

## EDUCACION EN NUTRICION. METAS Y METODOLOGIA<sup>1</sup>

María Teresa Cerqueira<sup>2</sup>

### Introducción

Las acciones de nutrición que se llevan a cabo dentro de un marco institucional deberían buscar la utilización óptima de los recursos a través de una dirección eficaz, organización, visión de proceso en el trabajo, coordinación interna y externa, así como una real labor interdisciplinaria del equipo de salud. Estas actividades deben basarse en las necesidades que surjan del estudio de la realidad social, en una mayor participación de la comunidad en el proceso enseñanza aprendizaje, en la detección de problemas y establecimiento de prioridades, y en la programación, toma de decisiones, aplicación y evaluación de las acciones y programas. En este trabajo se analiza la relación entre nutrición, proceso salud enfermedad y estructura social, y se reflexiona sobre los problemas de alimentación de mayor trascendencia en América Latina con el fin de establecer algunas consideraciones de orden conceptual que proporcionen pautas para la búsqueda de soluciones alternativas. Se plantean, asimismo, algunas consideraciones metodológicas para la educación en nutrición y se da cuenta de las experiencias que se han tenido en México en este campo.

### Consideraciones conceptuales para la educación en nutrición

#### *Desnutrición y malnutrición*

Actualmente la desnutrición es el problema de salud pública de mayor magnitud y trascendencia en América Latina y en el mundo; el binomio desnutrición infecciones, que afecta sobre todo a los niños y a las mujeres en edad fecunda, sigue siendo la prioridad de los programas del sector salud. Sin embargo, no se pueden ignorar los problemas de salud, cada vez más frecuentes en América Latina, que se relacionan con el consumo en exceso de ciertos alimentos. La obesidad, la hipertensión, la diabetes tipo II, las caries dentales y las complicaciones cardiovasculares, entre otras enfermedades, también tienen una estrecha relación con la calidad y cantidad de la alimentación (1). Ambos tipos de malnutrición deterioran la salud y causan un gasto social importante. La desnutrición, con toda la gama de las deficiencias nutricionales, es responsable directa o indirectamente de la mayor parte de la morbilidad y mortalidad infantil por enfermedades respiratorias y gastrointestinales (2). Por su parte el excesivo consumo de alimentos contribuye en gran manera a la pérdida de recursos humanos en edad productiva. En algunos países predomina con mayor frecuencia la desnutrición, mientras que en otros es más importante la malnutrición por exceso; en muchos es común que contrasten las dos

<sup>1</sup> Trabajo presentado en el I Simposio Interamericano de Educación para la Salud, San Juan, Puerto Rico, mayo-junio de 1981.

<sup>2</sup> Asociación Mexicana de Nutrición, A.C. Dirección postal: Apartado postal 37-496, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, 06696 México, D.F., México.

situaciones, especialmente en la población urbana (3, 4).

A pesar de que en la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (5) ya se incluye como causa básica de muerte la categoría Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales la desnutrición no se considera causa básica de muerte. Si bien se estima que más de la mitad de las defunciones en menores de 5 años se atribuye en forma directa a una alimentación deficiente, por lo general la desnutrición se considera como causa asociada o subyacente. Sin embargo, es probable que gran parte de las muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias notificadas en muchos países de América Latina tengan como causa originaria la desnutrición (cuadro 1).

En los países más desarrollados, con mayor porcentaje de población urbana, es mayor la proporción de defunciones en adultos, tal es el caso del Canadá (93%) y los Estados Unidos de América (94%). Por el contrario, los países dependientes,

con menor desarrollo económico y social, y escaso poder de decisión respecto a las relaciones políticas y comerciales, reportan un mayor porcentaje de defunciones en niños menores de 5 años, como sucede en Guatemala (51%), el Perú (41%) y México (37%), entre otros (cuadros 1 y 2). Mientras en los países industrializados que ya han resuelto gran parte de los problemas de trabajo, vivienda, agua potable, eliminación de excretas y desechos, etc., se destacan como principal causa de muerte las enfermedades cronicodegenerativas (cuadro 3) y los accidentes y violencia en grupos de jóvenes y adultos, los llamados países en vías de desarrollo (6) aún presentan altas tasas de mortalidad infantil (véase el cuadro 1).

