

El Proyecto de apoyo técnico a Programas de alimentación a grupos es ejecutado por el INCAP, y es financiado con aportes de ROCAP/AID, OPS/OMS y del propio INCAP.

Los documentos aquí incluidos se reproducen en su forma original. El propósito de estas reproducciones es de carácter exclusivamente técnico. Las ideas, expresiones y opiniones contenidas en los documentos son de responsabilidad de sus autores, y no representan necesariamente a las del INCAP.

Febrero, 1988

**Selección de grupos-meta
para la ayuda alimentaria;
análisis desde una
perspectiva de campo ***

Mary Ann Anderson

(*) Título original: **Targeting of food aid from a field perspective**. Tomado de *Nutritional aspects of project food aid*. Ed. por Martin J. Forman. Publicado en inglés por Sub-Committee on Nutrition; Administrative Committee on Coordination; United Nations; c/o Food Policy and Nutrition Division. FAO, Rome, 1986. p. A21-A37. Traducido y adaptado al español por el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá, Guatemala, febrero 1988.

**SELECCION DE GRUPOS-META PARA LA AYUDA ALIMENTARIA;
ANALISIS DESDE UNA PERSPECTIVA DE CAMPO**

Mary Ann Anderson*

El programa de ayuda alimentaria del Título II de la PL 480 en la India es el mayor que AID ejecuta en el mundo; abarca más de 11.5 millones de beneficiarios y utiliza alimentos valorados en \$105 millones. Por su parte, la India tiene una de las tasas de malnutrición más altas en el mundo, y es muy probable que tenga más niños desnutridos que cualquier otro país.

En esta oportunidad, se me ha solicitado que me refiera al tema de la selección de grupos-meta de la ayuda alimentaria, considerando para ello una perspectiva de campo. Para esto, creo que el documento preparado por la Fundación de Sistemas Comunitarios (FSC) es amplio, y que proporciona un marco útil para la discusión de este tema (Timmons, 1983); lo considero muy valioso y estoy de acuerdo con la mayor parte de su análisis. Hay algunos conceptos con los cuales no estoy de acuerdo, y a los cuales me referiré más adelante; hay también otros puntos que me gustaría ampliar desde el punto de vista de campo.

Los méritos de las diversas estrategias de selección de grupos-meta deberían ser juzgados en base a la relación de costo-efectividad. Si el costo de los alimentos pudiera ser reducido mediante una selección nutricional de grupos-meta más estricta y definida, en un programa que resulta más efectivo en la disminución de la desnutrición que un programa de selección menos estricto, entonces la selección nutricional vale definitivamente la pena.

(*) La autora se desempeña, en la actualidad (1986), como Asesora en Nutrición, en la Misión AID en la India.

En el programa del Título II en la India se están llevando a cabo estudios de presupuestos para encontrar formas de reducir los costos cada vez más elevados de los alimentos, y para cubrir las crecientes necesidades alimentarias del Africa. Estos estudios demuestran que las agencias donantes están cada vez más preocupadas por el alto costo de la ayuda alimentaria, y por tratar de encontrar maneras de usar en forma óptima este recurso escaso; también demuestran que la selección de grupos-meta es una forma de bajar costos, posiblemente sin reducir la efectividad. Junto a esta última alternativa, en la India están considerándose otras opciones para reducir costos, pero que son menos deseables en términos de efectividad nutricional: raciones más pequeñas, duración más corta del período de alimentación, y utilización de alimentos más baratos.

La idea de aplicar criterios nutricionales de selección para elegir a los grupos-meta de aquellos programas de alimentación complementaria que tienen como propósito el mejoramiento nutricional, suena adecuada, en teoría; en la práctica, la selección se vuelve complicada y controversial cuando se trata de ejecutar en el campo. En general, la selección basada en criterios nutricionales no es popular y muchos de los que están en su contra preguntarán: ¿Pero, de qué estamos más preocupados: de ahorrar alimentos y dinero, o de salvar niños? Es bien sabido que los niños desnutridos, especialmente aquellos menores de tres años de edad, tienen mayor necesidad de alimentación complementaria debido al alto riesgo de muerte (Kielmann, 1978), y a su mejor respuesta a aquella (alimentación complementaria), según lo evidencian sus mayores ganancias de peso (Hanumantha Rao, 1977) en comparación a la de los niños mejor nutridos. Sin embargo, hay comunidades que aunque tienen programas de alimentación complementaria, el beneficio de ellos no alcanza a muchos de los niños necesitados.

Uno de los mayores problemas con que nos enfrentamos en los programas de salud y alimentación materno-infantil es llegar a los niños menores de tres años, especialmente en aquellos programas que implican la alimentación en un determinado centro de salud. Yo pienso que cualquier

estrategia de selección en programas de alimentación materno-infantil debiera poner énfasis en la máxima cobertura de los niños menores de tres años, e incluir acciones especiales para asegurarla. Al concentrar la alimentación complementaria en los niños menores de tres años, se obtiene una mejor relación de costo-efectividad debido a ciertas características que se dan en este grupo:

- a) mayores tasas de desnutrición,
- b) mayor escasez de calorías,
- c) mayores probabilidades de mortalidad, y
- d) mayor probabilidad de que los alimentos sean consumidos como un verdadero complemento, y no sólo como un sustituto de la dieta del hogar.

Estudios realizados por CARE en Tamil Nadu, India, permiten mostrar algunos ejemplos sobre los problemas que puede acarrear el hecho de proporcionar raciones de alimentos en el propio centro a niños de 3 a 5 años de edad, al ser asumidas como sustitutos de alimentos normalmente consumidos en el hogar. En los Cuadros 1 y 2 (Anderson, 1981), puede observarse que en los niños menores de tres años, la ración consumida aumentó su ingesta diaria de calorías en un 79% de la cantidad esperada, en contraste con los niños mayores, cuyo aumento fue sólo del 16%. También puede observarse que los niños más pequeños consumieron su ración casi totalmente como un complemento, mientras los niños mayores lo hicieron casi totalmente como un sustituto. No es difícil deducir de esta situación que la cobertura de los niños menores de tres años tendría una mayor relación de costo-efectividad, en términos de mejoramiento de la ingesta de calorías y, por lo tanto, del estado nutricional. En algunos casos se ha encontrado un deterioro en el estado nutricional de los niños preescolares mayores, cuanto más tiempo permanecen en el programa de alimentación en un centro. Esto es debido a la gran dependencia que se crea con respecto al centro de alimentación, y debido a la significativa reducción de los niveles de ingesta total de alimentos que consumía antes de su participación en el programa; esto último como resultado de la disminución de ésta en el hogar.

