

# FORTALECIMIENTO DE LOS COMPONENTES DE LA SALUD EN LOS PROGRAMAS DE NUTRICION

Resumen de un documento preparado por la OMS<sup>1</sup>

*En esta condensación de un documento de la OMS se examina el problema de la malnutrición en los grupos de población más vulnerables—especialmente los lactantes y preescolares— y la función que corresponde a los servicios locales de salud en la solución de ese problema en los países en vías de desarrollo.*

## Introducción

La malnutrición, especialmente de los grupos vulnerables, constituye uno de los problemas de salud más destacados en la mayoría de los países en vías de desarrollo. Por eso, cada país debe tener en cuenta esta circunstancia en su política en materia de salud y también, por consiguiente, al planificar el mejoramiento de la salud y la organización de los servicios relacionados con la misma. No cabe duda de que las autoridades de salud tendrán que desempeñar un importante papel en la definición del problema de la malnutrición tal como se manifiesta en cada país y en determinar las necesidades nutricionales de la población. Es igualmente evidente que en la preparación y ejecución de planes y programas para el fomento de la salud, muchos otros servicios nacionales deberán desempeñar un papel esencial en el mejoramiento de la producción de alimentos—tanto en el orden cualitativo como en el cuantitativo—y en la conservación, elaboración y distribución de los mismos, así como en el desarrollo cultural, social y económico de la población. Por consiguiente, es indispensable que los que asumen la responsabilidad de los planes nacionales y los ministerios pertinentes actúen en estrecha cooperación según un plan integral de desarrollo nacional. Esto

constituye un requisito previo para conseguir, desde un primer momento, el control de la malnutrición y un mejoramiento general del estado nutricional de la población. Asimismo es indispensable que la coordinación convenida a nivel nacional se efectúe también a los niveles intermedio e inferior de las organizaciones y servicios interesados en la ejecución de planes a este respecto.

Desde el punto de vista de la salud, se sabe que la prevención de la malnutrición es una de las funciones de los servicios básicos de salud ofrecidos a la comunidad, y que el problema de la malnutrición de los grupos vulnerables puede dominarse eficazmente mediante estos servicios. Para ello, estos últimos deben mantener una estrecha cooperación no sólo con los demás servicios gubernamentales de desarrollo económico y social, sino también con los dirigentes de la comunidad que se proyecta atender.

El papel que desempeñan las organizaciones a nivel nacional e intermedio es de innegable importancia. Sin embargo, puesto que a nivel local es donde más se necesita elaborar los detalles, el presente trabajo—visto en el contexto de la función de la oms de contribuir a la solución de los problemas de salud de los países—se refiere a la función que asumirán los servicios locales de salud en el control y prevención de la malnutrición de los grupos más vulnerables de la comunidad, a saber, los lactantes y los niños de edad preescolar.

<sup>1</sup> Documento JC14/UNICEF-WHO/6.65, preparado para la 14a Sesión del Comité Mixto UNICEF/OMS sobre Política en Materia de Salud, celebrada en Ginebra, Suiza, del 8 al 10 de febrero de 1965.

CUADRO 1 — La mortalidad en la infancia y la niñez en los países (A) en que la malnutrición proteicoenergética es desconocida o sumamente rara y (B) en los que es frecuente.<sup>a</sup>

País	Mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos	Mortalidad de menores de 5 años como porcentaje de la mortalidad total
<b>A.</b>		
Canadá	28,4	10,8
Checoslovaquia	25,7	5,0
Inglaterra y Gales	22,2	3,7
Japón	33,7	9,2
Estados Unidos de América	26,4	7,5
<b>B.</b>		
Argelia	117,9 (musulmanes)	57,8 (musulmanes)
	37,6 (europeos)	10,8 (europeos)
Sudáfrica	120,6 (negros)	55,9 (negros)
	62,1 (asiáticos)	33,5 (asiáticos)
	28,7 (blancos)	10,1 (blancos)
Chile	127,7 <sup>b</sup>	41,6
México	74,4	46,6
Ceilán	57,5	39,1
India	101,8 <sup>c</sup>	38,4
Filipinas	73,1 <sup>d</sup>	46,1 <sup>d</sup>

<sup>a</sup> Las cifras corresponden a 1959 y 1960, con las excepciones indicadas, y proceden del *Annual Epidemiological and Vital Statistics*, de 1959 y 1960, Organización Mundial de la Salud.

<sup>b</sup> 1958.

<sup>c</sup> 1956.

<sup>d</sup> 1960.

### Principales problemas de nutrición en preescolares

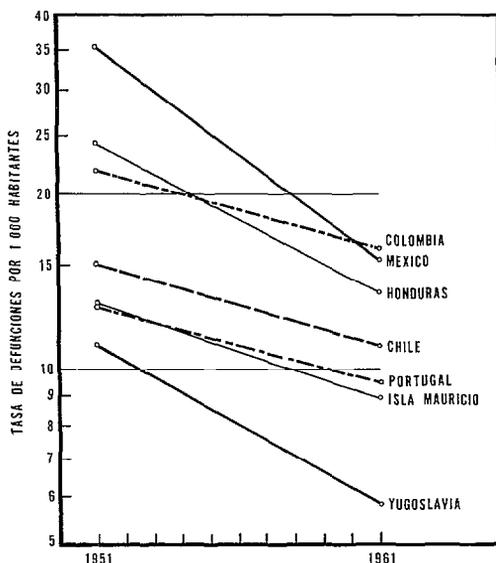
En un trabajo publicado recientemente<sup>2</sup> se ofrece información sobre la magnitud de la malnutrición en el mundo, especialmente en los niños de corta edad.

No es necesario entrar en detalles acerca de la epidemiología de la malnutrición, pero es oportuno mencionar los hechos que figuran a continuación.

- En algunos países la mortalidad de niños representa el 50% o más de la mortalidad total (cuadro 1). Hay muy poca duda sobre el papel que desempeña la malnutrición en esta proporción de mortalidad.

- En algunos países en vías de desarrollo la tasa de mortalidad de los niños entre uno y cuatro años de edad resulta de 15 a 20 veces mayor—y a veces más—que en los países desarrollados. Sin embargo, parece que dicha tasa

FIGURA 1 — Tendencias de la tasa de mortalidad de niños de 1 a 4 años de edad (1951-1961).



de mortalidad tiende a declinar en algunos países (figura 1). Esta declinación puede deberse a numerosos factores, entre ellos a un mejor registro de datos y estimaciones demográficas, al control de la malaria y de otras enfermedades infecciosas

<sup>2</sup> Patwardhan, V. N.: "Protein-Calorie Deficiency Disease: Public Health Aspects", en: *Proceedings of the Sixth International Congress of Nutrition*, Edimburgo, 1963. Edimburgo y Londres: E. and S. Livingstone, 1964.

y, posiblemente, a la expansión de los servicios de salud que ofrecen una mejor atención médica a la infancia. Se desconoce la influencia de cualquier mejoramiento del estado de nutrición infantil sobre tal declinación. Por consiguiente, sería muy conveniente proceder a un mejor análisis de los datos disponibles sobre este aspecto.

