

Los programas de alimentación suplementaria y de enriquecimiento de alimentos en América Latina aspectos puntuales

J.M. Bengoa

Fundación Cavendes.
Caracas-Venezuela

Resumen

La suplementación alimentaria se define como "la donación de uno o varios alimentos, preparados o crudos, a una colectividad necesitada de atención". Los programas de alimentación suplementaria deben ir acompañados de algún elemento educativo.

Los programas de alimentación suplementaria en América Latina han sido una de las actividades más frecuentemente utilizadas en las políticas de nutrición, aunque pocas veces han sido ejecutadas con arreglo a los principios que deben regir los programas en las comunidades pobres. Durante las últimas décadas, con motivo de las "medidas de ajuste" adoptadas por los gobiernos, e influenciadas por Agencias Internacionales, se organizaron programas de distribución de alimentos, de forma un tanto irregular.

Ante la crisis generalizada que afecta hoy, a comienzos del siglo XXI, a la mayor parte de los países latino-americanos es posible que sea necesario fortalecer de nuevo los programas de alimentación suplementaria.

Palabras clave: Suplementación. Malnutrición. Intervención nutricional.

Summary

Food supplementation can be defined as "the distribution of a number of food items either cooked or raw, among a population in need of care". Food supplementation programs must be linked to educational efforts.

Food supplementation programs have been of the most common activities in the context of nutrition policies in Latin America. During the last decades due to "adjustment measures" adopted by governments influenced by international Agencies, food distribution programs were organised in an irregular way.

Facing the generalised crisis in the beginning of the 21st century in most countries in Latin America, it may be required to reinforce again supplementary feeding programs.

Key words: Food supplementation. Malnutrition. Nutrition intervention.

Modalidades y población objetivo

Entre las distintas formas que la sociedad trata de proteger el estado nutricional de la población se destacan, por su dudosa ejecución en unos casos y por su eficiencia en otros, los conocidos como programas de complementación o suplementación de la dieta habitual de la población.

Se podrían distinguir varias modalidades, a saber: 1) Suministro de una cantidad de dinero a las familias necesitadas, en forma de cupones para la compra exclusivamente de alimentos. (En América Latina se conoce como "Beca alimentaria". 2) Distribución gratuita, o a precios bajos, de alimentos en crudo para completar la dieta familiar. (ejem: leche, granos, aceite, etc.). 3) Comidas preparadas para grupos especiales: (Comedores escolares, populares, industriales, etc.). 4) Centros de recuperación nutricional. 5) Suministro de productos farmacéuticos: (Vitaminas, minerales) 6) Enriquecimiento de ciertos productos de consumo popular con micronutrientes (iodo en la sal, vitaminas en cereales o azúcar, etc.).

Podrían identificarse otras formas de alimentación suplementarias, o más bien formas mixtas. En ciertos casos los subsidios a ciertos alimentos de consumo popular pueden cumplir el mismo objetivo.

En este trabajo se tratarán solamente los que se refieren a los puntos 2, 3 y 6, por su extensión o importancia en la mayor parte de los países latinoamericanos.

Antecedentes

Seguramente no ha existido un programa social que haya tenido tantos altibajos como los ocurridos con

Correspondencia:

J.M. Bengoa

Fundación Cavendes
Caracas-Venezuela

E-mail:

amayabengoa@hotmail.com

la suplementación alimentaria, definida ésta, para nuestros fines como “la donación de uno o varios alimentos, preparados o crudos, a una colectividad necesitada de atención”. Obviamente es una definición incompleta, pero tal vez suficiente para nuestro propósito.

Desde tiempo inmemorial la sociedad se ocupó de atender a las poblaciones amenazadas por la pobreza tanto en tiempos de epidemias mortíferas, como los del cólera y la peste, o en crisis económicas, como las de EEUU o Europa en los años 29 y 30 del siglo pasado, cuando se organizaron los reparos de caldos calientes, que el pueblo denominó “la sopa boba” y se repartía a las puertas de los conventos.

En la época contemporánea podríamos comenzar recordando la Conferencia de Hot Spring, en Estados Unidos en 1943, celebrada, en medio de la II Guerra Mundial. En esa Conferencia, a la que asistieron 45 países, se anticipó ya lo que vendría después de la guerra. Se pensó en cómo rehabilitar nutricionalmente a los prisioneros de guerra, que ya en esa fecha estaban en fase esquelética, así como también a las poblaciones civiles de los países ocupados por las fuerzas enemigas. En dicha Conferencia se hicieron recomendaciones sobre políticas alimentarias y entre ellas la organización de programas de alimentación suplementaria a las familias, sobre todo a grupos vulnerables y a personas ya afectadas por una desnutrición grave. En casi todos los países europeos y asiáticos que participaron en la guerra se encontraron mujeres, niños y hombres emaciados, de transparencia esquelética, con pérdidas hasta de 30 y 40% de su peso normal, incapaces de moverse.