No obstante que la desnutrición y la obesidad se han investigado y documentado ampliamente, la mayoría de los estudios se han circunscrito a los aspectos biológicos individuales y fisiopatológicos, mientras que los procesos sociales se han

**CUADRO 1—Tasas de mortalidad por 100 000 habitantes, por algunas causas relacionadas con la desnutrición, en algunos países de América alrededor de 1978.**

País	Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales		Influenza y neumonía		Enteritis y otras enfermedades diarreicas		Enfermedades infecciosas y parasitarias	
	Menores de 5 años	35 a 64 años	Menores de 5 años	35 a 64 años	Menores de 5 años	35 a 64 años	Menores de 5 años	35 a 64 años
Argentina	47,8	6,9	98,2	27,1	110,1	3,1	228,3	84,7
Canadá	0,3	1,1	11,8	25,9	3,4	1,0	10,9	9,8
Colombia	56,6	20,2	180,8	54,4	260,7	17,1	395,5	149,9
Costa Rica	8,9	1,6	64,1	23,6	56,7	—	110,6	40,3
Cuba	3,8	1,0	52,9	63,3	24,8	3,1	55,0	26,8
Chile	14,6	11,4	137,4	103,0	61,2	9,1	130,6	140,4
Estados Unidos	0,5	1,5	12,0	37,7	5,0	0,9	16,7	20,5
Guatemala	103,9	79,2	460,2	287,8	631,1	339,5	1 035,3	601,0
México	24,3	19,8	342,9	172,5	361,7	86,5	503,8	261,4
Nicaragua	10,0	—	77,0	37,4	374,4	22,9	549,8	78,7
Perú	45,8	9,0	291,7	118,0	291,1	36,9	466,3	221,3
Puerto Rico	—	2,9	44,3	56,3	16,4	5,2	48,1	51,9
República Dominicana	39,6	9,7	62,4	27,2	143,5	12,3	261,3	84,6
Venezuela	15,5	8,1	106,7	62,5	156,6	10,5	241,9	135,1

**CUADRO 2—Tasas de mortalidad por 1 000 habitantes y porcentaje del total de defunciones, por edad y todas las causas, en algunos países de América.**

País	Año	Menores de 5 años		35 a 64 años	
		Tasa	%	Tasa	%
Argentina	1978	11,5	13,6	25,8	28,7
Canadá	1978	3,0	3,1	19,9	26,1
Colombia	1977	11,8	31,5	25,6	23,2
Costa Rica	1979	6,4	19,8	17,1	23,0
Cuba	1978	3,8	7,6	18,1	24,0
Chile	1979	8,4	13,9	26,9	28,6
Estados Unidos	1978	3,5	2,8	22,2	25,5
Guatemala	1978	27,2	50,7	28,0	16,3
México	1976	15,0	36,5	29,6	20,3
Nicaragua	1977	11,2	36,5	21,8	20,0
Perú	1978	13,1	41,1	14,4	17,0
Puerto Rico	1977	4,5	8,3	20,3	25,4
República Dominicana	1978	9,0	34,2	18,4	19,9
Venezuela	1978	9,5	28,1	26,3	25,5

Fuente: (22).

considerado solo parcialmente. En efecto, los factores del medio se han descrito en forma superficial, aislados de la estructura social y, por lo tanto, han sido minimizados (7, 8). De ahí que la desnutrición se ha asociado erróneamente con las fluctuaciones demográficas, las variaciones del clima, la falta de tierras cultivables, los atrasos tecnológicos e, inclusive, con la ignorancia y las tradiciones culturales y religiosas (8). En la actualidad aún persiste este pensamiento que menosprecia la capacidad productiva y creativa del ser humano. Incluso en el campo técnico-científico se observa una incapacidad para entender a la mortalidad por desnutrición en su real magnitud. Esto se debe en parte a que se ha estudiado como una enfermedad o fenómeno biológico individual, se ha exagerado la importancia de la curación, la asistencia y el cuidado del paciente, y se ha dejado de lado la dinámica

**CUADRO 3—Tasas de mortalidad por 100 000 habitantes, por algunas enfermedades cronicodegenerativas, en algunos países de América alrededor de 1978.**

País	Diabetes mellitus		Hipertensivas		Del corazón <sup>a</sup>		Cerebrovasculares	
	Menores de 5 años	35 a 64 años	Menores de 5 años	35 a 64 años	Menores de 5 años	35 a 64 años	Menores de 5 años	35 a 64 años
	Argentina	1,0	59,7	—	45,1	43,0	1 098,8	2,9
Canadá	0,2	29,5	0,1	11,4	1,5	1 209,3	0,7	97,4
Colombia	0,4	54,9	0,2	94,8	14,1	933,5	1,6	252,6
Costa Rica	0,7	56,1	—	20,2	7,4	540,9	0,7	114,0
Cuba	0,2	48,1	—	33,2	5,6	950,0	0,6	186,3
Chile	0,2	68,7	—	29,9	4,9	542,5	1,6	230,3
Estados Unidos	0,1	39,5	0,1	14,3	7,2	1 387,3	1,7	109,3
Guatemala	—	39,7	0,1	27,4	9,7	274,9	6,6	85,4
México	0,5	174,8	—	25,1	37,3	582,0	2,8	135,1
Nicaragua	—	49,0	—	14,0	15,9	465,7	2,9	132,9
Perú	0,0	25,1	—	16,6	11,7	192,2	2,4	63,8
Puerto Rico	0,3	58,6	—	68,9	10,7	887,6	1,1	127,5
República Dominicana	0,2	41,9	—	59,4	12,3	442,0	0,9	154,1
Venezuela	0,2	96,3	0,0	50,4	6,6	974,9	1,1	205,9

<sup>a</sup> Incluye enfermedades isquémicas del corazón.