Los datos de la India también reflejan el problema de lo tardío del destete y del atraso en la introducción de alimentos sólidos, aspectos para cuya superación los programas de alimentación complementaria parecen apropiados.

No estoy sugiriendo que en los programas de alimentación complementaria materno-infantil se seleccione exclusivamente a los niños menores de tres años. Lo que afirmo es que en programas que apliquen un criterio de selección amplio, debe hacerse énfasis en la búsqueda de una alta cobertura de ese grupo.

En programas de alimentación para consumo en el hogar, una selección que se oriente con exclusividad a niños menores de tres años será posible sólo en el papel, ya que en la casa la madre compartirá el complemento con los otros niños preescolares mayores. Como el programa no prevé alimentos para los preescolares mayores, la ración que corresponde al niño menor se verá grandemente reducida, ya que será compartida.

Igualmente difícil es la selección de sólo niños menores de tres años, cuando se trata de programas de alimentación en centros; al no poder asistir solos al centro de alimentación, los niños pequeños serán acompañados por niños mayores, para quienes también se tendrá que disponer de alimentos, si no se quiere diluir la ración del niño menor.

Otro grupo que requiere mayor énfasis en los programas de alimentación materno-infantil son las mujeres embarazadas y las que se encuentran en período de lactancia, y que frecuentemente no asisten al centro, o no consumen la ración en cantidades adecuadas. Deben hacerse esfuerzos especiales para aumentar la cobertura de este grupo. Sabemos mucho menos acerca de cómo seleccionar beneficiarias en programas de alimentación complementaria a mujeres embarazadas en mayor riesgo de dar a luz infantes de bajo peso al nacer, o a mujeres en período de lactancia con riesgo de tener una producción de leche inadecuada, que lo que sabemos acerca de cómo identificar niños desnutridos que necesitan alimentación complementaria.

Una reciente revisión de los resultados de estudios de alimentación materna complementaria concluyó que su impacto ha sido frustrante, habiéndose encontrado un aumento promedio de sólo 50 g en el peso al nacer (Rush, 1982). Sin embargo, trabajos realizados en Colombia sugieren que puede ser posible alcanzar aumentos mayores en el peso al nacer si la selección de mujeres (para recibir alimentación complementaria) se hace en base al bajo peso en relación a la talla y a la etapa de gestación en que se encuentran, en vez de utilizar los usuales criterios de pobreza o dieta inadecuada (Herrera, 1979). Los investigadores estudiaron mujeres que habían recibido complemento alimentario, y cuyos embriones, en el sexto mes de embarazo, presentaban peso para talla menor de 360 g por centímetro; finalmente, encontraron que los pesos al nacer de sus hijos se incrementaban en 181 g.

En relación a programas en áreas rurales, otros investigadores han sugerido que el retardo de crecimiento fetal en las mujeres embarazadas se podría identificar, midiendo: altura uterina, de modo regular (Bellzán, 1978); circunferencia abdominal (Instituto Nacional de Nutrición, 1982); perímetro braquial (Tibrewala, 1978); y talla y circunferencia de cráneo (Lechtig, 1976 y Shah, 1980). Todas estas medidas necesitan mayores exámenes y validación, mediante amplias pruebas de campo; y esto me parece que es urgente. Por esta última razón, yo insistiría en que una de las recomendaciones de este seminario sea la de que se hagan esfuerzos para lograr que esos estudios se realicen en el futuro inmediato.

En esencia, lo que necesitamos es un cuadro referencial del crecimiento, aplicable a mujeres embarazadas en los países en vías de desarrollo. También se necesitan equipos de antropometría maternal baratos, portátiles y exactos, y estándares de referencia.

Todavía es menos lo que sabemos acerca de cómo identificar madres que se encuentran en período de lactancia y que estén en riesgo, para proporcionarles alimentación complementaria. ¿Deberemos asumir que todas las mujeres en riesgo durante el embarazo continúan estándolo durante

la lactancia? ¿Existen algunas medidas o indicadores específicos de necesidades nutricionales que puedan aplicarse a las madres en período de lactancia? Yo no tengo conocimiento de ninguna.

Lo que sí creo es que deben hacerse esfuerzos para identificar los embarazos lo más tempranamente posible, lo cual sólo es posible mediante el monitoreo continuo de los ciclos menstruales de las mujeres, realizando visitas domiciliarias por poblado, o a través de la intervención de trabajadores de salud.

Otro debate que también continúa es sobre si la alimentación complementaria para mujeres embarazadas debe iniciarse en el segundo o en el tercer trimestre. Este es un aspecto que sería útil discutir en este seminario; esto es, establecer criterios para determinar cuál es el momento más adecuado del embarazo, para proporcionar alimentación complementaria, y hacer recomendaciones sobre si es más apropiado iniciarla en el segundo o tercer trimestre.

A continuación describiré una estrategia general de selección que puede ser aplicable a varios niveles, en los programas de alimentación complementaria; debo adelantar que concuerdo con la Fundación para Sistemas Comunitarios, en que no puede adoptarse ninguna estrategia universal, sino que ella debe corresponder a las particulares necesidades de cada país.

SELECCION ENTRE PAISES

Una primera etapa de selección que se puede considerar es la selección entre países, para lo cual se pueden tomar como base los datos del estado nutricional nacional en cada caso.

Dada la disminución de recursos para ayuda alimentaria, y dadas las cada vez mayores necesidades de alimentos en varias partes del mundo, los países con bajas tasas de desnutrición proteínico-energética -digamos aquellos países con menos del 20% de niños menores de seis años de edad,

con peso para edad menor del 75% de los estándares del NCHS/OMS (desnutrición moderada y severa)- debieran "egresar" de los programas de ayuda alimentaria. Obviamente, éste es un punto de corte arbitrario sobre el que debe discutirse y tomarse decisiones.

El Cuadro 3 demuestra que existe amplia variedad en las tasas de desnutrición medidas por el indicador mencionado: Egipto con el 8%, Costa Rica con el 9%, y la India con 52-74%.