La movilización de los nutricionistas de la época fue inmediata y se formaron grupos voluntarios para acudir a las zonas más afectadas. Fue una época gloriosa de los nutricionistas que no debiéramos olvidar. Así nació la UNRRA (United Relief and Rehabilitation Administration).

Al finalizar la II Guerra Mundial se conocían bien los efectos del hambre en los seres humanos, sobre todo después del experimento que llevó a cabo Ancel Keys, de la Universidad de Minesota, quién estudió experimentalmente en un grupo de voluntarios, los cambios que ocurren en la reducción progresiva del consumo calórico. Keys trató de reproducir lo que suponía que estaba ocurriendo en los campos de concentración nazis.¹

La rehabilitación de Europa fue un milagro, por la rapidez de la acción solidaria mundial.

Se utilizaron excedentes de leche desnatada que a los niños se les daba con aceite de hígado de bacalao más cereales diversos, en una acción sin precedentes en la historia. Al finalizar su labor en la UNRRA quedó una importante cantidad de leche desnatada, por lo cual se creó una nueva organización para atender las necesidades de los países en desarrollo, de Asia, África y América Latina. Esta nueva organización fue la UNICEF, la cual continuó con la distribución de leche desnatada, que era el gran excedente de la producción mundial de mantequilla. El primer programa de alimentación suplementaria de apoyo internacional fue, pues, la leche desnatada. Era un alimento útil pero que presentaba tres inconvenientes: en primer lugar su baja densidad calórica, en segundo la ausencia de vitamina A y en tercer lugar, la alta concentración en lactosa que era causa de diarreas en niños que no estaban acostumbrados a tomar leche. La carencia de vitamina A se resolvió pronto enriqueciendo la leche desnatada con dicha vitamina. A pesar del empeño puesto por UNICEF y los gobiernos nacionales el programa tuvo muchas críticas por las deficiencias señaladas

Sin embargo puede decirse que la distribución de leche desnatada permitió ensayar diversas formas de organizar los programas de alimentación suplementaria en los centros de salud y aumentar así la cobertura en los servicios. Cuando la leche desnatada empieza a tener mayor demanda por los regímenes sin grasa, impuesta por los cardiólogos y en el tratamiento de la obesidad, pero sobre todo, cuando años después de concluir la II Guerra Mundial se incrementa la demanda de la carne de ternera en Europa, debido al mejoramiento del nivel de la población, en el viejo continente se comienzan a alimentar terneros con leche desnatada (que no contiene hierro) para lograr carnes anémicas de gran demanda. En ese momento el programa de distribución de leche que conduce UNICEF, se derrumba.

Fue necesario buscar rápidamente un sustituto, a fin de mantener la estructura organizativa de los programas de alimentación suplementaria en los centros de salud.

Pronto los EEUU logran una mezcla de maíz, soja y leche desnatada, que se conocerá como CSM. Fue un cambio total en la estrategia ya que mientras la leche existía en el mercado y podía hacerse cierta labor educativa para estimular su consumo, con el nuevo producto era imposible, ya que el CSM no estaba a la venta en el mercado.

Como el tema predominante en el mundo científico en la época, era que el problema fundamental era la carencia o escasez de proteínas, se inició en el mundo

entero una campaña colosal de búsqueda de nuevas fuentes de proteínas no convencionales, a fin de alimentar a los niños principalmente durante el destete.

Y así en América Latina, el INCAP en Guatemala, después de largos ensayos, logró producir la INCAPARINA, mezcla de harina de algodón y harina de maíz; en Colombia se prepara la Colombiarina una mezcla de harina de arroz y harina de soja, etc.

En los años 50 y 60 se organizaron ya en América Latina numerosos programas de ayuda alimentaria para distintos grupos de población y entre ellos deseo destacar a título de ejemplo, por su excelente organización en la época pasada los siguientes:

En Chile, el programa de distribución de leche completa a madres y niños que acudían a los centros de salud. El programa formaba parte de las campañas políticas de los candidatos. Fue muy popular y siempre estuvo incorporado (integrado) en los servicios de salud local.

