PN-ABF-681

Informe de la V Conferencia Internacional del Foro Internacional de Planificadores en Nutricion

Seul, Corea del Sur
Agosto 15-18, 1989

ELEMENTOS CRITICOS DE PROGRAMAS EXITOSOS DE NUTRICION COMUNITARIA

Patrocinada por la

Oficina de Nutricion
Division de Ciencia y Tecnologia
Agencia Internacional para el Desarrrollo (A.I.D.)
de los Estados Unidos

PN-ABF-681

Informe de la V Conferencia Internacional del Foro Internacional de Planificadores en Nutricion

ELEMENTOS CRITICOS DE PROGRAMAS EXITOSOS DE NUTRICION COMUNITARIA

Seul, Corea del Sur
Agosto 15-18, 1989

Patrocinada por la

Oficina de Nutricion
Division de Ciencia y Tecnologia
Agencia Internacional para el Desarrrollo (A.I.D.)
de los Estados Unidos

La V Conferencia Internacional del Foro Internacional de Planificadores en Nutrición recibió apoyo técnico del Proyecto de Comunicaciones en Nutrición de la Academia para el Desarrollo Educativo de Washington, D.C. (E.E.U.U.), mediante contrato No. DAN-5113-Z-00-7031-00 (Proyecto No. 936-5113), y de la Unidad Internacional de Nutrición de Logical Technical Services Corporation, de Chevy Chase, MD (E.E.U.U.), mediante contrato No. PDC-02620-I-00-7151-00.

UNITED STATES INTERNATIONAL DEVELOPMENT COOPERATION AGENCY
AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT
WASHINGTON, D.C. 20523

ASSISTANT
ADMINISTRATOR

February 2, 1990

Profesor Mamdouh K. Gabr, Presidente
Foro Internacional de Planificadores de Nutrición
162 Tahreer Street
El Cairo, Egipto

Estimado Profesor Gabr:

Por más de veinte años la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional se ha empeñado en ayudar a los países en vía de desarrollo a mejorar su producción de alimentos, y garantizar que las familias e individuos en estos países puedan tener a su alcance y consumir una alimentación nutricionalmente adecuada. La experiencia adquirida en colaboración con varios países en el mejoramiento de la nutrición ha sido recolectada y analizada por planificadores de nutrición en una conferencia internacional. El resultado es la publicación Elementos Críticos de Programas Exitosos de Nutrición Comunitaria, la cual plantea claramente los fundamentos para la realización de programas exitosos de nutrición.

Esta publicación sintetiza la experiencia acumulada e identifica los elementos que han sido cruciales para alcanzar el éxito en los programas de nutrición. No resulta sorprendente que el éxito requiere la participación amplia en la planificación y ejecución de los programas tanto de los potenciales beneficiarios como de quienes prestan los servicios. En otros programas de desarrollo hemos encontrado también que la "concertación"—entre quienes proveen servicios y quienes los reciben, entre el gobierno y el sector privado, entre los grupos empresariales y los grupos voluntarios, y otros tipos de concertacion, es necesaria para implantar y, aún más, para sostener programs exitosos.

Tengo la certeza de que esta publicación será de incalculable valor tanto para quienes promueven el desarrollo en general como para los planificadores de programas de nutrición de los gobiernos, de las organizacions voluntarias, y de la empresa privada. En nombre de la A.I.D., quiero agradecer a Ud., a los doctores Santos, Jerome y otros miembros del Comité Directivo, y en general a todos los miembros del Foro Internacional de Planificadores de Nutrición, por su importante contribución a la búsqueda del bienestar y la salud de la población de todo el mundo.

Atentamente,

Bradshaw Langmaid, Jr.

Bradshaw Langmaid, Jr.
Director General Encargado
de Ciencia y Tecnología
Agencia para el Desarrollo
Internacional

PROLOGO

Esta publicación resume los principales temas de presentación y discusión de la Conferencia Internacional sobre "Elementos Críticos de Programas Exitosos de Nutrición Comunitaria". Esta Conferencia fue la quinta de una serie de reuniones organizadas por el Foro Internacional de Planificadores de Nutrición (FIPN), una organización de profesionales de países en vía de desarrollo cuyo objetivo final es el mejoramiento de las condiciones de nutrición en el tercer mundo. El Foro consideró que la discusión sobre los elementos críticos responsables del éxito de un número limitado de programas efectivos de nutrición comunitaria, podría dar luces sobre las formas más prácticas de mejorar las condiciones de nutrición y evitar fracasos en los programas. Creemos que este objetivo se cumplió a cabalidad. La vinculación de esta Conferencia con el XIV Congreso Internacional de Nutrición, celebrado también en Seul, tuvo como fin facilitar la participación de un selecto grupo de profesionales en ambos eventos y destacar la necesidad de adoptar enfoques prácticos para combatir la desnutrición como una meta importante de los nutricionistas en todo el mundo. Consideramos que estos objetivos tambien se cumplieron.