En vez de dirigir la ayuda alimentaria a niños desnutridos en países con bajas tasas de desnutrición, sería más eficiente no efectuar programas en esos países; probablemente, debido en parte a esta razón, en varios países de América Latina que tienen una baja tasa de desnutrición, recientemente se ha concluido la ayuda alimentaria. Otros tipos de intervenciones, tales como educación nutricional y monitoreo del crecimiento, pueden resultar con una mejor relación de costo-efectividad para atacar los problemas de desnutrición que aún existen en esos países.

Existen otros países en Africa y Asia, con tasas de desnutrición más altas, que desesperadamente necesitan ayuda alimentaria. Si la selección entre países va a efectuarse, entonces es necesario enfatizar que ella debe basarse en datos antropométricos exactos y representativos; recientemente muchos países han realizado encuestas nacionales del estado nutricional, de las cuales pueden obtenerse dichos datos. Además, la AID y el Centro para el Control de Enfermedades han desarrollado técnicas rápidas para realizar dichas encuestas. Un aspecto que me parece claro es que las impresiones simples y superficiales acerca de la necesidad no deben usarse como criterio de selección. Tómense como ejemplos los datos del Cuadro 4, en el que se muestra la situación de desnutrición aguda o de emaciación* en varios países, en base a un peso menor del 80% con respecto a los estándares para talla del NCHS. Superficialmente muchos habrían pensado que los datos de desnutrición recolectados por el Centro

(*) wasting

para el Control de Enfermedades (1975) en cinco países del Sahel, en la época más crítica de la sequía de 1974 en Africa, habría mostrado que estos países estaban mucho más afectados por la desnutrición que la India, más o menos en la misma época. Sin embargo, el cuadro muestra que de cinco países del Sahel, sólo Chad, con 22.5% de niños en condición de emaciación*, presentaban mayor cantidad de niños agudamente desnutridos que Tami Nadu, India, con 15.5% en 1976. En 1980, estudios realizados en los campos de refugiados de Somalia mostraron que allí la necesidad era muy grande, con 26.2% de niños agudamente desnutridos; mientras tanto, países como Egipto y Colombia sólo tenían 0.5 y 0.6%, respectivamente, de niños en esta última condición.

En países con tasas de desnutrición muy bajas, las economías de escala no son suficientes para justificar el costo de los programas de alimentación. El Cuadro 5 ilustra los resultados de un estudio realizado por CARE en cinco países (Anderson, 1981); en él se puede observar cómo la relación costo-eficiencia de los programas de alimentación se ve fuertemente afectada por la cantidad de niños normalmente nutridos que forman parte del program, los que probablemente continuarían en ese estado nutricional sin el programa (situación que la Fundación de Sistemas Comunitarios define como "errores de inclusión"). En países con altas tasas de desnutrición, como la India, se da el caso de que incluso en programas que no aplican estrictos criterios de selección nutricional, el costo por niño desnutrido que recibe alimentación es bajo, \$23.94/año; y esto es debido a la alta prevalencia de desnutrición (60%) en las comunidades atendidas. En Colombia, donde la tasa de prevalencia de desnutrición es baja (10%), el costo del programa por niño desnutrido que recibe alimentación se eleva a \$260.53/año. He aquí un sólido argumento referente a la relación de costo-efectividad para la selección entre países.

(*) wasted

SELECCION DENTRO DE LOS PAISES

La siguiente etapa en la selección de grupos-meta para los programas de alimentación complementaria debiera ser la selección de áreas geográficas completas, tales como regiones, estados, divisiones, distritos, bloques, etc., dentro de los países, tomando como base para esa escogencia los datos sobre el estado nutricional.

Para que la selección permita determinar áreas geográficas con altas tasas de desnutrición, podrían usarse las medidas de peso para edad, peso para talla, o incluso la de circunferencia de brazo, medidas que deberían ser tomadas mediante encuesta muestral, una vez cada varios años. Si la tasa de prevalencia de desnutrición moderada y severa dentro de estas áreas fuera alta -digamos, 50% o más- los que podrían resultar elegibles para programas de alimentación complementaria serían poblados completos, escuelas completas, etc., sin aplicar ningún otro criterio de selección nutricional a los beneficiarios individuales. Si la tasa de prevalencia de desnutrición fuera menor del 50%, entonces sí podría resultar útil aplicar criterios de selección nutricional a niños individuales dentro de las áreas necesitadas. Una rápida revisión de los resultados de las encuestas nacionales de nutrición recientemente realizadas en la India, Sri Lanka y Sierra Leone, revelan que las tasas de desnutrición severa pueden variar aproximadamente de dos a tres veces, entre las áreas de menor prevalencia y las áreas de mayor prevalencia. La Figura 1 muestra las tasas de desnutrición severa en diez estados de la India, las que van desde 4.8% en Kerala hasta 11.5% en Madhya Pradesh.

En 1973, trabajando con CARE, ayudamos al Gobierno de Sri Lanka a usar rápida y efectivamente esta clase de enfoque de selección para elegir escuelas para el programa de almuerzo escolar. Usando el criterio de la circunferencia de brazo para talla o el método de QUAK stick, 8.082 escuelas fueron clasificadas nutricionalmente, y permanecieron o fueron eliminadas del programa de alimentación, teniendo como base la necesidad nutricional (Anderson, 1975). Toda la encuesta se ejecutó en sólo seis meses.

Se encontró que esta técnica, que sólo requiere de cintas para medir, es rápida, económica y altamente práctica como recurso para selección nutricional en el campo. Para niños menores, en el grupo de edad de 1 a 5 años, la medida de circunferencia de brazo sólo tiene validez para casos de desnutrición severa, ya sea para selección, o determinación de la tasa de prevalencia (Anderson, 1979). En este momento, quisiera hacer énfasis en que la medida de circunferencia de brazo es útil para propósitos de selección de comunidades, pero no debe usarse como sustituto de la toma de peso cuando el objetivo es el monitoreo del crecimiento y la selección de niños individuales para alimentación complementaria. La razón de lo anterior es que si bien la medida de la circunferencia de brazo en niños preescolares efectivamente identifica a los que están severamente desnutridos, no es lo suficientemente sensitiva para detectar con exactitud la desnutrición moderada. En consecuencia, no es efectiva como un instrumento de prevención, lo cual es el propósito del monitoreo del crecimiento, en contraste con la poco usual clasificación nutricional de comunidades para propósitos de selección.