En Costa Rica, se mantuvo durante décadas un programa de alimentación del preescolar, con *participación muy activa de la propia comunidad*, quien compraba y preparaba los desayunos para los niños.

En Venezuela, los programas de alimentación a los obreros de la industria adquirió un gran prestigio por participación de la *empresa privada* a base de grandes cocinas centrales.

En México, el CONASUPO, gigantesca empresa paraestatal, con defectos pero muchas virtudes, para la venta a precios especiales de productos básicos como maíz, trigo, garbanzos, sal, azúcar y algunos más.

Siempre he recordado estos viejos programas por las cualidades subrayadas a saber: integración en los servicios locales de salud; la participación e iniciativa de la propia comunidad; la implicación de las empresas privadas; el mantener la estabilidad de los precios de los productos básicos y la formación continua del personal. son cinco cualidades que aseguran el buen manejo de los programas.

Pero junto a estos y algunos otros programas exitosos, en América Latina se han llevado y todavía están en activo, muchos programas de alimentación suplementaria, mal planificados y mal ejecutados, que subsisten bajo la inercia de móviles políticos o como fuentes de corrupción o como excusa de hacer ver a la opinión pública que se está haciendo algo a favor de los pobres.

Defendemos los programas de protección alimentaria a la embarazada a fin de proteger su salud por medio de un mejor y sistemático control prenatal, defende-

mos los desayunos o los almuerzos (en las escuelas de doble turno) de preescolares y escolares; también los almuerzos a los trabajadores y ancianos. Pero todo ello como parte de los programas regulares de las instituciones del estado (salud, educación) sobre todo municipales y con la garantía de una gestión limpia y transparente*.

Entre el bienestar y la corrupción

Posiblemente los programas de alimentación suplementaria son los más caros entre todas las intervenciones de nutrición en el área de la salud pública. Pueden ser instrumento poderoso para lograr ampliar la cobertura de los servicios o pueden ser un elemento perturbador en la red de servicios tanto de la salud como de la educación. A veces es un aglutinante ordenado de las iniciativas sociales de la comunidad; en unas ocasiones son un ejemplo de solidaridad humana que permita estrechar lazos de unión en la comunidad y en otras son medidas humillantes o una dádiva ofensiva a la dignidad humana.

América Latina ha dado ejemplos de ambos extremos y cuando alguna se ha descubierto el manejo sin escrúpulos de un programa ha habido reacciones, a veces de la misma sociedad de rechazo a buenas y sanas iniciativas. Las tentaciones de algunas industrias sin escrúpulos han hecho naufragar ideas excelentes de protección nutricional.

Por ello son tan importantes las juntas municipales de apoyo a este tipo de programas que pueden ejercer una labor de control del programa de suplementación, especialmente de los gastos públicos. Beghin en Brasil, sugirió los programas de alimentación suplementarios *supervisados*, a fin de evitar los defectos ya señalados². Este mismo autor señala que las derivaciones a fines comerciales de los alimentos donados puede alcanzar hasta el 40%³.

¿Educación o información nutricional?

Es un hecho admitido por los trabajadores de salud pública que los programas de alimentación suple-

*No se incluyen en esta selección de programas las *investigaciones comunitarias* llevadas a cabo en México, Guatemala, Chile y otros países, en los que el componente "suplemento alimentario", en madres y niños es una constante. Los resultados obtenidos en todos ellos señalan que los grupos suplementados tuvieron un mejor desarrollo físico y mental⁴.

mentaria deben ir acompañados de algún elemento educativo. En lo que difieren es en la metodología. Mientras unos defienden la idea de que la educación nutricional debe ser similar a las campañas de la publicidad comercial, apoyándose en las ideas de Manoff⁵, otros propugnan respetar al hombre como dueño de su destino, siendo nuestro papel el de ayudarlos a encontrar las soluciones más adecuadas en cada caso, de acuerdo a los principios sostenidos por el brasileño Paulo Freire⁶.

Sea la metodología que se elija la educación alimentaria no ha dado siempre resultados alentadores. Basta imaginar los cuantiosos recursos empleados en los EEUU en educación nutricional y ver las grandes obesidades deformantes de la población, visibles en las calles de las ciudades norteamericanas. En América Latina también se han dedicado recursos en educar a la población con resultados mediores, sin tratar de cambiar muchos de los hábitos, que por lo general son mejores que lo que mucha gente cree. Evidentemente que hay detalles en la dieta latinoamericana que habría que reorientar. Pero el problema es más bien cuantitativo.