- Aunque no se conoce exactamente la prevalencia de casos de malnutrición proteico-calórica grave, hay indicaciones de que en ciertas zonas de los países en vías de desarrollo la misma puede oscilar del 1% al 9% entre los niños en edad preescolar.

- Los casos benignos de deficiencia proteico-calórica, manifestada en un retraso del crecimiento, son muy frecuentes entre los niños de los países en vías de desarrollo, y probablemente constituyen la característica más común, a la vez que el problema más importante de salud pública, en este grupo de edad.

- La incidencia de casos de malnutrición proteico-calórica grave registra variaciones estacionales y es generalmente elevada al mes o a los dos meses siguientes a un brote de diarrea o sarampión.

- Como era de esperar, existen indicios de que el problema de la malnutrición proteico-calórica entre familias del mismo nivel de ingresos es más grave en las familias grandes que en las pequeñas.

- En algunos países, la malnutrición en los niños de corta edad parece ser más grave en las poblaciones urbanas marginales que en zonas rurales.

- Si bien el principal problema de la nutrición recae en niños de seis meses a tres años de edad, la acción directa de salud pública debe continuar después de este período, a fin de rehabilitar nutricionalmente a los niños malnutridos.

- La deficiencia de vitamina A está a menudo asociada con la malnutrición proteico-calórica y afecta al mismo grupo de edad. En la mayoría de los países, en cualquier acción dirigida a prevenir la malnutrición proteico-calórica se debe considerar también el problema de la deficiencia de vitamina A, y viceversa.

### *La malnutrición y la infección*

En niños que ya están en un estado marginal de nutrición, cualquier infección como el sarampión o la disentería puede provocar una deficiencia proteico-calórica

aguda (kwashiorkor). Esta complicación es bien conocida por muchos médicos de países en vías de desarrollo donde la deficiencia proteico-calórica está muy extendida. El control de estas infecciones reduciría la morbilidad y la mortalidad debida a la deficiencia proteico-calórica aguda mediante el tratamiento aplicado con la rapidez debida y la prevención con inmunizaciones (cuando sea factible), el saneamiento ambiental (agua potable, alimentos higiénicos y eliminación de excretas) y la higiene personal.

Invirtiendo los términos, una infección en un niño desnutrido toma un curso mucho más severo—a menudo conducente a la muerte—que en un niño bien alimentado. La comparación de la mortalidad específica debida al sarampión, la tuberculosis y las enfermedades diarreicas entre grupos de edad preescolar de algunos países en vías de desarrollo, con la de países muy desarrollados, ilustrará claramente el hecho mencionado. Un reciente estudio epidemiológico realizado en aldeas de Guatemala reveló que la rehabilitación nutricional por sí sola puede reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades diarreicas en los grupos de edad más vulnerables, particularmente durante el período del destete (de los seis a los 18 meses de edad).

En la planificación de programas de actividades, merece la más alta prioridad la consideración de esta interrelación entre la malnutrición, la infección y la infestación. Donde sea posible, es preciso atacar estos problemas de varias maneras simultáneamente; es decir, iniciando programas bien coordinados de saneamiento ambiental, inmunización, educación sanitaria de las madres y rehabilitación nutricional. Sin embargo, cuando los medios son limitados, como ocurre en muchos países en vías de desarrollo, es preciso estudiar minuciosamente dónde se encuentra el punto más débil de este círculo vicioso de la malnutrición y la infección o la infestación. Una vez identificado este punto débil, se debe atacar por allí a fin de interrumpir el círculo. Esto variará de una zona a otra, según la

prevalencia de ciertas infecciones e infestaciones, los hábitos alimentarios e higiénicos insatisfactorios y las creencias y supersticiones de la población.

#### **Objetivos de los programas de nutrición en los servicios locales de salud**

A juzgar por la información disponible, los objetivos que se señalan a continuación pueden ser comunes a la mayoría de los países en vías de desarrollo, aunque el orden de prioridad puede variar en cada uno de ellos.

- Reducir la mortalidad infantil debida, directa o indirectamente, a la malnutrición.
- Disminuir la incidencia de la malnutrición.
- Mejorar el estado de nutrición de los grupos vulnerables, tales como las mujeres embarazadas o durante el período de lactancia, los lactantes, los niños de corta edad y los escolares.
- Mejorar la dieta familiar en general.
- Despertar en la comunidad el interés por una mejor nutrición.
- Promover y alentar a otros organismos locales, y cooperar con ellos en la ejecución de medidas tales como las encaminadas a asegurar la obtención de alimentos de acuerdo con las necesidades nutricionales apremiantes y las que experimenta la población en general en cuanto a la nutrición.

Es evidente que una misma medida permite alcanzar simultáneamente varios objetivos y que un mismo objetivo puede lograrse por diversos medios.

La prevención y el tratamiento de enfermedades debidas a deficiencias nutricionales, particularmente en los niños de corta edad, y la introducción de prácticas alimentarias apropiadas requieren la comprensión y cooperación voluntaria total de todas las familias interesadas. Esta cooperación debe obtenerse por todos los medios posibles y requiere ser estimulada de manera sistemática. Tal vez se consiga en mayor grado mediante la prestación de amplios servicios maternoinfantiles dentro de la estructura de los servicios generales de salud. La gama de actividades de estos

servicios podrá ser más o menos completa según lo permitan las condiciones locales. Les corresponde una función muy importante a las clínicas para lactantes y niños de corta edad, enfermos y sanos, que ofrezcan educación sobre nutrición—incluso demostraciones de preparación de comidas—tanto en la clínica misma como durante visitas a domicilio; así como también a las clínicas de atención prenatal que asesoran a las futuras madres sobre el cuidado del niño que esperan.

Asimismo, los hospitales con camas de pediatría que aceptan a niños enfermos acompañados de sus madres, los departamentos de pacientes externos donde se ofrece tratamiento y vigilancia ulterior al enfermo después de salir del hospital, los centros especiales de rehidratación para casos moderadamente graves y los centros orientados hacia la rehabilitación de niños subnutridos y malnutridos, los clubs de madres, las asociaciones de mujeres y otras instituciones locales ofrecen excelentes oportunidades para hacer comprender a las madres los peligros de la malnutrición para los niños, y por cierto, para enseñarles cómo pueden evitarse estos peligros y repararse los daños que aquella haya causado. Sobre la base de la situación local, será preciso establecer y poner en marcha sistemas de remisión de pacientes. Para obtener los mejores resultados, estas actividades deben llevarse a cabo en estrecha colaboración con las autoridades de salud y bajo su orientación y supervisión.

#### **Los programas de nutrición en el campo de la salud: protección de los niños de edad preescolar**

La contribución de los servicios de salud en los programas de nutrición a nivel local—particularmente los de higiene maternoinfantil relacionados con la protección de los niños de edad preescolar contra la malnutrición—puede clasificarse de la siguiente manera:

1. Examen periódico de la población expuesta, descubrimiento precoz de la malnutrición y control de infecciones e infestaciones asociadas con ella.