SELECCION DE GRUPOS-META DENTRO DE LAS COMUNIDADES

La siguiente etapa a considerar es la selección de grupos-meta dentro de las comunidades.

En programas de alimentación materno-infantil es necesario efectuar el monitoreo del crecimiento mediante la toma de peso de todos los niños en la comunidad, lo que deberá hacerse en forma regular (por lo menos cada tres meses); y esto es una necesidad por muchas razones, y no sólo para la selección de beneficiarios de los programas destinados a los niños con mayores problemas. El monitoreo del crecimiento es esencial para la temprana detección de niños que no aumentan de peso, y para la prevención de formas más severas de desnutrición. Por otro lado, la toma de peso en forma regular es un excelente instrumento para la educación nutricional de padres y líderes de la comunidad. La encuesta de peso en la comunidad también es una oportunidad efectiva para que los trabajadores de campo conozcan el poblado y presten atención especial a aquellos niños en

mayor riesgo de desnutrición y a aquellos ya desnutridos. Si se hace en forma apropiada, el monitoreo del crecimiento también puede generar datos sobre el estado nutricional para un programa de monitoreo y un sistema de evaluación. Como se mencionó anteriormente, si el propósito es el monitoreo del crecimiento y la detección temprana de la desnutrición o deficiencia de crecimiento, entonces la medida de circunferencia de brazo no es un sustituto apropiado de la toma de peso.

Respecto a los beneficiarios de programas de alimentación, en áreas con tasas de desnutrición moderada y severa* menores del 50%, los datos del monitoreo del crecimiento debieran usarse para seleccionar a los niños que no pueden aumentar de peso, o que se encuentran con diferentes grados de desnutrición de peso para edad. En comunidades con tasas de prevalencia de desnutrición mayores (más de 50% de niños desnutridos), también es conveniente, pero no absolutamente necesario, utilizar datos de peso para seleccionar grupos-meta para los programas de alimentación, ya que en tales comunidades todos los niños están en alto riesgo de desnutrición. Si se usan datos de peso para seleccionar grupos-meta, será posible identificar más niños desnutridos menores de tres años de edad y estimular su asistencia a los programas de alimentación.

Han habido discusiones sobre el posible beneficio nutricional que la alimentación complementaria puede brindar a los niños de baja estatura o a los crónicamente desnutridos que poseen una talla menor del 90% del estándar para su edad, pero con peso normal para su talla; en este caso, cuando se usa como criterio de selección al indicador de peso para edad, es imposible distinguir a estos niños crónicamente desnutridos de aquéllos otros que tienen bajo peso para talla. Algunos niños se encuentran en la condición de desnutrición crónica, debido a que nacieron con bajo peso (menos de 2500 g). Si los criterios para selección implican el uso de los métodos de ganancia de peso, o de peso para talla (en los

(*) El concepto de desnutrición moderada y severa se aplica a niños cuyo peso en relación a su edad es inferior al 75% del estándar.

casos de menos del 90% del estándar), es posible que se elimine a estos niños crónicamente desnutridos, bajo el supuesto de que probablemente no obtendrán beneficio de la alimentación complementaria. Yo no tengo conocimiento de ningún estudio en que se haya demostrado, conclusivamente, que la alimentación complementaria puede o no puede aumentar la talla de los niños de baja estatura, o que los niños de baja estatura estén en mayor riesgo de no alcanzar aumentos de peso normales. Hasta que se demuestre tal evidencia, es posiblemente más fácil continuar usando el criterio de selección de peso para edad, y permitir que los niños crónicamente desnutridos participen en el programa; esto, ya que existen probabilidades de que ellos puedan beneficiarse, y además, porque es difícil garantizar exactitud en la medición de la talla en el campo. La gráfica de "peso para talla", o de "delgadez", preparada por la Organización Save the Children y por la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, es un instrumento de selección simplificado que toma en cuenta la talla.

En este punto, quisiera expresar un desacuerdo con una de las conclusiones de la Fundación de Sistemas Comunitarios: me refiero a la afirmación de que los programas que usan la antropometría para seleccionar a los beneficiarios desnutridos, son de naturaleza estrictamente curativa. Por el contrario, mi criterio al respecto es que los programas con un monitoreo continuo del crecimiento son tanto preventivos como curativos para la atención del problema de la desnutrición; ello, debido a que permiten la temprana detección de la desnutrición leve y moderada, o de deficiencias en el aumento de peso, y permiten intervenir para prevenir su empeoramiento a formas más severas de desnutrición. Una evaluación de los centros de rehabilitación nutricional en Haití mostró que este tipo de monitoreo del crecimiento, cuando se aprovechaba para educar a los padres, se convertía, además, en un instrumento poderoso para la prevención de la desnutrición de los miembros más jóvenes de las mismas familias (King, 1978).

Es conveniente agregar aquí que la alta proporción de "errores de exclusión" que la Fundación de Sistemas Comunitarios cree haber encontrado en el análisis que hizo a propósito de la aplicación de varias

estrategias de selección antropométrica, se debe sólo al hecho de que ella (la Fundación) asumió que las medidas antropométricas iban a ser tomadas una sola vez, o con muy poca frecuencia. Obviamente, si ese supuesto fuera correcto, cualquier persona que hubiera sido excluida de esas mediciones y que más tarde alcanzara un estado de desnutrición, tendría que esperar mucho tiempo, o para siempre, hasta que nuevamente se tomaran medidas para detectar su estado de desnutrición. Pero el supuesto no es correcto; los criterios de selección antropométrica tienen valor cuando su aplicación es regular y continua a nivel de la comunidad. En realidad, la toma de peso debe realizarse mensualmente o, como mínimo, trimestralmente. La frecuente toma de peso, y la detección de nuevos casos de desnutrición, eliminaría cualquier "error de exclusión" con la excepción de aquellos pocos errores inevitables que se producen debido a la mala clasificación del estado nutricional, o a deficiencias en las mediciones.