En todo caso se hace necesario entablar un diagnóstico adecuado acerca del problema o problemas que aquejan a la comunidad.

Visitando países lejanos, hace décadas, me llamaba la atención que en ciertas comidas y hogares muy pobres, la familia comía "ad libitum", es decir con libertad y que con frecuencia dejaban en la mesa cantidades de comida (arroz, pasta o de un tubérculo local). Es cierto que algunas familias muy pobres agotan el plato servido, pero con frecuencia dejan parte en la mesa. Este hecho existe en América Latina en familias pobres y el subconsumo calórico se podría explicar con varias hipótesis:

- a. El carácter monótono de la dieta. Se sabe bien que la ingestión de uno o pocos alimentos produce hastío, cansancio en el paladar. El agregar otros alimentos a la mesa favorecería el mayor consumo calórico.
- b. Otro factor es la baja densidad calórica de la dieta, por el bajo contenido de grasa cosa frecuente en las clases populares. La dieta de los países desarrollados contienen valores de hasta el 40% de las calorías derivadas de las grasas aunque la meta es rebajarla a 30%. En América Latina muchos países tienen un valor aproximado de 25% pero en familias pobres no llega al 20%. Bastaría recomendar aumentar algo la cantidad de aceite en la preparación de los platos para hacerlos más palatables y de este modo aumentar el valor calórico.

- c. Un tercer factor a tener en cuenta es el número de comidas. Se sabe que por diversas causas el desayuno de las clases populares es nulo o escaso. Se hace muy difícil alcanzar los requerimientos calóricos a base de dos y a veces de una sola comida al día. Por lo general los tres factores mencionados actúan conjuntamente. Creo en la educación directa persona a persona. Marañón solía decir que el mayor avance tecnológico de la medicina en el siglo XX había sido la silla. De acuerdo.

Los errores de la evaluación

Los programas de alimentación suplementaria pueden perseguir objetivos diversos, tales como la *recuperación* nutricional de una comunidad con alta prevalencia de desnutrición; aumentar la *asistencia escolar*; mejorar el rendimiento escolar; incrementar la *cobertura* de la atención prenatal, etc.

En 1982, Beaton y Ghassemi revisaron un gran número de programas de alimentación suplementaria en todo el mundo y encontraron que no había significativos cambios en el crecimiento de los niños⁷.

No evaluaron si los niños habían mejorado en su actividad física, en su rendimiento escolar, ni tampoco el grado de felicidad de los niños al beber un vaso de leche. Pronto recibieron estos autores fuertes críticas y por supuesto Beaton rectificó⁸.

También las OMS en 1980 publicó un manual para evaluar los programas de alimentación suplementaria señalando en dicho texto solamente valores antropométricos. Hay que reconocer que algunos objetivos, como *redistribución del ingreso*, actividad física, rendimiento escolar, etc., no son siempre fáciles de evaluar⁹.

Una reciente evaluación de Pollit y colaboradores en Perú, comprobaron una reducción substancial de ausentismo escolar debido al desayuno ofrecido en la escuela¹⁰.

Por eso suele decir Pollit que en el desayuno está la diferencia en el rendimiento escolar.

Ante el excesivo número de programas de suplementación

En algunos países de América Latina han existido en ocasiones un número excesivo de programas de suplementación alimentaria o de suministro de pro-

ductos farmacéuticos, originados por presiones políticas o por motivos simplemente demagógicos.

Para ilustrar el hecho se puede mencionar el caso de Venezuela, donde en el año 1988 funcionaron 13 programas de suplementación alimentaria y nutricional simultáneamente (Tabla 1). Pronto los profesionales nutricionistas del Instituto de Nutrición se vieron obligados a llamar la atención del hecho públicamente y ajustar los programas a las verdaderas dimensiones técnicas.

En México se mantienen la distribución de más de 4 millones de leche fluida, el subsidio a la tortilla (pan de maíz), los desayunos escolares y otros¹¹. Estos ejemplos indican que los programas de alimentación suplementaria en América Latina se crean y se destruyen con mucha facilidad.

El programa mundial de alimentos

El Programa Mundial de Alimentos (PMA), organismo del sistema de las Naciones Unidas dedicado a la asistencia entró en funciones en 1963, y es hoy la mayor organización del mundo en esta área. El PMA responde a las necesidades en materia de alimentos que surgen de las situaciones de emergencia y de las circunstancias relacionadas con el desarrollo, y a

menudo colabora con otros dos organismos que tiene sus sede en Roma: La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura Internacional de Desarrollo Agrícola y la Alimentación (FAO) y el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA).

