

FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS DE RECUPERACION NUTRICIONAL EN LA AMERICA LATINA: UNA EVALUACION CRITICA¹

Dr. Ivan D. Beghin²

Durante los últimos siete años se han creado en América Latina los Centros de Recuperación Nutricional como una nueva arma de la salud pública para luchar contra la desnutrición. Los Centros de Recuperación, o mejor dicho, los Centros de Educación y Recuperación Nutricional (CERN) funcionan hoy en por lo menos diez países latinoamericanos (Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, México, Perú y Venezuela). Este trabajo trata de evaluar su funcionamiento, beneficios y limitaciones.

El Centro de Recuperación Nutricional, tal como fue propuesto originalmente por J.M. Bengoa en 1955, era una guardería infantil que admitía exclusivamente a niños desnutridos.

En principio la nueva técnica consistía en que: a) los niños se recuperarían por medio de una dieta basada exclusivamente en alimentos disponibles en la localidad; b) que las madres visitarían periódicamente el establecimiento para contribuir a la preparación de la comida, alimentación y cuidado de los niños, y c) que la operación se efectuaría al más bajo costo posible.

Tales centros tenían por objeto "educar a la madre a través de la recuperación nutricional de su hijo". Los costos debían mantenerse muy bajos a fin de enseñar a las madres el uso de alimentos disponibles dentro de los límites de sus escasos recursos, de permitir la creación de más centros, y de proporcionar un servicio esencialmente más barato que el hospital (1, 2).

Los primeros servicios de este tipo fueron creados en Colombia, Guatemala y Haití. Uno de los primeros informes que se encuentran sobre este tema se refiere al Centro de Amatitlán (Guatemala), fundado en 1964 (3). Sin embargo, un mes antes empezó a funcionar

otro en Fond-Parisien (Haití) que, probablemente, es el que ha trabajado de manera continua durante más tiempo. Se informó sobre el particular en 1965 (4).

Posteriormente, Colombia creó una verdadera red de unidades y seis países latinoamericanos desarrollaron actividades similares. Bengoa informó (2) que en Argelia, las Filipinas y Uganda estaban experimentando con programas de este tipo.

A pesar de que algunos establecimientos desarrollan actividades de internado (guardan los niños por la noche), este estudio se limita a comentar la forma más común y susceptible de generalización, es decir, el centro diurno (semi-internado). Los pocos artículos publicados hasta la fecha no permiten profundizar en las características de su funcionamiento ni conocer lo suficientemente sus ventajas, defectos y limitaciones.³

Para tratar de situar esta nueva técnica dentro del concepto moderno de la salud pública se hizo un análisis de la documentación entonces existente (1, 3-11) y en 1967 se visitaron 21 centros en seis países latinoamericanos, confrontando las observaciones hechas y los comentarios de los promotores de CERN con la experiencia personal del autor en Haití

¹Publicado originalmente en el *Amer Clin Nutr* 23: 1412-1417, 1970, bajo el título "Nutritional Rehabilitation Centers in Latin America: a critical assessment".

²Asesor de la OPS en Nutrición en el Instituto de Nutrición de la Universidad Federal de Pernambuco, Recife, Brasil.

³Conferencia sobre Centros de Recuperación Nutricional, patrocinada por la Research Corporation, una fundación privada de Nueva York, reunió muchos de los precursores en este campo en el Instituto Nacional de Nutrición de Colombia, en Bogotá. El informe de la reunión fue publicado en inglés y en español (18).

(4, 12) y en el nordeste del Brasil y con los resultados obtenidos de una visita a El Salvador (cuadro 1).

CUADRO 1—Centros de Recuperación Nutricional visitados en 1967.