Fuente: (22).

de los grupos sociales y la visión integral de los procesos económicos y sociales en su desarrollo histórico.

#### *Desnutrición y malnutrición: problema social*

Son contadas las investigaciones con un enfoque social; sin embargo, su desarrollo ha llegado a cuestionar posiciones ideológicas. De ahí el planteamiento de que los problemas de salud y enfermedad guardan una estrecha relación con la organización social. Es decir, el proceso salud enfermedad es un fenómeno colectivo que depende de acontecimientos sociales en momentos históricos determinados. El hecho de que su manifestación concreta sea un fenómeno biológico, como lo son la desnutrición y la obesidad, no niega su carácter social. La desnutrición o cualquier manifestación de enfermedad no es el resultado de procesos en el organismo individual aislado, sino la respuesta biológica a condiciones económicas y socioculturales en un tiempo dado (9, 10). Para ilustrar esto basta un breve análisis

de la mortalidad infantil: no solo se mueren más niños en los países que carecen de capital para financiar su desarrollo sino que además en ellos el subregistro es mayor (cuadro 4). Las condiciones socioeconómicas en estos países se reflejan en la carencia de recursos de la familia, el desempleo, los salarios insuficientes, el subempleo, la falta de agua potable, las viviendas insalubres, y la contaminación con materia fecal y desechos. La insuficiencia de los servicios básicos de salud, la falta de prevención de las enfermedades infecciosas, las campañas de vacunación deficientes y la baja cobertura de los servicios de salud para los niños y las mujeres en edad fecunda, agravan la situación y reflejan, a su vez, el grado de desarrollo social. Por otra parte, la escasa disponibilidad de alimentos aunada a la falta de recursos para su adquisición, la carencia de medidas higiénicas en su preparación y el creciente abandono del hábito de lactancia materna son parámetros importantes para medir la elevada mortalidad infantil (11, 12).

El abuso de la publicidad sobre alimen-

**CUADRO 4—Porcentaje de defunciones en menores de 1 año y tasas de mortalidad infantil por 1 000 nacidos vivos, registradas y estimadas, en algunos países de América.**

País	Año	%	Tasas		
			Año	Registradas	Estimadas
Argentina	1978	11,6	1978	40,8	59,7
Canadá	1978	2,6	1978	12,0	17,2
Colombia	1977	21,9	1977	39,5	81,1
Costa Rica	1979	16,8	1979	22,1	34,9
Cuba	1978	6,0	1979	19,1	23,0
Chile	1979	11,9	1980	31,9	57,8
Estados Unidos	1978	2,4	1980	12,5	16,1
Guatemala	1978	32,1	1980	85,9	179,7
México	1976	27,0	1978	60,2	78,4
Nicaragua	1977	27,7	1978	42,9	80,6
Perú	1978	27,8	1978	50,5	86,3
Puerto Rico	1977	7,6	1980	18,4	23,5
República Dominicana	1978	25,0	1978	31,2	58,4
Venezuela	1978	22,5	1980	31,8	69,2

Fuente: (22). Cifras estimadas con el método de Peláez, M.L. (23).

tos infantiles sustitutos de la leche materna y otros productos superfluos deterioran los hábitos alimentarios y merman el escaso presupuesto familiar. Las ganancias que generan estas actividades comerciales por lo general corresponden a unas cuantas empresas, en su mayoría transnacionales, con poco beneficio para el consumidor y menos para el país. Además, la falta de control de la calidad de los productos y de sus ventas así como de las actividades publicitarias refleja el grado de dependencia que sufren las economías de los países pobres (13, 14).

Un análisis de las estadísticas de mortalidad en México, Cuba y los Estados Unidos ilustra la estrecha relación que existe entre la realidad social y el proceso salud enfermedad (cuadro 5). Tanto Cuba como los Estados Unidos han logrado disminuir considerablemente las enfermedades infecciosas. Sin embargo, las condiciones de vida en México aún provocan altas tasas de mortalidad en la infancia por la desnutrición, las infecciones respiratorias y las gastrointestinales, mientras que

el consumo excesivo de alimentos, el tabaquismo, el alcoholismo y el estrés contribuyen a la existencia de altas tasas de mortalidad en la población en edad productiva de los tres países mencionados.