El PMA suministra tres tipos de ayuda alimentaria: raciones de emergencia para los damnificados por desastres naturales o provocados por el hombre (el programa "Alimentos para la vida"); asistencia alimentaria que se distribuye en clínicas de salud, escuelas, y otros centros comunitarios a sectores de la población especialmente vulnerables (el programa "Alimentos para el crecimiento económico"); y raciones de alimentos que se entregan a cambio de trabajo en proyectos de desarrollo (programa "Alimentos a cambio de trabajo").

En las tres categorías mencionadas, una parte importante de las labores del PMA están relacionadas con las prioridades del UNICEF y con los esfuerzos de esta organización¹³.

Fue muy encomiable la asistencia alimentaria del PMA a Centro América con motivo del Huracán Mitch. Solamente en Honduras se atendieron a 700.000 personas, proporcionando una ración diaria de 200 g. de maíz, 100 g. de leguminosas y 30 g. de grasa vegetal. Lo mismo en Nicaragua y El Salvador y durante muchos meses. Un trabajo de logística ejemplar¹⁴.

Tabla 1.
Programas
de suplementación
alimentaria
Venezuela año 1988¹²

Denominación	Monto presupuesto	%
Leche a la embarazada	62.641.156	2,92
Pastillas polvotamínicas	6.552.000	0,30
Pastillas sulfato ferroso	8.568.000	0,40
Sub-Total Embarazadas	77.761.156	3,62
Lactovisoy al preescolar	23.895.569	1,11
Merienda al preescolar	63.739.214	2,97
Vaso de leche al preescolar	140.012.364	6,52
Centros de educación y Recuperación Nutricional	1.975.947	0,09
Sub-Total preescolares	229.623.124	10,67
Comedores escolares	551.883.641	25,69
Lactovisoy escolar	24.776.080	1,15
Merienda escolar	85.417.227	3,98
Vaso de leche escolar	605.927.636	28,21
Sub-Total escolares	1.268.004.584	59,02
Técnicas y Liceos	60.617.121	2,82
Sub-Total Adolescentes	60.617.121	2,82
Comedores Populares e Industriales	103.653.026	4,82
Cesta familiar	399.360.000	18,59
Proalifam	9.152.000	0,43
Sub-Total Adultos	512.162.026	23,84
Total	2,148.171.011	99,96

La crisis de las décadas 70 y 80, las medidas de ajuste y compensación

La crisis de finales del siglo pasado -la gran crisis de los países en desarrollo- tuvo su origen en el decenio de 1970, cuando los países del OPEP aumentaron radicalmente los precios del petróleo y depositaron sus mayores ingresos en los bancos occidentales. Estos ofrecieron a los países en desarrollo préstamos con intereses ventajosos. Los países fueron endeudándose, año tras año, en las décadas siguientes. En 1983 la deuda de los países en desarrollo era de 800.000 millones de dólares; en 1990 alcanzó a un billón y medio de dólares y a cerca de dos billones en 1997.

Cada habitante de los países en desarrollo debía a finales de siglo a los bancos occidentales la suma de 417 dólares. Al nacer, cada niño, tiene esa deuda que va aumentando cada año. Por eso se dijo que la deuda tenía cara de niño (Ramphal)¹⁵.

Para poder pagar los países comenzaron a pedir auxilio a los organismos internacionales, entre ellos al Fondo Monetario Internacional y al Banco Mundial.

Estos enviaron misiones con economistas de prestigio, a fin de estudiar las posibles fórmulas de ayuda. Exigieron grandes reformas administrativas que se conocen como "medidas de ajuste". Pero junto al tema de la deuda el Fondo Monetario Internacional incluyó la filosofía de la *globalización*, y entre ambos factores -deuda y globalización- se *anunció que todo iba a crear desajustes graves entre la población pobre*.

Según las NN.UU "la globalización altera los patrones de consumo". La liberación generalizada puede exponer además a los pobres a alteraciones súbitas. Algunos se recuperan al mejorar la economía y otros quedan atrapados en la pobreza¹⁶. Es entonces, en la década de los 80, cuando los programas de alimentación suplementaria que mal que bien estaban en marcha en América Latina, son absorbidas en la distribución masiva de paquetes de alimentos, unas veces dirigidos a las madres, otras a las familias en conjunto, otras a los escolares, dando como resultado la formación de enormes colas desde tempranas horas de la mañana, en un humillante programa compensatorio que dejó graves cicatrices. Nunca antes los programas de alimentación suplementaria habían recibido distorsión semejante.