Si se usan criterios de estado nutricional para determinar la elegibilidad para "ingreso" a programas de alimentación complementaria en áreas de prevalencia de desnutrición baja o moderada, entonces también deben usarse los mismos criterios para el "egreso". La única forma racional de determinar la duración apropiada de la participación en un programa es monitoreando el crecimiento de los beneficiarios. Cuando un niño alcanza un estado nutricional aceptable y lo mantiene por varios meses, ya puede "egresar" del programa. Como la tasa de crecimiento y recuperación de cada niño es diferente, probablemente ésta es la forma más eficiente de determinar cuándo es que el período de tiempo en que un niño ha participado en un programa ha sido adecuado; este método sería mucho más exacto que establecer un período arbitrario para todos los beneficiarios. A medida que los niños alcanzan un nivel de nutrición normal y "egresan" del programa, otros nuevos beneficiarios pueden irse incorporando, lo que daría por resultado un mejor uso de los recursos que el que se logra cuando se mantiene en el programa indefinidamente a aquellos que ya han alcanzado un estado nutricional normal. Sin embargo, esto implica que el niño que "egresa" del programa debiera encontrar un ambiente mejorado en su lugar de permanencia, lo que significa hacer

tales mejoras. Si estos cambios no se llevan a cabo en la comunidad, es posible que los niños no puedan mantener el estado nutricional alcanzado, ni mucho menos mejorarlo, y tendrán que volver al programa en fecha futura para recuperación nutricional. Lo conveniente, en general, sería limitar la duración de la participación en los programas de alimentación, al mínimo requerido para alcanzar las metas nutricionales; de ese modo se estimularía la autosuficiencia entre los beneficiarios, y se estaría previniendo la dependencia de la familia con respecto a la asistencia externa en forma de donaciones de alimentos.

SERVICIOS INTEGRADOS PARA EL DESARROLLO DEL NIÑO EN LA INDIA

Ahora describiré la estrategia de selección que se aplica actualmente en la India, a través del Esquema de Servicios Integrados para el Desarrollo del Niño (ICDS); bajo este nombre se conceptualiza un importante programa nacional que se encuentra en ejecución para madres y niños menores de seis años de edad, y que cubre aproximadamente al 20% de los poblados de la India.

La ayuda alimentaria proveniente del Programa Mundial de Alimentos y del Programa PL 480/Título II/CARE constituye más de la mitad de los requerimientos totales del programa ICDS. Si ustedes recuerdan las estadísticas mencionadas al principio, también recordarán que en términos nutricionales, la India califica plenamente para recibir ayuda alimentaria; y esto, debido a la alta prevalencia de malnutrición. Gradualmente, el programa ICDS se ha expandido desde 33 bloques* en 1975, a más de 1.100 en 1984, dentro de un total de 5.600 bloques en la India. Cada bloque comprende de 50 a 100 poblados. Los bloques escogidos por el programa han sido seleccionados en base a sus antecedentes socioeconómicos, usando el ingreso y la alfabetización como algunos de los indicadores (Tandon, 1981). Para hacer la selección geográfica del programa dentro del país, no se han utilizado datos sobre el estado nutricional, aunque tales datos

(*) Bloque es una unidad de población de 100.000 personas.

-para la mayoría de los Estados grandes- han sido recolectados por la Oficina de Monitoreo Nacional en Nutrición y por el Consejo para la Alimentación y Nutrición.

Una vez que un bloque es seleccionado para el programa, teóricamente todos los poblados dentro de ese bloque se convierten en elegibles para los servicios, en una proporción de un centro de atención infantil por cada 1,000 personas en las áreas rurales, y uno por cada 700 en las áreas tribales. Debido a la falta de recursos para una completa cobertura de los bloques, es posible que algunos poblados menos accesibles, más pequeños o aislados dentro de los bloques seleccionados, todavía no estén recibiendo servicios del programa ICDS.

Los beneficiarios del programa reciben alimentación complementaria, educación preescolar, servicios de salud seleccionados y educación en nutrición y salud. El objetivo primordial del programa es sentar las bases para que los niños alcancen su completo desarrollo potencial físico, psicológico y social. Con respecto a la desnutrición, el programa tiene metas preventivas y curativas.

Dentro de las comunidades específicas, los criterios del programa ICDS para la selección de los niños que recibirán alimentación complementaria indican que estos últimos deben encontrarse en un nivel por debajo del 70% del estándar de peso para edad, de Harvard, o deben tener una circunferencia de brazo menor de 13.5 cm, o pertenecer a familias con pocos recursos socioeconómicos, y que estén entre los seis meses y los seis años de edad. Para que las mujeres embarazadas y las que se encuentran en período de lactancia puedan ser elegibles para la alimentación complementaria en el programa, éstas deben pertenecer a familias con pocos recursos socioeconómicos; otros criterios adicionales para la selección son que: las mujeres embarazadas se encuentren en el último trimestre de embarazo y que las mujeres en período de lactancia estén lactando a un niño menor de seis meses.

A todos los niños de las comunidades que reciben servicios se les

pesa cada tres meses, y a los niños con desnutrición moderada y severa se les pesa cada mes.

En la práctica, estos criterios nutricionales de selección no son estrictamente aplicados; en realidad, el servicio no se niega a ningún niño pobre que asista al centro. En la India,, la selección con base en criterios sobre el estado nutricional no es cultural ni políticamente muy popular; y ello debido a una larga historia de distribución de alimentos realizada sobre la base exclusiva del criterio de pobreza. Dada la alta prevalencia de desnutrición moderada y severa en las comunidades cubiertas por el programa (es decir, en donde la mayoría de los niños están afectados), y dadas la existencia de ambientes negativos y de extrema pobreza, no se puede limitar el programa solamente para los realmente desnutridos, ya que casi todos los niños están en alto riesgo de algún grado de desnutrición. Además, en vista de que una de las metas del programa es proporcionar educación preescolar a tantos niños de tres a seis años como sea posible, no se considera conveniente aplicar criterios de exclusión que tomen como base el estado normal de nutrición, tratándose de una actividad en la cual los niños también reciben alimentos complementarios.

Aunque no se usa para criterios de selección, la toma de peso de los niños, efectuada en forma regular, ayuda a los trabajadores a identificar a los niños desnutridos, particularmente a aquellos menores de tres años de edad, para darles atención especial, para asegurar su asistencia regular y para educar a sus padres. Los datos de peso también se usan para determinar el tamaño de la ración que se dará a cada niño, ya que aquellos severamente desnutridos reciben el doble de la cantidad de alimentos que se da a los otros niños. Por otro lado, no se observan esfuerzos estrictos para que los niños "egresen" del programa cuando han alcanzado un estado nutricional normal (arriba del 80% del estándar de peso para edad); lo que sí se practica en esos casos es que los padres de los niños reciban educación, y se les insta a retirar voluntariamente a sus niños del programa de alimentación complementaria. Nuevamente, la meta de proporcionar educación preescolar a una cobertura máxima de los niños de

tres a seis años, incluyendo alimentación complementaria, hace que el "egreso" obligatorio sobre la base de criterios exclusivamente nutricionales no sea conveniente para este grupo de edad.