2. Educación de las madres y de la población en general en materia de nutrición.

3. Programas de alimentación suplementaria.

4. Programas de rehabilitación nutricional.

5. Tratamiento de casos graves de malnutrición.

Se sobreentiende que otras actividades de los servicios básicos de salud, especialmente las relacionadas con el saneamiento ambiental, ejercen una gran influencia en el estado nutricional de la población, en particular en el de los niños de corta edad.

#### *Examen periódico de la población*

Desde hace años, en las clínicas asistenciales se ha prestado particular atención a los lactantes y, probablemente, esto constituya uno de los factores importantes que contribuyen a la reducción de la mortalidad infantil.

En cambio, poca atención ha recibido la necesidad de continuar vigilando debidamente a los niños después de que superan el año de edad, aunque en años recientes la situación ha mejorado un poco a este respecto.

El examen periódico de los preescolares puede estar a cargo de los servicios de salud donde se registran los datos sobre el peso y la estatura, y también puede efectuarse durante las visitas domiciliarias, así como por medio de encuestas especiales.

No se ha concedido a esta vigilancia domiciliar de los niños la atención que merece. Es indispensable que las enfermeras o las auxiliares de enfermería estén en condiciones de identificar algunos signos de malnutrición en la infancia, de llamar la atención a las madres sobre el problema y de dirigir el caso hacia los servicios apropiados.

En zonas en que se espera que la malnutrición constituya un problema de salud

pública más importante en los niños de edad escolar, la OMS ha alentado a los países para que lleven a cabo encuestas periódicas simples en la comunidad a fin de determinar la prevalencia de la malnutrición y tomar las medidas oportunas.

Además, la OMS ha señalado también que cuando se presenta un caso de síndrome pluricarencial infantil o de otra enfermedad nutricional en un hospital o centro de salud, no basta con dedicar atención exclusivamente al paciente, pues pueden existir otros casos en la misma familia. En las enfermedades de la nutrición, como en las transmisibles, la localización de un caso puede conducir al descubrimiento de otros en el mismo medio. Puede ocurrir que por cada caso de kwashiorkor existan varios de malnutrición en menor grado, en la misma familia o comunidad. Por consiguiente, el examen de los niños de una familia en que se ha presentado un caso de kwashiorkor es un buen sistema para localizar casos de malnutrición en su inicio. Esta medida contribuirá también a incrementar nuestros conocimientos sobre una de las principales causas de malnutrición.

Por último, todos los años acuden miles de niños aquejados de diversos males a clínicas, dispensarios, y departamentos de pacientes externos de hospitales. Si el personal encargado de estos centros está en condiciones de identificar la malnutrición con rapidez suficiente mediante un simple examen físico, se podría evitar que una gran proporción de niños cayera en un estado grave de malnutrición.

El efecto combinado de la vigilancia domiciliar y en clínicas, y de encuestas especiales, puede contribuir considerablemente a evitar casos graves de malnutrición, y, en consecuencia, economizar los esfuerzos y fondos que se invierten en programas de tratamiento y rehabilitación nutricional.

Los programas de inmunización y, en los casos indicados, de desparasitación y tratamiento de infecciones benignas, deben establecerse donde sea posible.

### *Educación en materia de nutrición*

La importancia de la educación en materia de nutrición y los modos de enfocarla dentro de las actividades de salud se examinan de manera particularmente detallada en el Cuarto, Quinto y Sexto Informes del Comité Mixto de la FAO y de la OMS de Expertos en Nutrición.<sup>3</sup>

Se ha demostrado que la ignorancia de los padres acerca de las necesidades nutricionales del niño, la manera de preparar los alimentos, las condiciones higiénicas insatisfactorias y ciertas creencias y tabúes figuran entre los principales factores causantes de la elevada prevalencia de malnutrición en los niños de corta edad en la mayoría de las zonas en vías de desarrollo. La influencia de estos factores podría evitarse mediante un programa educativo bien organizado.

Esta afirmación no resta importancia a los factores económicos, la disponibilidad de alimentos, las malas condiciones sanitarias del medio, etc. No obstante, es evidente que la gravedad de la situación que hoy se observa podría disminuir de manera considerable, especialmente en lo que concierne a la mortalidad y morbilidad, si la madre (o tanto el padre como la madre) estuvieran bien informados y adoptaran una actitud más adecuada para la alimentación de sus hijos.

La nutrición es esencialmente una cuestión familiar y los cambios en las pautas de alimentación o la adopción de nuevos productos alimenticios tienen lugar en forma

lenta, como resultado de la suma de gustos individuales y nuevas posibilidades. Sin embargo, pueden mejorarse ciertos aspectos de la nutrición, particularmente en relación con las madres y los niños, si grupos influyentes o la comunidad en conjunto consideran importante la alimentación de sus miembros vulnerables.

Los trabajadores de salud que se dedican a la nutrición o a cualquier otro problema de su competencia necesitan que la población esté organizada en cierta medida, además de lo que para ello pueda aportar el centro de salud a través del cual prestan servicios. Los comités de salud con representantes de grupos de mujeres, agricultores, grupos religiosos y escuelas pueden, con una buena orientación técnica, formular recomendaciones y tomar la iniciativa en la labor de interesar al público en una mejor nutrición mediante conductos adecuados al medio local.

Por medio de las visitas domiciliarias y la prestación de servicios en los centros de salud, los trabajadores de salud tiene muchas oportunidades de ofrecer enseñanza sobre nutrición y de interesar a los ciudadanos en la labor del comité. Por tanto, es de importancia primordial que estos trabajadores estén bien informados y se expresen de manera unánime. En la educación en materia de nutrición no hay nada que sustituya al contacto personal, particularmente con los miembros menos cultos y más necesitados de la comunidad. A menudo, estas personas no participan en las actividades de la comunidad y quedan al margen de cualquier esfuerzo organizado. Sin embargo, son las más necesitadas y aquellas a las que el trabajador de salud debe prestar la mayor atención tanto desde el punto de vista de comprender sus problemas como de arbitrar medios eficaces para su ayuda y educación.

A continuación se examinarán dos actividades específicas de educación en materia de nutrición.

*Ensayos de alimentos locales y unidades de demostración para lactantes y niños de edad*

<sup>3</sup> Organización Mundial de la Salud: *Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Nutrición, Cuarto Informe*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, 1955 (*Org mund Salud: Ser Inform Téc* 97).

—: *Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Nutrición, Quinto Informe*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, 1958 (*Org mund Salud: Ser Inform Téc* 149).

—: *Comité Mixto FAO/OMS de Expertos en Nutrición, Sexto Informe*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, 1963 (*Org mund Salud: Ser Inform Téc* 245).

*preescolar*. Una de las grandes dificultades en los programas educativos de alimentación de niños de corta edad es la falta de información sobre los hábitos locales y las posibilidades de mejorar las costumbres existentes utilizando los alimentos disponibles en la localidad. Se trata de un problema que requiere cierto estudio y ensayos sobre el terreno. En los países donde prevalece la malnutrición en los lactantes y niños de corta edad se necesita ensayar fórmulas alimenticias para niños normales y enfermos, sin alterar demasiado la preparación de los alimentos de la familia en el hogar.