En esa década de los 80, según el Banco Mundial, citado por Zavaleta¹⁷ se identificaron en América Latina 104 programas de distribución de alimentos en 19 países, de los cuales 53 fueron dirigidos a madres y niños, 23 de alimentación escolar y el resto a otros grupos de población. Se estima que 100 millones de personas se beneficiaron de estos programas.

La focalización de los programas de ayuda alimentaria

De hecho siempre en América Latina los programas de alimentación suplementaria focalizados hacia las familias pobres. Pero cuando se introducen las medidas de ajuste en la década de los 80 y se teme un incremento de la pobreza, las agencias internacionales propugnan una focalización de la asistencia más estricta que en cada país se establecieron con criterios distintos. Se adoptaron principalmente cuatro criterios¹⁸:

1. *Riesgo nutricional* (Costa Rica, República Dominicana);
2. *Ingreso familiar* (Honduras, México);
3. *Selección de los beneficiarios por los Servicios de Salud Local*. (Chile, Honduras).
4. *Criterio geográfico* (Zonas deprimidas) (Perú, Venezuela).

Se podría haber pensado también en: Madres, jefes de familia; Pobreza estructural.

Parece que el tercer criterio de los de arriba señalados, es el más adecuado, siempre y cuando el personal de los servicios de salud tengan tiempo y estén suficientemente motivados, ya que el recargo de trabajo puede ser importante, cuando no se cuenta con suficiente personal.

En el caso del programa alimentario a madres y niños (PAMI) debería ser un programa dependiente de la Jefatura del Servicio Materno-Infantil del Ministerio de Salud. Eso no se hizo en Venezuela dando como resultado que no se incrementará la cobertura de la atención prenatal en los servicios de salud, que era el objetivo fundamental del programa.

En todo caso el tema referente a los criterios para la focalización de los programas de ayuda alimentaria parece ser de gran importancia y no debería dejarse a los azares coyunturales en cada ocasión. Sería recomendable tener en el futuro alguna reunión de expertos en la materia.

La crisis del siglo XXI

En el año 2002 estamos entrando en una nueva recesión económica y se considera que los últimos cinco años han traído “media década pérdida”. En toda la Región Latinoamericana se espera que el año 2002 la caída del producto interno bruto sea de casi el 1%.

En 11 países latinoamericanos, entre ellos dos de los más grandes (Argentina y Brasil) hay una desaceleración preocupante. La deuda externa contraída por la mayor parte de los países luce impagable en las condiciones de pago impuestas por los entes financieros. Es posible por tanto que vuelvan a plantearse medidas parecidas a las de los años 80 del siglo pasado, y que por ello habrá consecuencias negativas para la población y un aumento de la pobreza. Es de esperar que se tendrán en cuenta algunos de los efectos negativos que tuvieron las llamadas “medidas compensatorias” que se impusieron hace más de dos décadas. Será necesario conducir las con un sentido de racionalidad técnica, con el asesoramiento de profesionales competentes, y contando con las instituciones existentes en el campo social para conducir los programas que sean necesarios, sin necesidad de crear “entes” ad-hoc para hacer repartos de comida humillantes para la dignidad humana.

Hay signos que revelan un cambio de estrategias en el Fondo Monetario Internacional. En Enero de este año 2002 el nuevo Director Gerente del Fondo, Horts Köhler, en la “Conferencia sobre la humanización de la economía” en Canadá señaló: “... la disparidad entre los países más ricos y más pobres es mayor que nunca. Alrededor de 3.000 millones de personas que tratan de subsistir con menos de 2 dólares diarios, merecen la oportunidad de un mundo mejor”. Y agregó: “El F.M.I. ha emprendido ya una serie de reformas y cambios para poder atender a los países miembros”. También señaló que el “logro de la meta del 0,7% del PNB para el desarrollo de los países pobres es ineludible. Actualmente es sólo el 0,22% cifra inaceptable¹⁹. Son ideas alentadoras que esperamos no sean solo palabras.

Por otro lado, el Banco Mundial ha diversificado mucho sus programas de ayuda en la lucha contra la pobreza. Por ejemplo, en Bolivia en el año 2001 el Banco Mundial aportó 35 millones de dólares para un programa dirigido a reducir la mortalidad infantil de 67 a 48 por mil nacidos vivos, fortaleciendo los servicios básicos de salud y en México hizo un préstamo ventajoso de 350 millones de dólares para mejorar los servicios de salud de poblados indígenas.