De igual manera que en otros programas de alimentación en el propio centro, ha resultado muy difícil llegar en forma regular a los menores de tres años y a las mujeres embarazadas y a aquéllas en período de lactancia. Por esta razón, la Misión AID está dando asistencia financiera al programa, para que ponga a prueba algunas formas innovativas que permitan aumentar la cobertura de estos grupos; ya sea mediante una mejor capacitación y supervisión de los trabajadores, o por medio de una educación en salud y nutrición con mayor alcance, y a través de un sistema de manejo de información que use datos sobre el estado nutricional. El énfasis se pone en la prevención así como en el bienestar; para ello se busca lograr la inscripción de las mujeres embarazadas tan pronto como se detecta el embarazo, y de los niños apenas éstos nacen. De lo que se trata es que los niños aumenten de peso y crezcan adecuadamente, en vez de tener que tratarlos por desnutrición. Para llevar a cabo estas tareas existe una excelente infraestructura en el programa así como trabajadores de salud y equipo disponible en los poblados y niveles intermedios; sin embargo, si se quiere que el programa tenga éxito, debe capacitarse a los trabajadores y supervisarlos bien.

La meta en las comunidades que reciben asistencia de la Misión AID es proveer alimentación complementaria en forma regular a un 85% de las mujeres embarazadas, y a una igual proporción de las mujeres en período de lactancia y de los niños desnutridos menores de tres años de edad.

EL CRITERIO POLITICO EN RELACION A LA SELECCION DE GRUPOS-META, SIGUIENDO ESTRATEGIAS NUTRICIONALES

Me gustaría describir otro programa de alimentación materno-infantil en la India, que ilustra la dificultad de decidir el criterio político en relación a la selección de grupos-meta, según estrategias nutricionales.

En contraste con el menos estricto sistema de selección de grupos-meta, aplicando criterios nutricionales, del Esquema de Servicios Integrados para el Desarrollo del Niño en la India (ICDS), el Proyecto Integrado de Nutrición de Tamil Nadu (TINP)- el que es financiado por el Banco Mundial, y que funciona en 9.600 poblados, en 170 bloques de seis distritos- permite que en los programas de alimentación complementaria sólo participen los niños desnutridos que tengan entre 6 y 36 meses de edad, y las mujeres embarazadas y en período de lactancia que estén en condición de riesgo. En este caso, se da una estricta observancia y aplicación de los criterios de selección y de egreso con base en estrategias nutricionales; para ello se efectúa una toma mensual de peso en los niños menores de tres años. Los criterios específicos de selección de los niños son la ganancia de peso por varios meses y no el grado de desnutrición; se exceptúan de este criterio los niños severamente desnutridos, los que son aceptados inmediatamente sin tomar en cuenta su ganancia de peso.

La verdad es que la aceptación del gobierno estatal para iniciar este proyecto, en octubre de 1980, constituyó un real avance, ya que representaba el primer experimento a gran escala en cuanto a programas de alimentación materno-infantil con selección nutricional de grupos-meta en la India. Sin embargo, muchas de las grandes esperanzas que se tenían en cuanto a aprender de las experiencias en estos poblados, en relación a la aplicación del estricto método de selección con base en la edad y ganancia de peso, se vieron frustradas en 1982. En ese año, a menos de dos del inicio del proyecto, el Ministro Jefe de Tamil Nadu introdujo un programa de comidas calientes al medio día, con alimentos locales que serían proporcionados a todos los niños, en el Estado, que tuvieran entre dos y diez años de edad, incluyendo a aquéllos que se encontraban en los poblados cubiertos por el Banco Mundial; el programa implicaba un costo anual de 300 millones de dólares. Actualmente, el criterio político parece estar mayormente dirigido hacia los programas de alimentación masiva para niños; programas tales como el programa local de almuerzos en Tamil Nadu se han expandido a otros estados, como Andhra Pradesh y Gujarat, a un alto costo para los gobiernos estatales. No obstante, entre

los políticos no parece existir preocupación por el costo o la efectividad de esos programas.

El tema que debiera discutirse en este taller es qué clase de argumentos sobre aspectos nutricionales y de la relación costo-efectividad podemos presentar a los altos niveles políticos, para detener la expansión de este tipo de programas masivos de distribución de alimentos, mal concebidos y costosos; y esto, debido a que los recursos que se invierten en ellos se restan a otros programas con una mayor relación de costo-efectividad entre las intervenciones para supervivencia infantil, tales como monitoreo del crecimiento, inmunización, alimentación complementaria con selección nutricional de grupos-meta, terapia de rehidratación oral, etc. Estoy consciente, sin embargo, de que este problema puede ser exclusivo de la India y que, por lo tanto, no tenga importancia general para otros países representados aquí.

CUADRO 1

Promedio diario de ingesta de calorías y proteína + desviación estándar, de preescolares agrupados por edad en un programa de atención y alimentación en centro, en Tamil Nadu, India

Edad en años	Ingesta total sin ración		Deficiencia sin ración		Ingesta total con ración		Deficiencia con ración*	
	Calorías	Proteína (g)	Calorías	Proteína (g)	Calorías	Proteína (g)	Calorías	Proteína (g)
1-3	667±365	20.7±13.7	26	16.3	937±236	30.9±6.7	79	423
3-5	935±483	27.7±16.4	33	9.3	990±237	34.2±8.2	110	370

(*) Deficiencia calculada según requerimientos (FAO) de 1.360 calorías y 37 gramos de proteína para niños entre 12 y 47 meses de edad.

Fuente: Anderson, 1981.

CUADRO 2

EFECTOS DE COMPLEMENTACION Y DE SUBSTITUCION DE LA RACION, EN RELACION A LA DIETA HOGARERA DE PREESCOLARES
AGrupados por edad en un programa de atencion y alimentacion en centro, en Tamil Nadu-India

Edad (años)	Ración promedio consumida (D.E.) Calorías	Proteína (g)	Tamaño muestra	Efecto sobre la dieta	
				Incremento de calorías Promedio	% de lo esperado*
1-3	340	16	79	270	79.4
3-5	340	16	110	55	16.2
					70
					285

(*) Calculado sobre la base de la ración total distribuida para consumo diario.