Colombia

1. Bogotá, Centro de Salud No. 15^a
2. Bogotá, Centro de Salud No. 12^a
3. Neiva (Huila)

Costa Rica

4. San José, Cristo Rey
5. San José, Desamparados
6. San José, Sagrada Familia
7. Tres Ríos

Guatemala

8. El Progreso^a
9. Uzumatlán
10. Río Hondo
11. Chiquimula^a

Haití

12. Puerto Príncipe, Hospital General^a
13. Puerto Príncipe, Portail Léogane^a
14. Fond-Parisien
15. Ganthier
16. Guérin

Perú

17. Lima, Hospital San Bartolomé^a
18. San Jerónimo (Junín)

Venezuela

19. Caracas, CERN del I.N.N.
20. Cagua
21. Santa Teresa^a

CERN visitados en otros años

1965 México

Centro de Salud Dr. Francisco Balmis^a
de la Ciudad de México

Guatemala

Amatitlán^a

1968 Brasil

Ribeirão

1969 Brasil

Agua Preta^a

1970 Brasil

Gameleira

Belém de Maria

Primavera

Recife, Ilha Sta. Terezinha

El Salvador

Santa Ana

La conclusión general que se desea someter a discusión es que el concepto del CERN conlleva una contribución importante a la solución de los problemas nutricionales, pero dentro de ciertos límites y bajo ciertas condiciones que se intentarán definir.

Límites

Los límites son los de la desnutrición protéico-calórica grave sin complicaciones: 1) los CERN no constituyen la solución universal de la desnutrición del preescolar; 2) no son una panacea, y 3) no podrían remplazar el desarrollo económico, la elevación del nivel general educativo o la necesidad de reforzar los servicios de salud. Los CERN deben juzgarse en función de sus objetivos que son, esencialmente, la erradicación de las formas más graves de desnutrición que llevan a la muerte, o sea, daños físicos y tal vez mentales permanentes, y una solución parcial del problema a través de la educación impartida a la madre.

Condiciones necesarias

Un cierto número de condiciones necesarias deben ser respetadas para que los CERN no pierdan toda justificación. Se subrayarán las relativas a: a) costo; b) cobertura; c) importancia otorgada a la educación efectiva de la madre, y d) reglas que se refieren al funcionamiento mismo de los centros. La experiencia y la observación demuestran que, en todos los lugares donde no funcionan de manera satisfactoria, no se observaron una o más de estas reglas.

Costo

El costo observado de los CERN varía mucho de un lugar a otro—de EUA\$0.30 a EUA\$4.89/niño/día—(cuadro 2). El promedio es constantemente superior a la mediana porque dos centros relativamente caros están incluidos en los cálculos. Si se limitan a los ocho centros seleccionados que funcionan según el concepto original de Bengoa, el intervalo pasa a ser mucho más estrecho y el costo

^aCentros de Recuperación situados dentro de un Centro de Salud o de un Hospital.

CUADRO 2—Costo observado de los centros de recuperación nutricional, en dólares de los E.U.A./niño/día.

	No. de Centros	Intervalo	Costo promedio	Me-diana
Costo observado, considerando todos los centros				
Costo total	11	0.30-4.89	1.27	0.89
Alimentación	10	0.13-2.22	0.52	0.32
Costo de ocho centros seleccionados				
Costo total	8	0.30-1.53	0.74	0.54
Alimentación	8	0.13-0.44	0.33	0.26

promedio se reduce hasta EUA\$0.54 y EUA\$0.74, cifras notablemente bajas.

Una comparación con el costo de la atención médica en América Latina demuestra de manera más completa que el CERN es muy económico en relación con el hospital (cuadro 3). El costo de la atención hospitalaria fue calculado en base a un documento de la OPS (14). Llama la atención la reducida demanda de horas-médico, ventaja sustancial en áreas que cuentan con pocos médicos por habitante. Un día en el CERN es menos caro aun que una consulta externa. Además, dichos cálculos no toman en cuenta que la madre recibe educación en el CERN, lo que es raro en la consulta y casi nunca ocurre en la sala del hospital.