A partir de este análisis nace la inquietud de que tanto la desnutrición como la malnutrición por exceso que propicia la obesidad y otras enfermedades cronicodegenerativas son distintas manifestaciones o momentos del proceso salud enfermedad determinados por una organización económica y social irracional. Es decir, cualquier sistema que propicia o permite que "los muchos coman poco y los pocos coman mucho", sin duda es irracional. Por eso el estado de nutrición como pilar del proceso salud enfermedad, medido en términos de cantidad y calidad de la alimentación, es producto de la organización social y encuentra su explicación y su solución en ella. El origen de esta irracionalidad quizás sea la falta de una planificación a largo plazo que contemple las necesidades del país y propicie el desarrollo económico disminuyendo progresiva-

**CUADRO 5—Principales causas de defunción por orden de magnitud, con tasas por 100 000 habitantes y porcentaje del total de causas, en tres países de América alrededor de 1978.**

México			Cuba			Estados Unidos		
Causa	Tasa	%	Causa	Tasa	%	Causa	Tasa	%
Todas las causas	731,1	100,0	Todas las causas	567,1	100,0	Todas las causas	868,0	100,0
Influenza y neumonía	98,0	13,4	Enfermedades del corazón	169,2	29,8	Enfermedades del corazón	330,9	38,1
Enteritis y diarrea	82,2	11,2	Tumores malignos	99,3	17,5	Tumores malignos	178,7	20,6
Enfermedades del corazón	77,5	10,6	Accidentes	63,9	11,3	Enfermedades cerebrovasculares	79,1	9,1
Accidentes	67,9	9,3	Enfermedades cerebrovasculares	53,6	9,5	Accidentes	49,4	5,7
Causas perinatales	36,2	5,0	Influenza y neumonía	44,8	7,9	Influenza y neumonía	26,3	3,0
Tumores malignos	36,3	5,0						
Diabetes e hipertensión	23,0		Diabetes e hipertensión	18,4		Diabetes e hipertensión	22,3	
Cirrosis hepática	19,7		Cirrosis hepática	5,5		Cirrosis hepática	13,5	
Avitaminosis y anemia	16,1		Avitaminosis y anemia	3,2		Avitaminosis y anemia	2,8	
Mal definidas	72,5		Mal definidas	1,8		Mal definidas	14,1	

Fuente: (22).

mente la dependencia externa, creando una infraestructura productiva y considerando el desarrollo social de la población. Además, fortalecer la independencia de los diversos sectores y asegurar la continuidad de los programas con cierta flexibilidad para ajustarlos en base a evaluaciones periódicas son aspectos fundamentales que con frecuencia se han olvidado.

A pesar de los grandes esfuerzos que realizan los gobiernos de los países en desarrollo parecería que la situación se agrava. Así, se observa cierta irracionalidad en las decisiones, los programas y la organización social misma. Por ejemplo, a pesar de que se conoce cuán importante es prevenir la desnutrición, aún se dedican mayores recursos a las actividades médicoasistenciales que, a todas luces, son más costosas y carecen de posibilidad alguna para resolver el problema. Por otra parte, continuar fomentando un desarrollo industrial con tecnología altamente dependiente que merma los recursos de un país y disminuye sus posibilidades de aumentar la producción agrícola también es contraproducente.

### **Metas de la educación en nutrición**

En la medida en que se tome en cuenta la estructura social se podrán enfocar todos los recursos a los problemas realmente viables de solución. En este trabajo se relacionan algunos aspectos de la organización económica y social con el estado de nutrición con el propósito, por una parte, de destacar la necesidad de partir de un marco conceptual para elaborar los programas de educación en nutrición y, por otra, de ubicar en su verdadera perspectiva las posibilidades de todo programa educativo. La educación en nutrición no es una solución mágica para resolver el problema de la desnutrición; es un instrumento indispensable que provee a la población de elementos para tomar deci-

siones en cuanto a la elección de alimentos, pero por sí sola es ineficiente y requiere su integración con otras estrategias de orden económico, político y social.

Sin dejar de tener presente las posibilidades y limitaciones de cualquier acción educativa, el fin primordial de la educación en nutrición es proporcionar los conocimientos necesarios y la motivación colectiva para formar actitudes y hábitos de una alimentación sana, completa, adecuada y variada. Si se parte de la premisa de que la desnutrición es un fenómeno colectivo, las acciones se dirigirán en especial a los grupos sociales y no a los individuos. Es decir, se debe promover el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles así como una mayor diversificación de la dieta familiar, bien estimulando la cría de animales y los tradicionales huertos familiares para el autoconsumo, bien fomentando la formación de cooperativas locales, la elaboración de artesanías y otras actividades para incrementar los recursos disponibles. Es preciso también vigilar los mensajes publicitarios para evitar fraudes, exigir conceptos que orienten en un sentido educativo que no deformen los hábitos de consumo, y proteger el poder adquisitivo de los trabajadores. Es indispensable asimismo promover la lactancia materna y fomentar la adecuada introducción de alimentos complementarios durante el primer año de vida, así como recalcar la importancia de la higiene en la preparación y manipulación de los alimentos.