En muchos países se podrían establecer unidades de ensayo y demostración bajo la dirección de un dietista o de un nutricionista de salud pública y con vigilancia médica adecuada, preferentemente a cargo de un pediatra. Las funciones principales de dichas unidades serían las siguientes:

1. Acopio de información sobre hábitos alimentarios y preparación de alimentos, particularmente relacionada con las prácticas de nutrición de lactantes y niños de corta edad.

2. Ensayos basados en métodos de elaboración de fórmulas alimenticias para lactantes o comidas para niños de corta edad, adaptadas a las costumbres locales y utilizando utensilios también locales y que se ajusten lo más posible a las comidas habituales de la familia.

3. Organización de cursos ordinarios de adiestramiento para auxiliares de enfermería y otro personal profesional o auxiliar que preste servicios en programas de educación de las madres.

4. Preparación de información sobre los mejores métodos de alimentar a los lactantes y niños y divulgación de la misma entre el personal nacional encargado de programas educativos en materia de nutrición.

Estas unidades de ensayo y demostración de alimentos locales, cuya labor estaría bajo la amplia dirección de los servicios de pediatría e higiene materno-infantil, podrían facilitar información sobre unidades de demostración de alimentos organizadas en toda la comunidad. Tales unidades deben

estar estrechamente ligadas a los programas de demostración de alimentos llevados a cabo por otros organismos locales, el contenido de los cuales deberá mantener una uniformidad técnica, y basarse en los recursos locales y en las normas establecidas por las autoridades de salud para las prácticas de alimentación de los lactantes y niños de corta edad.

*La enseñanza del cuidado del niño en las escuelas.* Además de los programas generales de educación en materia de nutrición, llevados a cabo en las escuelas mediante programas de educación sanitaria y economía doméstica (así como de alimentación y huertos escolares), se requieren medidas más vigorosas para ofrecer a las jóvenes de la comunidad una educación más específica sobre el cuidado del niño, particularmente en los aspectos nutricionales.

La mayoría de las actividades relacionadas con las madres—que en la actualidad deben llevarse a cabo en los centros de salud—podrían iniciarse ventajosamente en fecha más temprana, es decir, cuando las jóvenes asisten todavía a la escuela. Es cierto que, particularmente en los medios rurales de algunos países en vías de desarrollo, sólo una pequeña proporción de jóvenes asisten a las escuelas, pero aun en este caso sería muy conveniente que en ellas se les ofreciera instrucción sobre el cuidado del niño, demostración de alimentos y otros aspectos importantes.

#### *Programas de alimentación suplementaria*

La experiencia obtenida en los centros de salud con el programa de distribución de leche descremada demostró que si éste está bien organizado constituye un complemento muy valioso de otras actividades, particularmente de las de educación sanitaria. Probablemente, el aspecto más destacado y positivo de este programa fue la asistencia de un mayor número de madres a los centros de salud. Además, parece ser que en ciertas zonas (las Antillas) ha constituido uno de los

principales factores de la disminución de la mortalidad infantil.

Sin embargo, el programa tiene sus limitaciones; estas se cifran particularmente en el hecho de que en algunos países la distribución de leche descremada en polvo tiene muy poco valor educativo, sea porque este alimento no existe en el mercado o por su costo muy elevado.

Gracias a la orientación ofrecida por el Grupo Asesor de la OMS, la FAO y el UNICEF sobre Proteínas (PAG), la elaboración de nuevos alimentos ricos en proteína ha abierto nuevos caminos a la ejecución más satisfactoria de programas de alimentación suplementaria. Los cuatro primeros números del "News Bulletin" del PAG<sup>4</sup> contienen información completa sobre el estado actual de la elaboración de nuevos alimentos.

Mientras en el pasado se insistió excesivamente en los factores proteínicos, actualmente, en los programas de alimentación suplementaria de niños de corta edad se dedica especial atención no sólo a la cantidad de proteínas sino también a las calorías. Por esto se está fomentando el uso de mezclas alimenticias con una preparación adecuada de calorías, a base principalmente de productos locales, en lugar de simples concentrados proteínicos.

Sin embargo, aunque el programa de distribución de leche descremada se limita a algunos países, en ciertas áreas debe mantenerse como un anexo a los proyectos de salud y nutrición a largo plazo. La leche descremada sigue siendo un complemento excelente de la dieta local. En algunos casos, esta leche puede enriquecerse con fuentes de energía; el proyecto realizado en Uganda con la cooperación del UNICEF constituye un buen ejemplo de ello. En dicho proyecto se empleó leche descremada fortificada con una grasa vegetal (fórmula de Dean) y la proporción de proteínas y calorías obtenida es prácticamente la misma que la de la leche entera.

Sin embargo, el problema principal estriba todavía en el hecho de que si se desea utilizar un producto no sólo como un remedio para curar deficiencias proteicoenergéticas, sino también como un medio de prevenirlas, cualquier producto que se distribuya en los centros de salud debe necesariamente encontrarse también en el mercado. Por consiguiente, los programas de alimentación suplementaria organizados a base de alimentos locales (mezclas alimenticias) ejercen un efecto mucho mayor que la profilaxis basada en alimentos que no son permanentemente accesibles a la población susceptible.

*Leche descremada en polvo y fortificada con vitamina A y D.* La deficiencia de vitamina A y de vitamina D en algunas áreas—especialmente los países del Mediterráneo con respecto a la deficiencia de vitamina D—constituye un importante problema de salud pública. La OMS y el UNICEF convinieron de un modo general en que en ciertas áreas de distribución de leche descremada, particularmente a niños de corta edad, deberían repartirse al mismo tiempo cápsulas de vitamina A y D. La situación ha mejorado desde que el UNICEF, siguiendo las recomendaciones del PAG, comenzó a distribuir leche descremada enriquecida con las mencionadas vitaminas.

En septiembre de 1959, el UNICEF había preparado algunos lotes de ensayo de leche descremada en polvo enriquecida con vitaminas A y D, mediante la adición de un concentrado al líquido antes de la desecación por pulverización. En 1961, el mismo organismo envió un millón de libras de este producto a Indonesia, para que fuera utilizado en programas de alimentación. Para la preparación del producto se añadieron a 100 g de leche en polvo, 6.500 unidades internacionales de vitamina A y 650 unidades internacionales de vitamina D<sub>2</sub>.<sup>5</sup>

A juicio de la OMS, toda la leche descremada en polvo distribuida por medio de organizaciones internacionales y benéficas

<sup>4</sup> Informes del PAG (octubre de 1957, julio de 1959, marzo de 1964 y agosto de 1964) (mimeografiados).

<sup>5</sup> Documento UNICEF/FCD/CONF/1963-3.

debiera ser fortificada con vitamina A. El UNICEF sólo distribuye leche descremada en polvo fortificada con vitamina A a ciertos países en los que la deficiencia clínica de vitamina A está más extendida que en otros.