CUADRO 3—Costo de un centro de recuperación nutricional comparado con el costo de la atención médica, en dólares de los E.U.A.

Tipo de servicio	Costo atención médica ^a	Costo CERN ^b	Relación
Cama día, Hospital General	4.05	0.89	4.5-1 ^c
Cama día, Hospital S.S.	15.98	0.89	18-1
Consulta externa, Hospital	1.51	0.89	1.7-1
Consulta, Centro de Salud	2.72	0.89	3-1
Consulta externa (Seguro Social)	2.96	0.89	3.3-1
Minutos-médico por paciente por día, hospital general	30 min	1 min	30-1

^aOPS, 1966.

^bDel cuadro 2.

^cCon un costo diario de \$EUA0.54, la relación sería 7.5-1.

Jamás se podrá insistir demasiado en este aspecto de costo que hace del CERN una de las actividades más baratas en salud pública. El bajo costo de los centros debe permitir su multiplicación, y asegurar de ese modo una cobertura mayor.

Cobertura

La cobertura debe ser preocupación constante de quien quiere llegar a un efecto durable. El ideal es, obviamente, educar al 100% de las madres, quizá antes del nacimiento de su primer hijo. Sin embargo, como los recursos son limitados, los CERN concentran el esfuerzo en las madres de los niños más desnutridos, lo cual permite coberturas relativamente amplias.

Tómese un ejemplo hipotético: una población de 100,000 habitantes en la cual el grupo de uno a cuatro años representa un 10% del total. Si se reservaran los CERN para atender a las madres de los niños más desnutridos—20% más o menos que corresponde a la frecuencia de desnutrición de segundo y tercer grado en muchos países—se debería educar al 2% de ellas, o sea 2,000 (en realidad son menos, pues muchos desnutridos son hermanos). Cuatro centros que admitieran 400 niños por año permitirían la educación de 2,000 madres en un lustro. Si se admite un rendimiento conservador de 50%, se puede esperar que en el curso de cinco años la prevalencia de la desnutrición grave y la mortalidad preescolar disminuya a la mitad, resultado impresionante en términos de salud pública. El costo sería inferior a EUA\$15,000 por año, incluida la supervisión, o sea menos de EUA\$0.15 por habitante, por año. Este es un cálculo teórico; sin embargo, si se estableciera un mecanismo activo de búsqueda de casos (censo ponderal en los servicios de salud y en la comunidad) estas cifras se acercarían a la realidad. A pesar de su evidente simplificación, el ejemplo ilustra que, en un país pobre, una campaña contra la desnutrición es posible a un costo razonable. Las experiencias de Haití y de Colombia tienden a confirmar dicha hipótesis.

Educación de la madre

Además del bajo costo y de la amplia cobertura, la tercera condición que justifica los CERN es la importancia otorgada a la educación de la madre. La observación muestra que la recuperación rápida del niño, a bajo costo, por un lado, y la educación nutricional de la madre por otro, reciben una preferencia muy variable según los lugares. En todas partes se insiste mucho en la importancia de educar a la madre, pero en la práctica, en todos los centros visitados en el curso de esta encuesta, el niño recibía mayor atención que su madre. Según Bengoa, el propósito es educar a la madre “a través de la recuperación de su hijo”. La recuperación es, por tanto, medio y finalidad.

Debe exigirse la participación activa y regular de la madre en todas las actividades del centro así como la presencia diaria del niño. Esta exigencia no se cumple en muchos lugares. Los clubes de madres constituyen un complemento útil, pero no son un sustituto. La distancia, la tradición, la vergüenza de ser considerada pobre, el trabajo de la madre, una familia numerosa, etc., son algunos de los muchos obstáculos que se encuentran en todas partes, pero existen remedios múltiples para salvarlos, como se ha podido observar durante el recorrido efectuado por el autor.