Los estudios de caso que se presentaron para discusión son ejemplos concretos de los numerosos programas exitosos de nutrición que se adelantan en los países en vía de desarrollo, y fueron seleccionados de tal manera que representan distintas regiones, diferentes tipos de comunidades y una variedad de enfoques técnicos. Algunos otros estudios de caso se presentaron en posters.

Igual que en anteriores reuniones del FIPN, esta Conferencia no hubiera sido posible sin el apoyo generoso de la Oficina de Nutrición de la Agencia Internacional para el Dearrollo, de los Estados Unidos, bajo la dirección de la doctora Norge W. Jerome. Su patrocinio cubrió tanto el trabajo y las reuniones preparatorias como la Conferencia misma. El Foro también expresa sus agradecimientos a todas la demás organizaciones nacionales e internacionales que brindaron apoyo técnico y económico para la Conferencia, así como a la Sociedad de Nutrición de Corea del Sur.

Esperamos que esta publicación despierte mayor interés entre quienes toman decisiones de políticas y programas, los investigadores, y los trabajadores de campo sobre los enfoques prácticos para mejorar las condiciones de nutrición en la comunidad.

Dr. Mamdouh K. Gabr
Profesor de Pediatría
Universidad de El Cairo
Presidente del FIPN

PREFACIO

Esta Conferecia sobre Elementos Críticos de Programas Exitosos de Nutrición Comunitaria fue la quinta de una serie patrocinada por la Oficina de Nutrición, División de Ciencia y Tecnología, de la Agencia para el Desarrollo Internacional (A.I.D.), de los Estados Unidos, a través del Foro Internacional de Planificadores en Nutrición (FIPN). Al patrocinar esta Conferencia, la Oficina esperaba establecer si un grupo de expertos en nutrición, con experiencia internacional en planificación, toma de decisiones y administración, estrechamente vinculados a programas de nutrición de base comunitaria, podría llegar a un acuerdo sobre los elementos críticos para el éxito de los programas de nutrición en comunidades pobres.

La respuesta es inequívocamente afirmativa. Considero que el propósito de la Conferencia se cumplió a cabalidad. El pre-requisito, naturalmente, fue el haber identificado una serie de programas que se consideran relativamente exitosos y lograr que el grupo utilizara indicadores seleccionados de programas efectivos en otros sectores como base para el análisis y la discusión.

Los resultados de esta Conferencia aportan evidencia convincente, proveniente de diversas regiones del mundo, de que los programas de nutrición pueden tener éxito si en su diseño e implantación se siguen los conceptos y principios descritos en el presente informe. Los 14 estudios de caso de Africa, Asia, y América Latina y el Caribe, aportan excelente material ilustrativo que refuerza la convicción de que se puede lograr éxito con diversos tipos de programas de nutrición y en diferentes contextos geográficos, políticos, socio-culturales y económicos.

Ahora es posible refutar la afirmación de que "los programas de nutrición son muy complejos de planificar.... muy difíciles de ejecutar.... muy costosos de administrar..... muy complicados de evaluar". Esto no quiere decir que la planificación nutricional aporta una "solución simple" o una "fórmula mágica" para el desarrollo. No existen "fórmulas mágicas" o "soluciones rápidas" para el desarrollo económico y social. Sin embargo, las lecciones que se aprendieron en esta Conferencia señalan una clave, quizá una clave esencial, para remover los obstáculos que impiden lograr una acción concertada.

Los datos de los 14 estudios de caso demuestran que la acción conjunta y concertada para fortalecer la capacidad de la comunidad y su compromiso con el programa, es clave en la planificación nutricional: concertación entre el sector alimentación/nutrición y otros sectores; entre quienes entregan servicios de nutrición y quienes están a riesgo de desnutrición; entre los especialistas en nutrición y la gente; entre los directores de los programas y los trabajadores comunitarios; entre el personal asalariado y los voluntarios de la comunidad; entre la capital y las aldeas; y entre quienes toman decisiones y la comunidad en general.