Sin embargo, hay pruebas de que puede haber depleción en las reservas de vitamina A de los tejidos (manifestada en niveles bajos de esta vitamina) aunque no se observen manifestaciones clínicas. La distribución de leche descremada en polvo fortificada con vitamina A a las madres, los lactantes y niños de corta edad puede contribuir a evitar que se agrave la situación; por consiguiente, todos los países en vías de desarrollo que reciben leche descremada en polvo debieran ser provistos, en la medida de lo posible, del producto fortificado con dicha vitamina.

Si la situación financiera y administrativa lo permitiera, el UNICEF podría extender la distribución de leche descremada en polvo fortificada a otras zonas, particularmente aquellas en que la malnutrición proteicoenergética va acompañada de deficiencia de vitaminas A y D.

A este respecto, hay que añadir que todos los alimentos ricos en proteína elaborados para la alimentación de lactantes y niños de corta edad debieran contener las cantidades requeridas de vitamina A.

*Relación entre los programas de alimentación suplementaria y otras actividades de salud.* Los programas de alimentación suplementaria para madres y niños de corta edad tienen poco valor aislados de otras actividades de salud. La ventaja de estos programas comparados con otros de distribución de alimentos consistió en que se han incorporado como norma a los programas de salud. El lograr que tales programas de alimentación suplementaria alcancen una mayor cobertura depende de que se usen inteligentemente los recursos de la comunidad, los que varían de un país a otro. Pero en todos los casos los programas deben estar vinculados con otros, tales como los de supervisión periódica de madres y niños

de corta edad, descubrimiento precoz de la malnutrición, control de infecciones, educación de las madres en materia de nutrición y otras actividades afines dentro de la red de los servicios de salud. Por otra parte, la experiencia ha demostrado también que, si un programa de alimentación suplementaria se convierte en el centro de las actividades de nutrición, se corre un grave riesgo de que se detenga toda la labor una vez que se suspenda la distribución de alimentos. Naturalmente, será preciso hacer excepciones en casos de urgencia.

Es necesario establecer un orden de prioridad entre los distintos grupos de población, teniendo en cuenta los problemas de nutrición en la comunidad. Las experiencias pasadas han demostrado que, en la mayoría de los países, los niños en el período de destete y los que empiezan a caminar son los grupos más necesitados, y a ellos siguen los preescolares de tres a cinco años y las mujeres embarazadas. Sin embargo, como norma general, si en la educación en materia de nutrición debe darse preferencia a las madres jóvenes con pocos hijos, en cambio en los programas de alimentación suplementaria tal vez sea necesario dedicar mayor atención a las madres de muchos hijos.

#### *Centros de rehabilitación nutricional*

La mayoría de los hospitales infantiles de los países en vías de desarrollo se hallan obligados a recibir a un gran número de niños malnutridos que permanecen internados durante largo tiempo. Sin embargo, es evidente que sólo los casos muy graves de malnutrición y los niños que padecen de este trastorno acompañado de infección aguda requieren ser hospitalizados.

A veces es posible lograr el restablecimiento completo de niños que sufren de malnutrición moderada por medio de programas de alimentación suplementaria, pero la experiencia ha demostrado que es difícil la recuperación cuando el niño se encuentra en un estado de malnutrición de segundo grado o que ya se aproxima al tercer grado.

Para hacer frente a este problema se ha fomentado el establecimiento de centros de rehabilitación nutricional y, en la actualidad, varios países han iniciado, o están organizando, esta clase de programas (Colombia, Costa Rica y Haití, en el Hemisferio Occidental).

La organización de estas unidades varía de un país a otro, pero por lo menos se encuentran en funcionamiento dos clases de centros:

1. Centros en que el niño malnutrido permanece día y noche. Estos centros necesitan un equipo médico excelente y un personal que preste un servicio similar al de los hospitales infantiles dedicados exclusivamente a niños malnutridos, pero a un costo menor.

2. Centros en que los niños sólo permanecen unas horas al día y son atendidos por auxiliares de enfermería u otro personal equivalente, bajo la vigilancia médica. Los niños reciben dos o tres comidas mientras permanecen en la unidad.

Si bien, de acuerdo con las condiciones locales, ambas clases de centros de rehabilitación están justificadas, la segunda parece mucho más factible.

Por consiguiente, una unidad de rehabilitación nutricional puede definirse como un centro organizado de manera análoga a las guarderías infantiles diurnas o las escuelas de párvulos, cuyo objetivo consiste en educar a las madres a través de la rehabilitación nutricional de sus hijos. Con respecto a estas unidades, se adoptan, en general, algunos principios fundamentales:

- Sólo se aceptan niños que sufren de malnutrición moderada sin ninguna infección. Los niños en grave estado de malnutrición se internan en hospitales.

- Los niños dados de alta del hospital, cumplan la primera etapa de su restablecimiento nutricional, completan su rehabilitación en estas unidades.

- El objetivo principal consiste en educar a las madres, cada una de las cuales presta un día de servicio al centro cada semana o cada 15 días; en algunos países las madres permanecen en la unidad durante todo el tiempo.

- Las unidades de rehabilitación nutricional

están adscritas al centro de salud o al hospital, y están sujetas a supervisión médica.

- El niño no ha de permanecer necesariamente en el centro hasta que esté totalmente restablecido, sino hasta que se considere que la madre ha recibido una instrucción razonable en prácticas alimentarias.

- En algunos centros (Colombia, Haití), las hermanas (de 10 a 13 años de edad) de los niños malnutridos acuden voluntariamente al centro para prestar ayuda y aprender a cuidar al niño.

- Los alimentos, cocinas y utensilios utilizados son principalmente aquellos de que se dispone en la localidad y no resultan costosos.

También se debe poner de relieve el gran valor de estas unidades para el adiestramiento de personal de salud profesional y auxiliar.

No cabe duda de que en algunos países los centros de atención diurna pueden dedicar parte de sus actividades, o todas ellas, a la rehabilitación nutricional. En situaciones en que estos centros puedan atender otras necesidades esenciales a tiempo completo, tal como el cuidado de los hijos de mujeres que trabajan, se podría considerar la posibilidad de establecer centros adicionales de rehabilitación de la clase descrita.

Desde hace algún tiempo la oms viene fomentando la utilización de estos centros como unidades piloto con la finalidad principal de adiestrar personal profesional y auxiliar en las prácticas de alimentación de niños de corta edad. En algunos países en que ya se ha obtenido experiencia en la organización técnica de los centros (Colombia) convendría ampliar su cobertura. Por consiguiente, la oms considera que en los países en vías de desarrollo, antes de ampliar estos centros en escala nacional, debieran organizarse algunas unidades piloto y proceder a su evaluación. El costo de esas unidades sería, evidentemente, mucho menor que el del tratamiento en hospitales.

#### *Tratamiento de los casos graves de malnutrición*

Como ya se ha indicado, los casos graves de malnutrición, especialmente los que van

acompañados de infecciones agudas, requieren hospitalización.