Fuente: Anderson, 1981.

CUADRO 3

PORCENTAJE DE NIÑOS ENTRE 0-6 AÑOS DE EDAD, DE VARIOS PAISES, QUE PRESENTAN PESO PARA EDAD INFERIOR AL 75-80% DE LA MEDIA DE HARVARD O DE LOS ESTANDARES NCHS

PAIS	PORCENTAJE DE DESNUTRIDOS	FUENTE
Egipto	8.0	Ministerio de Salud
Costa Rica	9.3*	Anderson, 1981
República Dominicana	10.5	Anderson, 1981
Colombia	11.7*	CSF, 1983
Colombia	12.0*	Anderson, 1981
Brazil	16.1*	CSF, 1983
Botswana	25.6 (<80% peso/edad)	Kreysler, 1978
Sierra Leone	30.5	UCLA, 1978
Kenya	32.7 (<80% peso/edad)	Oficina Central de Estadísticas
Pakistan	34.0*	Anderson, 1981
Tailandia	36.8*	CSF, 1983
Sri Lanka	42.0	CDC, 1976
Nepal	49.9	CDC, 1975
India-Tamil Nadu	51.9*	Anderson, 1981
India-Tamil Nadu	52.5*	CSF, 1983
India-7 Estados	74.4	NNMB, 1976

(*) Incluye a algunos beneficiarios de alimentación complementaria.

CUADRO 4

PORCENTAJE DE NIÑOS EN CONDICION DE EMACIACION (WASTED) ENTRE 0-6 AÑOS DE EDAD, EN VARIOS PAISES, QUE PRESENTAN PESO PARA TALLA INFERIOR AL 80% DE LA MEDIA DE ESTANDARES NCHS

PAIS	PORCENTAJE DE DESNUTRIDOS AGUDOS	FUENTE
Somalia	26.2	CDC, 1980
Chad	22.5	CDC, 1975
India-Tamil Nadu	15.1*	Anderson, 1981
Nigeria	11.4	CDC, 1975
Mali	10.7	CDC, 1975
Mauritania	9.9	CDC, 1975
Alto Volta	9.1	CDC, 1975
Pakistan	8.2*	Anderson, 1981
Sri Lanka	6.6	CDC, 1976
Costa Rica	3.6*	Anderson, 1981
Sierra Leone	3.0	UCLA, 1978
República Dominicana	1.0*	Anderson, 1981
Egipto	0.6	Ministerio de Salud
Colombia	0.5*	Anderson, 1981

(*) Incluye a algunos beneficiarios de programas de alimentación complementaria

CUADRO 5

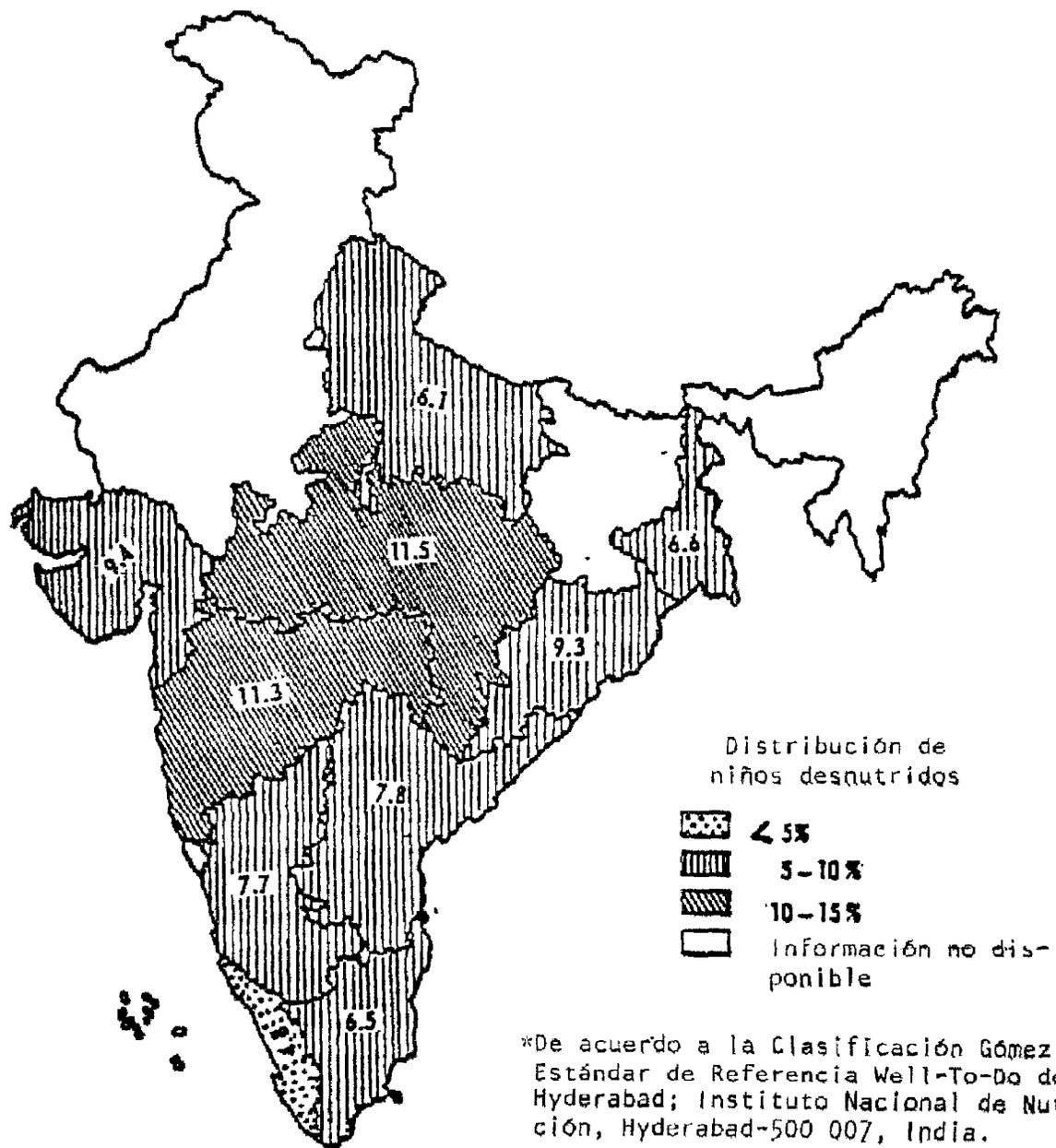
COSTOS DEL PROGRAMA ALIMENTARIO ANUAL EN LOS PROGRAMAS DE CARE EN CINCO PAISES
(DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS)