Reglas de funcionamiento

Con respecto a las reglas que deben seguirse en la operación de los Centros, se pueden consultar las guías publicadas en Colombia (8, 10, 15), Guatemala (9) o Venezuela (16). La Research Corporation, de Nueva York (18), acaba de publicar un manual actualizado. El punto de vista del autor, basado en experiencias recogidas en toda América Latina, está recopilado en el cuadro 4. Es esencial, para conseguir mejor cobertura, menor costo y contactos más estrechos con las madres, que el número de niños sea aproximadamente de 30 a 35, y que el personal sea reducido al mínimo. Con menos de 30 niños, el costo por niño aumenta y la cobertura disminuye.

Con más de 35 niños el funcionamiento se

CUADRO 4—Recomendaciones para el funcionamiento de los centros de recuperación nutricional (semi-internado).

Número de niños	30-35
Criterios de admisión	2º y 3º grado de desnutrición sin complicaciones
Edad de los niños	1 a 4 años
Horario del centro	8:00 a.m.—5:00 p.m. sábado inclusive
Personal	Una supervisora Una sirvienta Tres madres
Comida	Tan solo lo que se compra localmente
Menús	Deben seguir hábitos locales y cubrir 100 % de las recomendaciones
Supervisión médica	1 minuto/niño/día
Deparasitación, inmunizaciones, etc.	Sí, pero después de la recuperación
Criterios de salida	4 meses de estadía o educación satisfactoria de la madre

vuelve complicado, el contacto de las madres con el centro se reduce y parte del beneficio educativo se pierde. Otras consideraciones dependerán de factores locales. La diversidad observada en las soluciones adoptadas muestra la imaginación y la habilidad de los colegas latinoamericanos.

Colocación de los CERN en la salud pública

Dentro de los conceptos de la salud pública, la posición de los CERN depende del costo y de la cobertura, que ya fueron discutidos, y que están estrechamente ligados. Pero depende también de la selección activa de los niños, mediante la búsqueda de casos. No hay que contentarse, como suele ocurrir, con admitir sólo a los niños encontrados en consulta externa. El “censo ponderal” es un método eficaz y económico, pero la selección de los niños, además de ser activa, también debe ser *selectiva*, enfocada hacia la unidad de trabajo: la familia. Mario Eisler insiste, con muy buena

razón, en el concepto de "familia vulnerada". Severyns desarrolla el tema de la madre riesgo, "the risk mother", evidenciada por la presencia de un niño desnutrido en la familia (7).

En un comienzo, los CERN encuentran resistencia por parte de los trabajadores tradicionales de salud. Además de un inevitable miedo al cambio y a nuevas interpretaciones, los centros no parecen caer dentro del marco conocido de la ciencia convencional. Sin embargo, el indiscutible progreso de los CERN se manifiesta dentro de unos de los más clásicos conceptos de la salud pública. Los CERN asocian la recuperación del niño enfermo y su ulterior rehabilitación a la prevención secundaria de los desnutridos y la prevención primaria de los demás niños de las mujeres educadas y, al mismo tiempo, ejercen un cierto grado de promoción de la salud. Otros conceptos como el de cobertura y el de selección, en relación con un factor riesgo, también pertenecen a la epidemiología moderna, y su aplicación a los centros de recuperación es muchas veces más estricta que en el funcionamiento habitual de muchos centros de salud.

Estas consideraciones inducen a pensar que las relaciones entre el centro de salud y el centro de recuperación nutricional es a veces punto de controversia.

El centro de recuperación como actividad de salud pública se integrará, siempre que sea posible, en el centro de salud en calidad de "servicio". Pero el autor no puede compartir en absoluto la opinión de que los centros de recuperación deben necesariamente incorporarse a un centro de salud. Para asegurar una cobertura total, que, como ya se vio, es un objetivo realista, se debe crear un gran número de centros de recuperación, y estos últimos deben ubicarse donde haya desnutrición. El centro de salud, aunque funcione bien, ejerce una acción que se limita a la zona adyacente y su costo impide su generalización. La realidad es que la mayor parte de la población no se beneficia con sus servicios.