Sin embargo, los alimentos que proporcionan algunos hospitales no son los mejores para el restablecimiento rápido de los niños. Es sorprendente, por ejemplo, que algunos de estos hospitales no dispongan ni siquiera de leche descremada. Por estas razones y otras relacionadas con la atención médica, la mortalidad de niños malnutridos en algunos hospitales es sumamente elevada (50 % e incluso mayor), mientras que en las instituciones para niños malnutridos que ofrezcan un tratamiento adecuado, la cifra puede no exceder del 10 al 20 por ciento. Además, el período de hospitalización es extremadamente prolongado (no son raros los casos de 10 o más meses) y el número de recaídas resulta también muy elevado.

La OMS estima que la actual situación podría mejorarse considerablemente mediante el adiestramiento apropiado del personal de hospitales y un suministro adecuado de alimentos para el tratamiento en esas instituciones. Quizá en algunos casos podrían considerarse también el equipo y los utensilios de los servicios dietéticos hospitalarios. En algunos países debiera darse prioridad a este programa de tratamiento de casos graves.

#### Organización y ejecución del programa de protección de los niños de corta edad contra la malnutrición

Los cinco campos de acción que se acaban de examinar deben ser articulados y reforzados mutuamente como parte integrante de un todo, dentro de las funciones de los servicios de salud (figura 2). Aun en los países en que ya están en marcha algunas actividades de esta naturaleza, es necesario asegurar la debida interrelación y recomendar un enfoque unívoco al respecto.

El ejemplo que se presenta en la figura 2 indica que, con una planificación adecuada, pueden abarcarse todos los aspectos de la protección de niños de corta edad contra la malnutrición. El alcance de esta cobertura

dependerá de las condiciones locales y, particularmente, del número y de la calidad del personal profesional y auxiliar, así como de la cooperación de la comunidad.

A juicio de la OMS, los programas de nutrición encaminados a combatir la malnutrición en los grupos más vulnerables de la comunidad deben basarse en una infraestructura mínima a nivel local de la que los servicios de salud constituyen una parte esencial. La experiencia ha demostrado que, en ausencia de estos servicios, no cabe esperar ninguna forma duradera de control de la malnutrición en los niños, particularmente en los de edad preescolar.

El *Segundo informe sobre la situación sanitaria mundial*<sup>6</sup> revela, entre otras cosas, que los gobiernos de los países en vías de desarrollo están realizando un importante y continuo esfuerzo encaminado a desarrollar los servicios básicos de salud, a menudo con la colaboración del UNICEF y de la OMS. La ejecución de las actividades antes descritas, en zonas rurales y metropolitanas marginales, ofrecería un amplio campo de acción y progreso, así como cierta garantía para la adecuada utilización de los recursos, de por sí escasos.

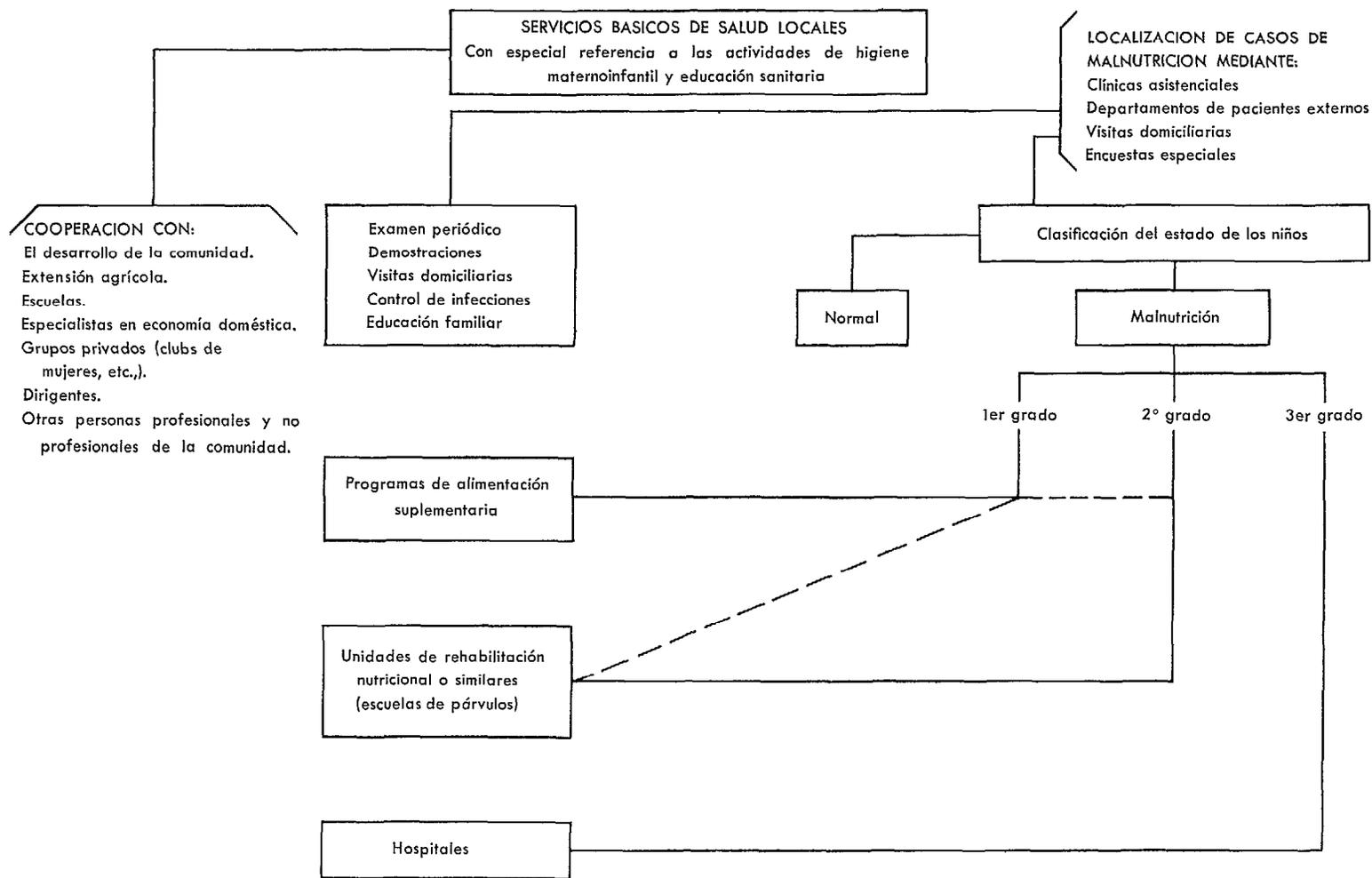
Cuando los servicios básicos de salud no se consideran suficientes, hay que tratar por todos los medios de establecerlos o ampliarlos a fin de que permitan controlar la malnutrición en toda la comunidad y asegurar la protección eficaz de los grupos más vulnerables.

Una política de esta naturaleza no tiene por qué ser incompatible con otras clases de medidas, tales como la distribución de alimentos, el fomento de la producción alimentaria, su conservación y comercialización, las demostraciones de economía doméstica, etc., a las que la institución de salud puede también contribuir de manera considerable.

En todos los casos, hay que realizar un

<sup>6</sup> Organización Mundial de la Salud: *Segundo informe sobre la situación sanitaria mundial 1967-1980*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1963 (*Act of Org mund Salud* 122).