Son ejemplos de las nuevas tendencias de los organismos internacionales²⁰.

Otras modalidades de ayuda alimentaria: alimentos estratégicos (PROAL)

Una modalidad distinta de los programas tradicionales de alimentación suplementaria y que durante una larga temporada lleva ejecutándose en Venezuela es el llamado “*Alimentos Estratégicos*”. Se seleccionaron 8 alimentos que en las clases populares representan más del 50% del total de calorías requeridas. Estos alimentos fueron: harina de maíz, arroz, aceite, granos (alubias, frijoles, etc.), sardinas, leche y algún otro alimento estacional, los cuales se venden en las zonas pobres con una rebaja del 30 al 40%. La institución creada al efecto (PROAL), con fondos propios suministrados por el Gobierno, compra en *grandes cantidades* los géneros descritos y los pone a la venta en los abastos periféricos de las zonas pobres de las ciudades y pueblos.

Por los conceptos de *pago pronto, inmediato, y de contado*, se obtiene de la industria un descuento entre el 30 y 40%, rebaja que se traslada a los abastos periféricos y por ende al consumidor. A finales del año 2000 el programa tuvo una cobertura de más de 6 millones de personas. Confío que el programa PROAL que sugerí yo al Presidente Caldera en el año 1995 y que se condujo con tanto éxito durante años, continúe con el actual gobierno.

Este programa de Venezuela esta basado en la filosofía de CONASUPO, que antes he mencionado de México, que tenía la facultad de comprar granos básicos a precios bajos y guardar una reserva estratégica para eventuales carestías. El CONASUPO, desgraciadamente desapareció hace 3 años. También desapareció en México el Programa Nacional de Alimentación, promovido por el Dr. Zubiran, cuya filosofía era atrayente.

Este tipo de programas son preferibles a aquellos basados en la distribución gratuita de alimentos a las familias necesitadas.

El enriquecimiento de alimentos en Venezuela

En el año 1993 se inició el proyecto de fortificación de las harinas de maíz y de trigo con hierro y

vitaminas en escala nacional de Venezuela (Tabla 2)²¹.

Un año después de iniciada la fortificación se realizó una encuesta en la población de la ciudad de Caracas a sujetos de 7,11 y 15 años de edad, de ambos sexos y de condición socioeconómica baja.

La comparación de esta encuesta con la practicada en 1992 en los mismos grupos de edad y sexo, mostró que la prevalencia de la deficiencia de hierro había descendido significativamente del 37% al 16% y la anemia de 19% al 10%. De igual manera, la reserva de hierro medida por la concentración de ferritina de todos los sujetos estudiados aumentó del 15 µg/L en 1992 a 22 µg/L en 1994.

Esta disminución de la deficiencia de hierro ocurre en un año en el cual el consumo de la dieta habitual había continuado deteriorándose.

Tal respuesta de reducción significativa de la prevalencia de deficiencia de hierro y anemia sólo un año después de iniciada la fortificación, es sorprendente; sólo comparable a los resultados obtenidos por la fortificación a razón de 7 mg de hierro diario en población urbana de hindúes que viven en África del Sur, donde encontraron aumento significativo de la concentración de hemoglobina y ferritina después de un año de fortificación.

También la fortificación del azúcar con vitamina A, ha tenido éxito en Centro América y se esperan buenos resultados en México del enriquecimiento reciente de las harinas de maíz y trigo con varios micronutrientes. Como dice Lluís Serra "en todo intento de fortificar un alimento, deben hacerse las siguientes preguntas:

1. ¿Existen deficiencias manifiestas o marginales en vitaminas y minerales en nuestra población?
2. ¿Cómo se distribuyen en nuestra población: grupos de riesgo, intensidad, causas?
3. ¿Cuáles son sus repercusiones sobre la salud?
4. ¿Existe evidencia de que un aporte suplementario mejore o corrija las deficiencias biológicas?
5. ¿Es efectiva, inocua, factible y eficiente cuando se aplica a nivel poblacional?"²².