Todo ser humano tiene el derecho a satisfacer sus necesidades vitales, entre ellas la de una alimentación suficiente, adecuada y variada. Para la mayoría de la población de América Latina las condiciones económicas y sociales son un factor limitante; sin embargo, los resultados de varios proyectos experimentales en educación nutricional (15-17) indican que, a pesar de los precarios recursos que poseen las comunidades, las acciones han posibi-

litado lograr un mejor aprovechamiento y consumo de los alimentos disponibles, sobre todo en el grupo materno-infantil. Con la leche materna y los alimentos locales, por pocos que sean, si se administran con higiene y se introducen en forma adecuada, se pueden obtener grandes beneficios para la salud de los niños. De ahí que la meta más importante sea la disminución de la morbilidad y la mortalidad infantil que provoca la sinergia desnutrición-infección, por medio de una estrategia de atención primaria que involucre a la población en actividades de saneamiento, promoción alimentaria y vigilancia nutricional.

### **Consideraciones metodológicas para la educación en nutrición**

Para los educadores que buscan la participación activa de la población el primer paso habrá de ser la superación de la contradicción educador educando a través de una metodología educativa dinámica que permita la participación. La educación tradicional está cargada de pasividad y la información casi siempre circula en un solo sentido. El educador imparte los conocimientos en forma rígida y aislada, y transmite valores e intereses ajenos y dañinos para la comunidad. Muchas veces desprestigia las costumbres locales sin siquiera haber analizado su valor. El discurso teórico por lo general transforma a los educandos en recipientes que, en el mejor de los casos, escuchan con amabilidad sin cuestionar la información; con mucha frecuencia sucede que el número de asistentes a las reuniones se va reduciendo voluntariamente.

El proceso enseñanza aprendizaje se debe concebir como una acción integrada en la que participen en forma activa tanto los educadores como los educandos. Esto exige mayor formación por parte de los educadores, un amplio conocimiento del

área tecnicocientífica, comprensión de los aspectos y valores socioculturales, así como el empleo de técnicas didácticas y de relaciones humanas, madurez, y un compromiso real y verdadero con el progreso de la comunidad. Continuar con el recitado de guiones preelaborados es una falta de respeto y de compromiso con el trabajo y con la comunidad. En consecuencia, es necesario que todo programa de educación en nutrición y salud incluya un plan de capacitación continua y permanente para el personal; asimismo se debe motivar la investigación. Esta actividad es responsabilidad de todo el equipo de salud y no solo de unos cuantos expertos. Toda acción debe partir de la base de una investigación que propicie la participación de la comunidad. Por tanto, los miembros de la comunidad deben intervenir en la planeación, en la recopilación de los datos, en el análisis de los resultados y en la interpretación y difusión de los mismos.

La evaluación de los programas y acciones es un aspecto fundamental que ha sido descuidado. Por lo general se conocen cifras que cuantifican el esfuerzo, número de cursos, reuniones, horas, asistentes, folletos distribuidos, etc. Sin embargo, no se ha evaluado el impacto del proceso en los participantes y en la comunidad. Se debería evaluar en primer lugar la propia participación de los involucrados, la calidad del trabajo de grupo durante las reuniones y las actividades que inician en sus hogares y en la comunidad. En segundo lugar se deberían tener en cuenta las actividades y cambios en la compra y autoproducción de alimentos, saneamiento y mejoras a la vivienda, escuela, calles y lugares comunes. Por último, habría que analizar las estadísticas vitales de esa comunidad: ¿se mueren menos niños, se enferman menos?, ¿faltan menos días a la escuela?, ¿tienen mejor participación y mejoran sus calificaciones?, ¿participan más en actividades escolares y extraescolares? Toda esta información indicará el

progreso o fracaso del programa y, aún más importante, debe comunicarse a la comunidad para estimular su participación. La evaluación debe ser parte del programa y basarse en la información generada durante el diagnóstico de la comunidad, debe realizarse con los participantes y presentarse, explicarse y discutirse periódicamente con las autoridades y los integrantes de la comunidad. En este sentido investigación y evaluación se relacionan en forma estrecha en un solo proceso de conocer para transformar.

### La experiencia de México

A manera de ejemplo se hará referencia al programa de nutrición que llevó a cabo la Dirección General de Educación para la Salud de la Secretaría de Salud de México durante el período 1980-1983 (18, 19). Dicho programa abarcó tres áreas básicas: capacitación de personal, investigación sobre hábitos alimentarios y elaboración de material didáctico. En los talleres sobre nutrición que se realizaron a nivel estatal participó personal de casi todas las dependencias gubernamentales que desempeñaba actividades de promoción y enseñanza a población abierta. La evolución de esta labor demostró que se logró superar la metodología educativa tradicional, que se obtuvo una adecuada integración del binomio educador educando, y que el proceso se realizó sin contradicciones. Dentro de las limitaciones presupuestarias, se elaboró y distribuyó una cantidad importante de material didáctico y se difundieron numerosos mensajes y programas por radio y televisión, con el fin de apoyar y reforzar las acciones educativas que ejecutó el personal capacitado (20, 21).