PAIS	COSTO ANUAL POR NIÑO	POR NIÑO CON DEFICIT CALORICO	RETARDO ANTROPOMETRICO ^{a/}
India-Tamil Nadu (En el centro)	14.46	16.43	23.94 (60)
Pakistan (Consumo en el hogar)	23.51	28.67	45.39 (52)
República Dominicana (Consumo en el hogar)	13.55	14.89	66.10 (21)
Costa Rica (En el centro)	94.54	112.21	290.00 (33)
Colombia (Consumo en el hogar)	24.75	29.11	260.53 (10)

Fuente: Anderson et al. 1981

(*) La columna muestra costos divididos entre la cantidad de niños que presentaron menos del 90% de la referencia NCHS para peso para talla. Los números en paréntesis indican % de desnutridos.

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS NIÑOS PREESCOLARES CON DESNUTRICION SEVERA* EN LA INDIA (1975-1979, DATOS DIVERSOS)



Fuente: NNMB Reports, NIN

BIBLIOGRAFIA

- Anderson, M.A. **Use of Height-Arm Circumference Measurement for Nutritional Selectivity in Sri Lanka School Feeding.** American Journal of Clinical Nutrition 28 (1975): 775.
- Anderson, M.A. **Comparison of Anthropometric Measures of Nutritional Status in Pre-School Children in Five Developing Countries.** American Journal of Clinical Nutrition 32 (1979): 2339.
- Anderson, M.A.; Austin, J.E.; Wray, J.D.; and Zeitling, M.F.; **Study I-Supplementary Feeding.** In Nutrition Intervention in Developing Countries. Cambridge, Massachusetts: Oelgeschalger, Gunn, and Hain Publishers, Inc., 1981.
- Belizan, J.M.; Villar, J.; Nardin, J.C.; Malamuc, J.; and deVicuna, L.A. **Diagnosis of Intrauterine Growth Retardation by a Simple Clinical Method: Measurement of Uterine Height.** American Journal of Obstetrics and Gynecology 131 (1978): 6:643.
- Center for Disease Control. **Sahel Nutrition Surveys 1974 and 1975.** Atlanta, Georgia: Center for Disease Control, Public Health Service, U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1975.
- Center for Disease Control and His Majesty's Government of Nepal. **Nepal Nutrition Status Survey.** Washington, D.C.: Agency for International Development, 1975.
- Center for Disease Control and Ministry of Health, Government of Sri Lanka. **Sri Lanka Nutrition Status Survey.** Washington, D.C. Agency for International Development, 1976.
- Central Bureau of Statistics, Kenya. **Child Nutrition in Rural Kenya.** Nairobi, Kenya: Central Bureau of Statistics, Ministry of Economic Planning and Community Affairs, 1978.
- Hanumantha Rao, D. and Naidu, A.N. **Nutritional Supplementation - Whom Does it Benefit Most?** American Journal of Clinical Nutrition 39 (1977): 1612.
- Herrera, M.G.; Mora, J.O.; De paredes, B.; and Wagner, M. **Maternal Weight/Height and the Effect of Food Supplementation During Pregnancy and Lactation.** In Life-Span Developmental Psychology, Intervention. Edited by R. R. Turner and F. J. Reese. New York, New York: Academic Press, 1980.
- Kielmann, A.A. and McCord, C. **Weight-for-Age as an Index of Risk of Death in Children.** Lancet 1247 (1978)

- King, K.W.; Fougere, W.; Webb, R.E.; Berggren, G.; Berggren, W.L.; and Hilaire, A. **Preventive and Therapeutic Benefits in Relation to Cost: Performance Over 10 Years of Mothercraft Centers in Haiti.** Journal of Clinical Nutrition.
- Kreysler, J. **Report on National Nutritional Surveillance in Botswana- The System, Method and Results for 1978.** Republic of Botswana: Nutrition Unit, Ministry of Health, 1978.
- Lechtig, A.; Delgado, H.; Yarbrough, C.; Habicht, J.P.; Martorell, R.; and Klein, R. **A Simple Assessment of the Risk of Low Birth Weight to Select Women for Nutritional Intervention.** American Journal of Obstetrics and Gynecology 125 (1976): 1:25.
- Ministry of Health, Nutrition Institute, Egypt. **Workshop on Nutrition and Health in Egypt.** October 20-22, 1979. Washington, D.C.: Agency for International Development, 1979.
- National Institute of Nutrition, India. **Use of Abdominal Girth and Fundal Height and Indicators of IUGR.** Nutrition News 3:5 NIN (1982), Hyderabad, India.
- National Nutrition Monitoring Bureau. **Report for the Year 1975.** Hyderabad, India: National Institute of Nutrition, 1976.
- Rush, D. **Effects of Changes in Protein and Calorie Intake During Pregnancy on the Growth of the Human Fetus.** In Effectiveness and Satisfaction in Maternal Care Clinics in Developmental Medicine. Edited by Enkin and Chalmers. New York, New York: Spastics International Medical Publications, 1982.
- Shah, K.P. **Appropriate Technology in Primary Health Care for Better Midwifery Services.** Indian Journal of Obstetrics and Gynecology 30 (1980): 1:109.
- Tandon, B.N. et al. **A Coordinated Approach to Children's Health in India - Integrated Child Development Services.** Lancet (1981): 650.
- Tibrewala, S.N. and Shah, K.P. **The Use of Arm Circumference as an Indicator of Body Weight in Adult Women.** Baroda Journal of Nutrition 5 (1978): 43.
- Timmons, R.J.; Miller, R.L., and Drake, W.D.: **Targeting: A Means to Better Intervention.** Ann Arbor, Michigan: Community Systems Foundation, 1983.
- University of California, Los Angeles (UCLA) and Ministry of Health, Government of Sierra Leone. **Sierra Leone National Nutrition Survey.** Washington, D.C.: Agency for International Development, 1978.