Como conclusión podríamos decir que los programas de alimentación suplementaria en América Latina han sido una de las actividades más frecuentemente utilizadas en las políticas de nutrición, aunque pocas veces han sido ejecutadas con arreglo a los principios que deben regir los programas en las comunidades pobres. Cada país puede presentar sin duda, uno o dos ejemplos de programas bien conducidos, pero

	Harina de maíz Precocida/kg	Harina blanca de trigo/kg
Vitamina A, UI	9.500	-
Tiamina, mg	3,1	1,5
Riboflavina, mg	2,5	2,0
Niacina, mg	51,0	20,0
Hierro* mg	50,0	20,0

*Fumarato Ferroso

Tabla 2.
Enriquecimiento
de vehículos alimentarios
en Venezuela²¹

también un rosario de fracasos, conducidos por políticas sin escrúpulos.

Durante las últimas décadas, con motivo de las "medidas de ajuste" adoptadas por los gobiernos, e influenciadas por Agencias Internacionales, se organizaron programas de distribución de alimentos, de forma un tanto irregular.

Ante la crisis generalizada que afecta hoy, a comienzos del siglo XXI, a la mayor parte de los países latino-americanos es posible que se tengan que fortalecer de nuevo los programas de alimentación suplementaria. La experiencia en los últimos 50 años servirá sin duda, para poner en marcha modelos institucionalizados en salud y educación, con supervisión adecuada y manejo honesto de recursos.

Finalmente habría que decir que a veces los beneficiarios de un programa de ayuda alimentaria no tiene interés en mejorar su situación, cualquiera que haya sido el criterio de selección, a fin de conservar su condición de receptor de la ayuda. A pesar de eso, es nuestra obligación ayudarlos.

Bibliografía

1. Keys A, Brozek K, Henschel A, Mickelson O, Yaylor HL. *The Biology of Human Starvation*. U.S.A.: University of Minnesota, 1950.
2. Beghin I. *XVIII Congreso Brasileiro do Higiene*. Sao Palo, 1970.
3. Beghin I. *La Distribución de Suplementos Alimentarios*. Mayo, 1981. (Comunicación personal)
4. Chavez A, Martínez.C. *El papel de la nutrición en el desarrollo mental y en el comportamiento humano*. Primer Simposio de la Fundación Cavendes. Caracas, 1995. También "Nutrición, Crecimiento y Desarrollo" INCAP. Bol. O.S.P. Enero, 1995
5. Manoff RK. *Mercadeo social de la nutrición*. Simposio de la Fundación Cavendes. Caracas, 1985.
6. Freire P. *Pedagogía del Oprimido*. México: Edt Siglo XXI, 1994.

7. Beaton GH, Ghassemi H. Supplementary feeding programmes in development countries. *Am J Clin Nutr* 1982;35.
8. Beaton GH. Evaluation of nutrition intervention: methodology considerations. *Am J Clin Nutr* 1982;35.
9. *Medición del efecto nutricional de Programas de suplementación Alimentaria en Grupos Vulnerables*. Ginebra: OMS, 1980.
10. Pollit E, Jacobiy E, Cueto S. Evaluation of a school breakfast program in Perú. En: *Nutrition Health and Child Development*. Washington D.C. U.S.A.: A joint publication of PAHO, Tropical Metabolism Research Unit of the University of the West Indies and the World Bank, 1998.
11. Bourges H. *Comunicación personal*.
12. Blanco B. Racionalización de metas de los programas. *Arch Ven Nut* 1998;Vol. 1.
13. *Programa mundial de Alimentos. Dar de comer al hambriento*. Roma: FAO. Junio.
14. *Impacto del Huracán Mitch en Centro América*. Washington: Bol. Eps. POS., 1998.
15. Rampal S. *La deuda tiene cara de niño. El Progreso de las Naciones*. UNICEF, 1990.
16. *Desarrollo humano*. PNP. New York: Naciones Unidas, 1997.
17. Zavaleta N. *Community Intervention Programs in Latin América*. "The Child in Latin América" of Bardell E. and O'Donnell A. Indiana. U.S.A: University of Notre Dame Press, 2001.
18. Gross ME. *La focalización de Programas Sociales en América Latina. Documento provisional*. Washington: Banco Mundial, 1992;Sept.
19. International Monetary Fund. *Alocución pronunciada por Horts Köhler, Director Gerente del FMI*. Washington, Enero 2002.
20. The World Bank Annual Report. 2001, psg. 155 and 116. Washington. U.S.A. 2002.
21. Layrise M, García Casal M. NetaI. Fortificación de las harinas de maíz y de trigo con hierro y vitaminas en la población venezolana. *Am Ven Nut* (Caracas) 1997;10 (1).
22. Interés del enriquecimiento de los alimentos como estrategia de salud pública. Serra Majem LI. *Rev Esp Nut Comunitaria* 1999;5(1).