Los proyectos de investigación se realizaron sobre hábitos de alimentación en cuatro grupos de población: mujeres embarazadas y lactantes, niños en los tres

primeros años de vida, adolescentes y adultos. Si bien los resultados de estas encuestas aún son preliminares, la participación en todos los niveles ha sido muy grande, porque el conocimiento sistemático de los hábitos alimentarios de cada estado mexicano generó un deseo de participar en los programas y acciones que se realizaban a nivel operativo y normativo. Para el personal de campo, el conocimiento de los resultados del trabajo fue elemento de motivación y estímulo importante.

Si se logra que los programas se basen en las necesidades sentidas y detectadas a nivel local y respondan a ellas, se propicia mayor integración, coordinación y colaboración entre comunidad, personal e instituciones. Se podrá así consolidar la continuidad y efectividad de las acciones, y asegurar la participación de la población. Por último, la experiencia adquirida en estos años de trabajo ha demostrado que la mayoría de los programas, por muy buena que sea la idea inicial y la planificación, pierden energía con el tiempo y rara vez llegan a las metas propuestas. Es indudable que muchos no han respondido a las necesidades sentidas de la comunidad; sin embargo, la continuidad de los programas es un aspecto clave para obtener la confianza y la participación de la población, y es precisamente en este punto donde fracasa la política del Estado, cuando se elaboran programas paliativos sin un conocimiento riguroso de la realidad social, que defraudan las expectativas de la comunidad y, peor aún, con el tiempo terminan por cancelarse.

### Recomendaciones

Cuando se elabore un programa de educación en nutrición se deberán tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Partir de una visión integral del ser humano como ente biológico, psicológico



y social, y tener presente que la mayoría de los problemas de salud se originan en hechos económicos y sociales.

- Evitar planificar desde el escritorio; procurar la participación de los afectados desde el inicio de la programación, tanto del personal operativo como de la comunidad.

- Asegurarse de que se contará con los recursos mínimos necesarios para la realización de las actividades del programa. No se debe defraudar a la comunidad pues su compromiso y participación son fundamentales.

- No cancelar o detener la marcha del programa sin analizar primero sus logros y limitaciones. Es preferible mejorar un programa que cancelarlo y empezar otro, ya que esto desmoraliza al personal y a la comunidad. El respeto al trabajo es el éxito de cualquier programa.

- La metodología debe integrar la teoría con la práctica, considerando los problemas reales de la localidad. Hay que tomar en cuenta los recursos humanos y materiales disponibles, la infraestructura física y la organización propia de la comunidad.

- Reforzar los valores, hábitos y costumbres socioculturales positivos para la salud. Habrá que desechar la información y tecnología que puedan causar más problemas de los que resuelvan. Los valores culturales de la población deben ser la base de los mensajes educativos.

- Considerar aspectos económicos como ingreso, ocupación, saneamiento del medio y mejoramiento de la vivienda, así como aspectos básicos de salud, mecanismos de solidaridad social, existencia de cooperativas locales y formas de proteger e incrementar el ingreso familiar, con el fin de no parcializar el conocimiento.

- Asegurarse de que el programa responde a las necesidades reales de la población manejando el problema de la nutrición en forma integral y no solo sus aspectos biológicos individuales. Pro-

mover la participación de la población organizando grupos de trabajo. La participación de la comunidad surge de la comprensión de su estructura y organización social, y de un compromiso para alcanzar la superación de los grupos que la conforman.

## Resumen

La alimentación y el estado de nutrición influyen directamente sobre la salud, de ahí que las acciones en la esfera de la nutrición sean de gran importancia en los programas que se emprendan para mejorarla. En América Latina la desnutrición es aún el problema de salud pública más grave por su magnitud y trascendencia; sin embargo, las enfermedades que se relacionan con la malnutrición por exceso son cada vez más frecuentes. Por su parte, la mayoría de los estudios sobre nutrición han hecho hincapié en los aspectos biológicos y fisiopatológicos del individuo, mientras que los factores sociales se han limitado a la descripción de las condiciones del medio. No obstante, el análisis de las causas de mortalidad en algunos países de América demuestra que el proceso salud enfermedad es un fenómeno colectivo que depende de la estructura socioeconómica, aunque su manifestación concreta sea un fenómeno biológico. Así pues, para plantear las metas y la metodología de los programas de educación en nutrición se debe partir de un análisis de la estructura económica y social y su evolución histórica, estructura que no debe considerarse solo como el medio de proporcionar los conocimientos para formar hábitos de alimentación adecuada. A manera de ejemplo se describe la experiencia de México, donde se implantó un programa para promover el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles, la alimentación al pecho materno, la ablactación adecuada, la higiene en la manipu-

lación de los alimentos y la disminución del consumo de productos industrializados de poco valor nutritivo y alto costo. Se concluye que el estado de nutrición como pilar del proceso salud enfermedad, me-

dido en términos de cantidad y calidad de la alimentación, es producto de la organización social y encuentra en ella su explicación y solución. ■