Se desea subrayar que el número de CERN puede y debe ser mayor que el de los centros de salud para proporcionar mayor cobertura.

Los beneficiarios no seguirán siendo escogidos porque viven en la vecindad del centro de salud, sino porque son casos reconocidos de desnutrición que pertenecen a una proporción conocida de una población mayor. La aplicación correcta de los tres aspectos fundamentales: bajo costo, cobertura y selectividad lleva consigo el remplazo de una selección geográfica basada en la proximidad del centro de salud, y por una selección epidemiológica basada en un factor riesgo cuantitativamente conocido. Se puede así llegar a una cobertura total con un alto rendimiento en términos de costo-beneficio. Aquí reside el progreso y la novedad, en comparación con el centro de salud clásico y la PMI tradicional. Visto de esta manera—y la experiencia de tres países por lo menos lo ilustran: Colombia, Guatemala y Haití—el concepto de CERN representa un progreso indiscutible de la ciencia de la salud pública.

Otros aspectos

La experiencia demuestra también que los centros de recuperación pueden servir para introducir nuevas fuentes de proteínas en la alimentación infantil (8). También pueden servir de punto de partida para programas de desarrollo de la comunidad o de nutrición aplicada en comunidades desprovistas de servicios de salud. El centro de recuperación a domicilio, todavía experimental en Costa Rica, merece ser probado en otros lugares, lo que permitirá tal vez cubrir poblaciones más dispersas. El centro de recuperación "nocturno", o "internado", que parece funcionar satisfactoriamente en ciertos lugares, no presenta en la opinión del autor ventajas que justifiquen su generalización, por lo menos en la actualidad, sobre todo por causa de su costo, comparativamente más alto. Otra vía, aún poco explorada pero muy promisoría, es la adopción de los centros de recuperación por los servicios de seguridad social.

Conclusiones

El CERN, organizado por primera vez en América Latina, se ha mostrado como una

fórmula eficaz y de poco costo. Su acertada adaptación a las condiciones ecológicas muy diferentes en unos 10 países demuestra las cualidades imaginativas de sus promotores.

La flexibilidad comprobada de la fórmula permite recomendar su generalización.

Resumen

Los Centros de Educación y Recuperación Nutricional (CERN) funcionan en la actualidad en diez países latinoamericanos, que son: Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, México, Perú y Venezuela.

Los CERN tienen por objeto erradicar las formas más graves de desnutrición y buscar la solución del problema a través de la educación de la madre.

Los CERN no constituyen 1) la solución universal de la desnutrición del preescolar; 2) no son una panacea, y 3) no podrían remplazar el desarrollo económico, la elevación del nivel

general educativo o reforzar los servicios de salud.

Para que dichos centros no pierdan toda justificación se hará hincapié en cuatro condiciones necesarias que deben ser respetadas: a) las relativas al costo, b) la cobertura, c) la importancia otorgada a la educación efectiva de la madre, y d) las reglas que se refieren al funcionamiento mismo de los centros.

Los centros de recuperación pueden usarse para introducir nuevas fuentes de proteínas en la alimentación infantil, y como punto de partida para programas de desarrollo de la comunidad o de nutrición aplicada en comunidades desprovistas de servicios de salud. Otra vía, aún poco explorada pero muy promisoría es la adopción de los Centros de Recuperación por los Servicios o Institutos de Seguridad Social.

