las condiciones sociales. La relación de explotación-dependencia ha sido eliminada, y la participación y responsabilidad de la comunidad es parte de la filosofía social dominante. El segundo aspecto es que en esos países como en los no socialistas, el personal encargado de la salud encuentra gran número de problemas, particularmente con relación a la entrega de servicios de salud. Tienen que encarar contradicciones severas entre las demandas de la población y los roles relativos del médico descalzo, o del auxiliar local por un lado, y las exigencias de una medicina más sofisticada, por el otro.

La verdad es que nosotros deberíamos tratar de aprender

más de esos países, pero también tomar la lección críticamente y entender que la clase de estructuras políticas y sociales prevalecientes en muchos países en desarrollo, limitan severamente las posibilidades de adoptar o adaptar esta lección. Las agencias internacionales podrían ser en ese aspecto de más ayuda de lo que han sido en el pasado.

### 3. El papel de las agencias privadas y voluntarias

Los grupos privados, iglesias, agencias voluntarias (CARE OXFAM, CRS, Church World Service, etc.) a menudo operan programas nutricionales locales, que tienen poca o ninguna conexión con los servicios del gobierno huésped. En la medida que esos programas sean bien concebidos, con buen personal, y tengan continuidad, su significado puede muy bien trascender los límites de la comunidad en que se aplican. Si bien su significado humano y filosófico es fácil de entender, su contribución tecnológica no siempre es bien entendida. La labor de Behrhorst, en Guatemala (8, 9); el proyecto POSHAK en la India (10), el trabajo de los Berggrens en Haití (11), son buenos ejemplos. Sin embargo, esos esfuerzos no producen un impacto real y permanente a nivel nacional en aquellos países donde no existe un sincero y activo deseo de progreso social. Las agencias voluntarias generalmente no están dispuestas a reconocer tal limitación. Esto probablemente explica en parte el divorcio que se observa de vez en cuando entre los gobiernos y las agencias de las NNUU por un lado y los grupos privados por el otro. Se puede sin contradicción, admirar, reforzar y contribuir con los esfuerzos de las agencias voluntarias y al mismo tiempo, reconocer que en muchos países su impacto como un todo, no es significativo; por lo tanto, además de brindar calor, generosidad y compasión (de los cuales las agencias internacionales y los gobiernos a menudo carecen), el papel de los grupos privados podría ser el de abrir nuevos caminos, probar nuevas técnicas encaminadas a mejorar la nutrición y demostrar cómo pueden y deben ser tomados enfoques más humanos. Los gobiernos y las agencias de las Naciones Unidas deberán aprender más de ellos y ayudarlos, lo que hará surgir un diálogo permanente sobre cómo enfocar la nutrición, la salud y el bienestar de la comunidad.

## BIBLIOGRAFIA

1. McLaren, D.S. (Ed.). Nutrition in the community. John Wiley & Sons, Londres, 1976.
2. WHO-UNICEF. Joint study on alternative approaches to meeting basic health needs of populations in developing countries, E/ICEF/L. 1322, UNICEF, New York, 1974.
3. Béhar, M. La responsabilidad del sector salud en la alimentación y la nutrición. Bol. Ofic. Sanit. Panamer., 75, 1973, p. 395-405.
4. Beghin, I. Centers for combating childhood malnutrition, en: McLaren, Ed., Nutrition in the community, John Wiley & Sons, Londres, 1976, Capítulo 15, p. 169-183.
5. Beghin, I. y Viteri F. Nutritional rehabilitation centers: an evaluation of their performance. J. Trop. Pediat. Envir. Child Hlth., No. 19, 1973, p. 403.
6. Beghin, I., Baez, M., Lucena, M.A., Costa, T., Bazante, M. y Batista, M. The integration of nutrition into the health services of Northeast Brazil: supervised supplementary feeding. Ecology Food Nutr., No. 1, 1972, p. 295.
7. Baez, M., Beghin, I. y Aranda-Pastor, J. Supervisión de programas de nutrición. Arch. Latinoamer., Nutr., 25 No. 3, 1975, p. 252-258.
8. Delivery of primary care by medical auxiliaries: techniques of use and analysis of benefits achieved in some rural villages in Guatemala, Scientific Publication No. 278, PAHO, Washington, D.C., 1973.
9. Behrhorst, C. The Chimaltenango development project in Guatemala, en: Newell, K.W. (ed.), Health by the people WHO, Ginebra, 1975.