## REFERENCIAS

1. McMurray, M., Cerqueira, M. T. y Connor, W. Consecuencias del sobreconsumo de alimentos en el medio urbano. *Cuad Nutr* (México) 3(4):45-56, 1978.
2. Escudero, J. C. La desnutrición en América Latina. *Rev Mex Cienc Polit Soc* (México) 22(84):83-130, 1976.
3. Cerqueira, M. T., Torre, M. P. y Moncada, C. Consumo de alimentos en población migratoria rural-urbana. Presentado al V Congreso Latinoamericano de Nutrición. México, Sociedad Latinoamericana de Nutrición, 1980. (Resumen.)
4. Cerqueira, M. T., Torre, M. P. y Moncada, C. Estado de nutrición en población migratoria rural-urbana. Presentado al V Congreso Latinoamericano de Nutrición. México, Sociedad Latinoamericana de Nutrición, 1980. (Resumen.)
5. Organización Panamericana de la Salud. *Clasificación Internacional de Enfermedades*. Revisión 1965. Washington, D.C., 1972. (Publicación Científica 246), 2 vols.
6. Cordero, E. La subestimación de la mortalidad infantil en México. *Demogr Econ* (México) 2:44-62, 1978.
7. Laurell, A. C. Medicina, economía y política. *Rev Mex Cienc Polit Soc* (México) 22(84):131, 1976.
8. Cerqueira, M. T. y Lobos, G. *Marco de referencia de la licenciatura en nutrición*. México, Universidad Autónoma Metropolitana, Departamento de Atención a la Salud, División de Biológicas, 1980.
9. López Acuña, D. *La salud desigual en México*. 3 ed. México, Siglo XXI Editores, 1982.
10. George, S. *Cómo se muere la otra mitad del mundo* México, Siglo XXI Editores, 1980.
11. Breihl, J. *Epidemiología, economía y política*. México, Universidad Autónoma Metropolitana, 1979. (Tesis de maestría en Medicina Social.)
12. Crevenna, P. *Un pueblo sin salud*. México, Universidad Autónoma Metropolitana, 1979. (Documento interno de la maestría en Medicina Social.)
13. Avila, H., Arroyo, P., García, D., Huerta, F., Díaz, R. y Casanueva, E. Factores determinantes de la suspensión de la lactancia en un grupo de población urbana. *Bol Of Sanit Panam* 84(5):383-390, 1978.
14. Editorial. La política alimentaria: ¿instrumento de progreso o dominio? *Rev Com Exterior* (México) 27(4):436-441, 1977.
15. Cerqueira, M. T., Casanueva, E., Fontanot, G. y Ferrer, A. M. A comparison of mass media nutrition education in rural Mexico. *J Nutr Educ* 2(3):133-137, 1979.
16. México. Presidencia de la Nación. *Estrategia de comunicación social*. México, Sistema Alimentario Mexicano, Secretaría de la Presidencia, 1980.
17. Cerqueira, M. T. Programa de Trabajo 1980-1982. México, Secretaría de Salud, Departamento de Nutrición, Dirección General de Educación para la Salud, 1980.
18. Cerqueira, M. T. Programa Nacional de Educación en Nutrición 1982-1988. México, Secretaría de Salud, Departamento de Nutrición, Dirección General de Educación para la Salud, 1982.
19. Cerqueira, M. T. Effects of urbanization and acculturation on food habits, studies in Mexico. In: White, P. L. y Selvey, N. *Malnutrition: Determinants and Consequences*. New York, Alan R. Liss Inc., 1983.
20. México. Secretaría de Salud, Departamento de Nutrición, Dirección General de Educación para la Salud. Informe final: Programa de Actualización en Nutrición. México, 1983.
21. México. Secretaría de Salud, Departamento de Nutrición, Dirección General de Educación para la Salud. Material impreso y audiovisual en materia de nutrición. México, 1980-1984.
22. Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas 1977-1980*. Washington, D.C., 1982. (Publicación Científica 427.)
23. Peláez, M. L. Estimación del subregistro de la mortalidad infantil en América Latina. *Arch Arg Pediatr* 79(5):428-438, 1981.

## Education in nutrition. Goals and methodology (Summary)

Food and nutrition affect health directly, and nutritional measures are very important in programs undertaken for its improvement. In Latin America the magnitude and severity of undernutrition make it the leading public health problem, and diseases associated with malnutrition of excess are increasingly frequent. Most studies of nutrition have emphasized the biological and physiopathological aspects of the individual, while those of social factors have confined themselves to a description of the environment. However, analysis of causes of mortality in some American countries shows that the health-disease process is a collective phenomenon dependent on the socioeconomic structure, however biological its concrete manifestations may be. Thus, the proposal of goals and a methodology for nutrition education programs must start with an

analysis of the economic and social structure and its historical development, and this structure must not be regarded merely as the means for imparting knowledge for the formation of appropriate food habits. By way of example, an account is given of the experience of Mexico, where a program was implemented for promoting better utilization of the available resources, breast-feeding, proper weaning, hygienic food handling, and reduction of the consumption of processed products that are expensive and of little nutritive value. It is concluded that, as an essential determinant of the health-disease process, nutritional status, measured in terms of the quantity and quality of food intake, is an outcome of the social organization, in which its explanation and the means for improving it must be sought.