En conclusión, el CERN se ha mostrado como una fórmula eficaz, económica y flexible y, por lo tanto, se recomienda su generalización. □

REFERENCIAS

- (1) Bengoa, J. M. "Nutritional rehabilitation programs". *J Trop Pediat* 10:63, 1964.
- (2) Bengoa, J. M. "Nutrition rehabilitation centers". *J Trop Pediat* 13:169, 1967.
- (3) Retana, O. G. y Aguilar O. C. "Primer servicio de educación y recuperación nutricional 'Marfa-Cristina Alvarez M.' Centro de Salud de Amatitlán". *Bol Sanit* (Guatemala) 36:37, 1965.
- (4) Beghin, I., King, K. W., Fougère, W., Foucauld, J., y Dominique, G. "Le centre de récupération pour enfants malnourris de Fond-Parisien (Haïti): rapport préliminaire sur le fonctionnement du centre et résultats des quatre premiers mois d'activité". *Ann Soc Belge Med Trop* 45:557, 1965.
- (5) Heredia Díaz, J. G. "Programa de educación nutricional del Centro de Salud y Hospital Infantil Dr. Francisco Balmis de la Dirección de Salubridad en el Distrito Federal". *Higiene (Méx)* 15:4, 1963.
- (6) Romero, E. "Los centros de recuperación nutricional y el papel de la nutricionista en su organización y funcionamiento". *Nutr Bromat Toxic (Santiago)* 5:1, 1966.
- (7) Severyns, P. "Nutrition program for pre-school children in Haiti". Baltimore: Escuela de Higiene y Salud Pública, Universidad de Johns Hopkins, 1967.
- (8) Sinisterra, L. "Recent advances in the methodology of feeding trials". Bogotá, Colombia: Pan American Health Organization, Scientific Research Group on Protein-Calorie Malnutrition. Instituto Nacional de Nutrición, 1964.
- (9) De León, R., Retana, O. G. y Alvarez, M. C., *Proyecto XVI: Servicios de Educación y Recuperación Nutricional*. Guatemala: Departamento de Nutrición del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1963.
- (10) *Guía para la organización y funcionamiento de centros de recuperación nutricional*. Bogotá, Colombia: Instituto Nacional de Nutrición, 1965.
- (11) King, K. W. "Community mother craft centers". Virginia: Instituto Politécnico. *Nutr Bull* 13, 1967.
- (12) King, K. W., Beghin, I. D., Fougère, W., Dominique, G., Grinker, R. y Foucauld, J. "Two-year evaluation of a nutritional rehabilitation center". *Arch Latinoam Nutr* 18:245, 1968.
- (13) Batista Filho, M., Lima Coelho, H. A. y Beghin, I. D. "Centro de Educação e Recuperação Nutricional e Primeira Experiência". *O Hospital* 77(2):423-439, 1970.
- (14) Pan American Health Organization. Document CPS 17/DT/1, annexes I to X of the XVII

Pan American Health Conference, Washington, 1966.

(15) Williamson, R. R. Tratamiento y recuperación en el preescolar desnutrido. VIII Congreso Pan Americano, Primer Congreso Latinoamericano, y XI Congreso Mexicano de Pediatría, México, 1966.

(16) Bermúdez, L., Rodríguez T., de Santeliz, D. M. y Gruesco, R. Proyecto de los Centros de Recuperación y Educación Nutricional. Cara-

cas, Venezuela: Instituto Nacional de Nutrición, 1967.

(17) Díaz-Amador, C. Recuperación nutricional de 120 niños con desnutrición grave. San José, Costa Rica, Ministerio de Salud Pública, 1967.

(18) A practical guide to combating malnutrition in the preschool child. Informe de una Conferencia. Bogotá, Colombia: Instituto Nacional de Nutrición, marzo de 1969. Nueva York: Appleton-Century Crofts, 1970.

Functioning of Nutritional Rehabilitation Centers in Latin America: A critical assessment (*Summary*)

The Nutritional Rehabilitation Centers (NRC) currently operate in some 10 Latin American countries: Brazil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haiti, Mexico, Peru, and Venezuela.

The objective of such Centers is essentially to eradicate the most severe forms of malnutrition, and to endeavor to solve the problem through the education of the mother. NRC's do not constitute (1) the universal solution to preschool child malnutrition; (2) a panacea, or (3) a substitute for economic development, nor for an increase of the general level of education, nor for the strengthening of health services.