FIGURA 2 — Esquema de la organización a nivel local de un programa de protección de los niños contra la malnutrición.



esfuerzo, tanto a nivel local como en las esferas más elevadas de la estructura administrativa, para mantener un enfoque coordinado mediante la utilización de todos los servicios relacionados con el problema, y para conseguir la comprensión y cooperación de la comunidad y autoridades interesadas, requisitos sin los cuales ningún programa puede tener éxito.

#### *Programas rurales de nutrición aplicada*

Los "programas de nutrición aplicada" pueden definirse como una acción intensiva coordinada y desarrollada por los organismos de agricultura, salud y educación, con la finalidad de elevar el nivel de nutrición de las poblaciones rurales, particularmente de las madres y niños de corta edad.

El tipo general de estos programas consiste en fomentar la enseñanza de la horticultura, mediante huertos públicos que sirvan como escuelas, así como la enseñanza de la avicultura y piscicultura, el adiestramiento intensivo de maestros y de trabajadores de extensión agrícola y de salud, y la educación general de la población en materia de nutrición.

En la actualidad se llevan a cabo proyectos de esta índole en 35 países y en algunos de ellos, por ejemplo Colombia y la India, se realizan simultáneamente varios proyectos en distintas zonas.

El Comité Mixto de la FAO y de la OMS de Expertos en Nutrición, en su Sexto Informe,<sup>7</sup> consideró que al escoger la zona para la aplicación del proyecto, debían tenerse particularmente en cuenta los factores siguientes:

1. La extensión de la zona de aplicación del proyecto, que debe seleccionarse de acuerdo con las posibilidades de darle adecuada supervisión.

2. La existencia simultánea de servicios sanitarios y de extensión agrícola suficientemente desarrollados que estén en relación con la pauta general de dichos servicios en el resto del país.

3. La disposición de la comunidad a colaborar en el proyecto.

4. Las posibilidades de extender el proyecto a otras partes del país, teniendo en cuenta los recursos económicos y la disponibilidad de personal.

De las observaciones anteriores se deduce que los programas de nutrición aplicada constituyen una compleja empresa en la que es indispensable la adecuada planificación, coordinación y supervisión.

Los principales resultados positivos de estos programas fueron los siguientes:

- Las comunidades han comprendido que se enfrentan con un problema de nutrición que en parte puede resolverse con su participación activa y mediante la educación.

- Numerosos profesionales y auxiliares han recibido adiestramiento en aspectos básicos y prácticos de nutrición.

- Los gobiernos tienen ahora la impresión de que en el campo de la nutrición se puede hacer algo más, aparte de los programas de distribución de alimentos a los grupos vulnerables.

Por otro lado, en estos programas han surgido dificultades que pueden resumirse de la manera siguiente:

- Ha habido insuficiente información básica sobre nutrición y problemas alimentarios, lo que dificulta la definición precisa de los objetivos y prioridades, así como la evaluación de los resultados.

- No hubo suficiente participación, durante la etapa de planificación de los proyectos, del personal local que iba a encargarse de su ejecución.

- En muchas de las zonas seleccionadas los servicios de salud se encuentran en un estado de desarrollo muy rudimentario.

Los programas de nutrición aplicada, como los que ya se han establecido, están encaminados hacia el fomento general de la nutrición de la comunidad y la prevención de la malnutrición en niños de corta edad. Aunque no ha habido tiempo suficiente para evaluar su efecto, específicamente sobre la prevención de la malnutrición en los niños de corta edad, se considera que una participación más activa de los servicios de salud

<sup>7</sup> *Op. cit.*

contribuiría eficazmente a que dichos programas alcancen sus objetivos.

El Comité Mixto de la FAO y de la OMS de Expertos en Nutrición recomendó, en su Sexta Reunión celebrada en Ginebra, en 1961, que se debiera hacer una evaluación integral de los principios en que se basan estos programas, de sus objetivos inmediatos y de los métodos aplicados.

A partir de entonces, varios consultores de la OMS a corto plazo, por lo general juntamente con otros de la FAO, han procedido a la evaluación de proyectos en las Américas, el Africa y el Sudeste de Asia.

La OMS considera que un análisis de las experiencias obtenidas en más de 50 proyectos en marcha puede contribuir a una reorientación y reajuste de los programas, a fin de garantizar la obtención del máximo provecho de la labor realizada por los organismos nacionales e internacionales.

Basándose en esta evaluación, la OMS cooperará en el fortalecimiento de los componentes de salud de esos programas.

#### *La nutrición en las zonas urbanas y marginales*

La atención especial prestada durante estos últimos años a los problemas de los medios rurales ha dado lugar a cierto descuido de las actividades de nutrición en las zonas urbanas y marginales. Si bien en algunos países los problemas de nutrición revisten más importancia en las aldeas que en los centros urbanos, en otros se observa lo contrario. En ciertos países en vías de desarrollo, hasta más del 50% de su población total se concentra en los centros urbanos (México, 50, 7%; Venezuela, 63, 7%). La rápida urbanización en algunos países en vías de desarrollo creó problemas que, al parecer, contribuyeron directamente al aumento del número de casos de malnutrición proteicoenergética grave.

Los "inmigrantes" de las zonas rurales generalmente tratan de obtener los alimentos a que están acostumbrados pero que no encuentran fácilmente en los centros ur-

banos, y sólo en último extremo aceptan sustitutos. Si encuentran en el mercado los alimentos que les son familiares, los adquirirán generalmente sin considerar su precio. Asimismo, al encontrarse en un medio urbano, aceptan por motivos de prestigio diversos comestibles que pueden tener escaso valor nutritivo. Su creciente consumo de té, refrescos y azúcar es bien conocido.

Además de la mala selección de alimentos, con frecuencia el padre y la madre trabajan y el niño queda al cuidado de un pariente o amigo con muy poca idea de lo que es la alimentación infantil. La alimentación al pecho, que es regla en las comunidades rurales, va perdiendo prestigio, mientras que la alimentación artificial, a pesar de las dificultades que ofrece, gana terreno. También se observa en las ciudades una tendencia cada vez mayor a criar a los niños con biberón, y cuando los ingresos y el nivel cultural son bajos, se utilizan fórmulas inadecuadas que conducen a la subnutrición en el primer año de vida.

No obstante, los niños de familias de inmigrantes al medio urbano tienen algunas ventajas que atenúan la situación en comparación con los niños residentes en un medio rural. Los primeros, por ejemplo, puede que se beneficien con programas de alimentación suplementaria y que dispongan de clínicas de atención infantil a las cuales recurrir. Asimismo, en los centros urbanos se dispone más fácilmente de atención médica, y en el caso de infecciones—que en las aldeas pueden contribuir a precipitar la malnutrición—en las ciudades hay más posibilidades de combatirlas con un tratamiento aplicado con la rapidez debida. Sin embargo, para que estas ventajas se aprovechen adecuadamente, se requiere que los padres se den cuenta de lo que significa la salud, lo que no es muy frecuente en estos grupos de población.