## Educação em nutrição. Metas e metodologia (Resumo)

A alimentação e a nutrição influem diretamente sobre a saúde; portanto, as ações no campo da nutrição são de grande importância nos programas empreendidos para melhorá-la. Na América Latina a desnutrição continua sendo o maior problema de saúde pública devido a sua magnitude e transcendência. As doenças relacionadas com a má nutrição por excesso também são cada vez mais frequentes. A maioria dos estudos sobre a nutrição realizados até agora acentuam os aspectos biológicos e fisiopatológicos do indivíduo, enquanto os fatores sociais se limitam à descrição das condições do meio. Não obstante, a análise das causas de mortalidade em alguns países da América mostra que o processo saúde-doença é um fenômeno coletivo que depende da estrutura sócio-econômica, mesmo se sua manifestação concreta for um fenômeno biológico. A fim de estabelecer as metas e a metodologia

para os programas de educação em nutrição, deve-se partir de uma análise da estrutura econômica e social e sua evolução histórica; esta estrutura não deve ser considerada simplesmente como o meio de proporcionar os conhecimentos para formar hábitos de alimentação adequada. A título de exemplo, se descreve a experiência do México, onde se implantou um programa para promover o melhor aproveitamento dos recursos disponíveis, o aleitamento materno, a ablação adequada, a higiene na manipulação dos alimentos e a diminuição do consumo de produtos industrializados de pouco valor nutritivo e alto custo. Conclui-se que o estado de nutrição como pilar do processo saúde-doença, medido em termos de quantidade e qualidade da alimentação, é produto da organização social e nela encontra sua explicação e solução.

## Éducation en matière de nutrition. Objectifs et méthodologie (Résumé)

L'alimentation et l'état nutritionnel influent directement sur la santé, si bien que les actions dans le domaine de la nutrition ont une grande importance dans les programmes visant à améliorer la santé. En Amérique latine, la sous-nutrition est encore le problème de santé publique le plus grave, en raison de son ampleur et de son importance; toutefois, les maladies liées à une malnutrition par excès sont de plus en plus fréquentes. Par ailleurs, la majorité des études sur la nutrition ont mis l'accent sur les aspects biologiques et physiopathologiques de l'individu, tandis que les facteurs sociaux ont été réduits à une description des conditions du milieu. Néanmoins, l'analyse des causes de mortalité dans quelques pays d'Amérique montre que le processus santé maladie est un phénomène collectif qui dépend de la structure socio-économique, bien que sa manifestation concrète soit un phénomène biologique. Ainsi donc, pour fixer les

objectifs et les méthodes des programmes d'éducation en matière de nutrition, il est nécessaire de partir d'une analyse de la structure économique et sociale et de son évolution historique, sans que cette structure doive être considérée seulement comme le moyen de fournir les connaissances nécessaires à la formation d'habitudes alimentaires saines. A titre d'exemple on décrit l'expérience du Mexique, où a été lancé un programme ayant pour objet de promouvoir une meilleure utilisation des ressources disponibles, l'allaitement au sein maternel, un sevrage adéquat, l'hygiène de la manipulation des aliments, et la diminution de la consommation de produits industrialisés très coûteux et de peu de valeur nutritive. On conclut que l'état nutritionnel, ce pilier du processus santé maladie, mesuré en volume et qualité de l'alimentation, est un produit de l'organisation sociale et trouve en celle-ci son explication et sa solution.

### DISTINCION MUNDIAL A UNA EXPERTA FILIPINA EN SALUD INFANTIL

La 38ª Asamblea Mundial de la Salud, por conducto de su presidente, Dr. Suwardjono Surjaningrat, concedió a la Dra. Perla Santos Ocampo, de Filipinas, la medalla y el premio de la Fundación para la Salud Infantil en reconocimiento a su extraordinaria labor en este campo.

A lo largo de su carrera la Dra. Santos Ocampo ha recibido muchas distinciones y becas. Es autora de alrededor de 100 publicaciones sobre el tema de la salud infantil. Desde 1981 ocupa el puesto de jefa del Departamento de Pediatría de la Universidad de Filipinas. Gracias a su participación activa en muchos proyectos innovadores que han tenido como base las propias comunidades, la vida de muchos niños filipinos y de muchas otras partes del mundo ha mejorado considerablemente. En 1962, por ejemplo, organizó un centro médico para atender a indigentes. Cuando fue secretaria de la Sociedad Médica de Manila convenció al ministro de Educación y Cultura de su país para que fundara, en el Hospital General de Filipinas, la primera escuela para niños con enfermedades crónicas. Durante su gestión como presidenta de la Asociación de Pediatras de Filipinas abrió en Manila una serie de centros para la defensa de los niños y logró que los pediatras cooperaran para brindar atención médica a los escolares de todos los grados. Con ayuda del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) organizó cursos para personal médico y auxiliar en regiones pobres.