In order that the Centers not be considered totally without justification, four necessary conditions ought to be respected and under-

lined: (a) cost, (b) coverage, (c) the importance given to effective education of the mother, and (d) a set of rules referring to the operation of the Center itself.

The Nutritional Rehabilitation Centers may be used for the introduction of new sources of protein in child feeding practices, and as starting points for community development programs, or for applied nutrition programs in communities deprived of health services. Another avenue that has been little explored, but which seems promising, is the adoption of the Nutritional Rehabilitation Centers by Social Security Services, or Institutes.

In conclusion, the Nutritional Center has proven to be an effective, flexible, and inexpensive formula, and therefore its generalized use is recommended.

Funcionamento dos Centros de Recuperação Nutricional na América Latina: Uma avaliação crítica (*Resumo*)

Os Centros de Educação e Recuperação Nutricional (CERN) funcionam atualmente em 10 países latinoamericanos, a saber: Brasil, Colômbia, Costa Rica, Equador, El Salvador, Guatemala, Haiti, México, Peru e Venezuela.

Os CERN têm como finalidade a erradicação das formas mais graves de desnutrição e buscar uma solução do problema através da educação da mãe. Os CERN não constituem: 1) a solução universal da nutrição do pré-escolar; 2) não são uma panacéia; e 3) não poderiam tomar o lugar do desenvolvimento econômico, a elevação do nível geral educativo ou reforçar os serviços de saúde.

A fim de que tais centros não perdam sua justificação, ênfase deve ser dada às quatro condições necessárias que devem ser res-

peitadas: a) as relativas ao custo; b) a cobertura; c) a importância outorgada a educação efetiva da mãe; e d) as regras que se referem ao próprio funcionamento dos centros.

Os centros de recuperação podem servir para introduzir novas fontes de proteínas na alimentação infantil, e como ponto de partida para programas de desenvolvimento da comunidade ou de nutrição aplicada em comunidades desprovidas de serviços de saúde. Outra via, ainda pouco explorada mas muito promissora, é a adoção dos Centros de Recuperação pelos Serviços de Segurança Social.

Em conclusão, o CERN tem mostrado ser uma fórmula eficaz econômica e flexível e, portanto, é recomendada sua generalização.

Fonctionnement des Centres de récupération nutritionnelle en Amérique latine: une évaluation critique (*Résumé*)

Les Centres d'éducation et de récupération nutritionnelle (CERN) fonctionnent actuellement dans une dizaine de pays latino-américains, notamment dans les pays suivants: Brésil, Colombie, Equateur, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Haïti, Mexique, Pérou et Venezuela.

Les CERN ont pour objet d'éradiquer les formes les plus graves de la malnutrition et de trouver une solution au problème au moyen de l'éducation de la mère. Les CERN ne constituent pas 1) la solution universelle de la malnutrition de la population préscolaire; 2) elles ne sont pas une panacée, et 3) elles ne peuvent pas remplacer le développement économique, le relèvement du niveau général de l'enseignement ou l'expansion des services sanitaires.

Pour justifier l'existence de ces centres, quatre conditions devront être remplies: a)

celles relatives au coût, b) la couverture, c) l'importance accordée à l'éducation efficace de la mère, et d) les règles relatives au fonctionnement même des centres.

Les centres de récupération peuvent servir pour introduire de nouvelles sources de protéines dans l'alimentation des enfants, et comme point de départ pour des programmes de développement communautaire ou de nutrition appliquée dans les communautés qui ne disposent pas de services sanitaires. Un autre moyen, encore peu étudié mais plein de promesses, serait la prise en charge des Centres de récupération par les services de la Sécurité sociale.

En conclusion, le CERN s'est révélé être une formule efficace, économique et souple; on peut donc recommander sa généralisation.

April 7th
WORLD HEALTH DAY
Theme for 1972:
Your heart is your health