Los programas de nutrición adaptados a las condiciones del lugar donde reside este sector de la población urbana—particular-

mente en las áreas marginales—deben de estar vinculados a un plan de salud más amplio. La oms considera que es preciso dedicar mayor atención a los problemas de dicho sector de la población.

### Resumen

En esta condensación de un documento preparado por la oms para la 14a Sesión del Comité Mixto UNICEF/OMS sobre Política en Materia de Salud, se examina el problema de la malnutrición en los grupos de población más vulnerables, particularmente los lactantes y los preescolares, y se analiza la función que corresponde a los servicios locales de salud en la prevención y tratamiento de este trastorno en los países en vías de desarrollo.

La oms considera que los programas encaminados a combatir la malnutrición de los niños de edad preescolar y de las mujeres embarazadas deben basarse en un mínimo de servicios de la comunidad a nivel local. Reconocido el valor esencial de los servicios de salud, se estima que, siempre que sea posible, se debiera dar preferencia a la ejecución de dichos programas en las zonas

rurales y urbanas donde exista una red de servicios básicos de salud razonable. Donde estos servicios se consideren insuficientes, se debería realizar un esfuerzo para establecerlos o mejorarlos a fin de que permitan combatir con más rapidez y eficacia la malnutrición.

Este criterio no debe ser obstáculo para la ejecución de otras actividades en el campo de la nutrición—tales como el fomento de la producción de alimentos; su distribución, conservación y comercialización; la enseñanza de la economía doméstica; la educación de los escolares y otros grupos, etc.—a todas las cuales pueden contribuir de manera apreciable los servicios de salud.

En todos los casos, se debería tratar de asegurar un enfoque coordinado por parte de todos los servicios relacionados con los problemas de la nutrición y obtener el apoyo y cooperación de la población y de las autoridades interesadas.

La experiencia adquirida en años recientes en la ejecución de programas de nutrición aplicada confirma la opinión de que una participación más activa de los servicios de salud contribuirá eficazmente a alcanzar los objetivos de estos programas. □

---

### Strengthening Health Components in Nutrition Programs (*Summary*)

In this condensation of a document prepared by WHO and presented to the 14th Session of the UNICEF/WHO Joint Committee on Health Policy, the problem of malnutrition in the most vulnerable groups of the population, particularly in infants and preschool-age children, is examined and an analysis made of the role of the local health services in the prevention and treatment of this condition in developing countries.

It is WHO's opinion that programs aimed at the control of malnutrition in preschool-age children and pregnant women must be based on a minimum of community services at the local level. Recognizing the essential value of the health services, it is felt that whenever possible

precedence should be given to the implementation of such programs in those rural and urban areas where a reasonable network of basic health services exists. Where such services are considered insufficient, efforts should be made to establish or upgrade them to make the control of malnutrition rapidly more effective.

Such a policy need in no way conflict with the implementation of other forms of action in the field of nutrition, such as food distribution, promotion of food production, conservation and marketing, teaching of home economics, education of schoolchildren and other groups, etc., to which the health establishment could contribute appreciably.

In all cases, efforts should be made to ensure

a coordinated approach by all services which bear on the problems of nutrition, and to obtain the support and the cooperation of the population and of the authorities concerned.

Experience gained in recent years in the im-

plementation of applied nutrition programs confirms the belief that more active participation by health services will effectively contribute to the achievement of the objectives of these programs.

### **Fortalecimento dos Componentes da Saúde nos Programas de Nutrição (Resumo)**

Nesta condensação de um documento preparado pela oms para a 14ª Sessão do Comitê Misto UNICEF/OMS sobre Política em Matéria de Saúde, examina-se o problema da má nutrição nos grupos de população mais vulneráveis, particularmente os lactentes e os pré-escolares, e analisa-se a função que corresponde aos serviços locais de saúde na prevenção e tratamento do mal nos países em vias de desenvolvimento.

A oms considera que os programas de combate à má nutrição dos pré-escolares e das gestantes devem basear-se em um mínimo de serviços da comunidade em nível local. Reconhecido o valor essencial dos serviços de saúde, estima-se que, sempre que fôr possível, se deve dar preferência à execução de ditos programas nas zonas rurais e urbanas onde exista uma rede razoável de serviços básicos de saúde. Onde esses serviços fôrem considerados insuficientes, dever-se-ia envidar esforço no sentido de os estabelecer ou melhorar, a fim de que permitam combater com mais rapidez e eficiência a má nutrição.

Este critério não deve ser obstáculo à execução de outras atividades no campo da nutrição—tais como fomento da produção de alimentos; sua distribuição, conservação e comercialização; o ensino de economia doméstica; a educação dos escolares e outros grupos, etc.—para as quais os serviços de saúde podem contribuir de maneira apreciável.

Em todo caso, cumpre envidar esforços no sentido de assegurar um ponto de vista coordenado por parte de todos os serviços relacionados com os problemas da nutrição e obter o apoio e a cooperação da população e das autoridades interessadas.

A experiência adquirida durante os últimos anos na execução de programas de nutrição aplicada confirma a opinião de que uma participação mais ativa dos serviços de saúde contribuirá eficazmente para alcançar os objetivos desses programas.

### **Renforcement des Éléments Constitutifs de la Santé dans les Programmes de Nutrition (Résumé)**

Dans cet exposé succinct d'un document rédigé pour l'oms à l'occasion de la 14e session du Comité UNICEF/OMS sur la politique en matière de santé, l'auteur examine le problème de la malnutrition parmi les groupes de la population les plus vulnérables, en particulier les mères allaitantes et les enfants d'âge préscolaire, et analyse la fonction qui incombe aux services de santé locaux en matière de prévention et de traitement de cette condition dans les pays en voie de développement.

L'oms estime que les programmes destinés à combattre la malnutrition des enfants d'âge scolaire et des femmes enceintes doivent être basés sur un minimum de services communau-

taires au niveau local. Etant donné l'importance capitale des services de santé, la mise en oeuvre de ces programmes dans les régions rurales et urbaines où il existe un réseau approprié de services sanitaires de base devrait bénéficier chaque fois que possible d'un tour de priorité. Là où ces services sont considérés insuffisants, des efforts devraient être déployés en vue d'en créer ou de les améliorer afin de leur permettre de lutter plus efficacement contre la malnutrition.

Ceci ne doit en aucune façon empêcher l'adoption d'autres mesures dans le domaine de la nutrition, telles que le développement de la production alimentaire, la distribution, la conserva-

tion et la commercialisation des denrées alimentaires, l'enseignement ménager, l'éducation de la population scolaire et d'autres groupes, etc., auxquels les services de santé peuvent contribuer de manière appréciable.

Dans tous les cas, il faudrait s'efforcer de coordonner les méthodes de tous les services qui s'occupent des problèmes nutritionnels et obtenir

l'appui et la coopération de la population et des autorités intéressées.

L'expérience acquise au cours des dernières années dans l'exécution des programmes de nutrition appliquée confirme l'opinion selon laquelle une participation plus active de la part des services de santé aiderait efficacement à réaliser les objectifs de ces programmes.