Dra. Norge W. Jerome
Directora, Oficina de Nutrición
División de Ciencia y Tecnología
Agencia para el Desarrollo Internacional

AGRADECIMIENTOS

El Foro Internacional de Planificadores en Nutrición (FIPN) expresa su agradecimiento a los participantes en la V Conferencia Internacional celebrada en Seul, Corea del Sur (Agosto 15-18, 1989), por su valiosa contribución, especialmente por las presentaciones y los comentarios formales, el aporte de las experiencias de campo, la expresión amplia de puntos de vista y opiniones, y las discusiones espontáneas sobre temas sutiles pero importantes en la programación y ejecución de programas de nutrición comunitaria bajo las condiciones existentes en los países en vía de desarrollo.

La Oficina de Nutrición de la Agencia para el Desarrollo Internacional (A.I.D.), de los Estados Unidos, aportó el financiamiento y la ayuda técnica para la Conferencia a través de su Proyecto de Comunicación en Nutrición (NCP). Algunas misiones de la A.I.D., además de UNICEF, el Programa Conjunto de Apoyo Nutricional OMS/UNICEF, la OPS/OMS, y el gobierno de Holanda, contribuyeron con el financiamiento de algunos de los participantes.

También se agradece la valiosa cooperación del Comité Organizador del XIV Congreso Internacional de la Unión Internacional de Ciencias Nutricionales (IUNS), especialmente de la Dra. Sook He Kim, Presidente del Comité Directivo, por los arreglos logísticos y administrativos para la Conferencia.

El Cosejo Directivo del FIPN, con la coordinación técnica del Dr. José O. Mora, sirvió como Comité de Planeación de la Conferencia, y el Profesor Mamdouh K. Gabr, Presidente del Consejo Directivo del FIPN, se desempeñó como Presidente. Durante las discusiones plenarias los participantes se fueron alternando para servir como relatores y moderadores. La Dra. Eileen Kennedy sirvió como la relatora general.

La presente publicación resume los estudios de caso y las discusiones, así como los informes de los relatores. Los estudios de caso fueron preparados y presentados por el Dr. B.A. Kodyat (Indonesia), el Dr. S. Chawalit (Tailandia), la Dra. S. Ghosh (India), la Dra. C. Mtalo (Tanzania), la Dra. Z. Neumann (Brasil), y el Dr. A. Pardo (Bolivia). Los comentaristas formales de los estudios de caso fueron la Dra. V.C. Rahardjo (USAID/Indonesia), la Dra. T. Gopaldas (India), la Dra. S. Gujral (India), la Sra. J. Tagwireyi (Zimbabwe), el Dr. J.E. Ariza (Puerto Rico), y el Dr. C.H. Daza (OPS/OMS). Las presentaciones de posters fueron hechas por la Sra. T.O. Maribe (Botswana), la Dra. A.W. Patterson (CFNI/Jamaica), el Dr. S. Correu (Méjico), la Dra. A.O. Grange (Nigeria), el Dr. G. López de Romaña (Perú), la Dra. J. Eusebio (Filipinas), el Dr. J.E. Ariza (Puerto Rico), y la Sra. J. Tagwireyi (Zimbabwe).

La organización y coordinación técnica de la Conferencia estuvo a cargo de Logical Technical Services Corporation (LTS) por medio de su Unidad Internacional de Nutrición (LTS/INU). La planeación preparatoria para la conferencia se llevó a cabo mediante un contrato con la A.I.D. La organización y coordinación de la Conferencia y la preparación de este informe se efectuaron a través del Projecto de Comunicación en Nutrición (PCN), administrado por la Academia para el Desarrollo Educativo (ADE)[1]. El Dr. José O. Mora y la Sra. Charlotte Johnson-Welch, de LTS, se desempeñaron como coordinador técnico y administrativo, respectivamente, y prepararon el presente informe. El informe se elaboró originalmente en Inglés, idioma oficial de la Conferencia, y fue editado por el Sr. Dennis Ferrara, S.T.D. Fué traducido al francés por el Sr. Jean-Paul Quiviger, y al castellano por la señorita Sonia E. Mora.

[1]Contratos A.I.D./LTS I.Q.C. No. PDC-02062-I-00-7151-00, y A.I.D./AED No. DAN-5113-Z-00-7031-00, proyecto No. 936-5113, Comunicacion en Nutrición.

FORO INTERNACIONAL DE PLANFICADORES EN NUTRICION

Consejo Directivo, 1988-1989

Profesor Mamdouh K. Gabr, Presidente
Consejo Arabe para la Niñez y el Desarrollo
162 Tahreer Street
El Cairo, EGIPTO

Dr. Walter J. Santos, Vice-presidente
Rua Visconde de Piraja 156, Sala 602
Rio de Janeiro, BRASIL

Dra. Norge W. Jerome, Promotora-Organizadora
Directora, Oficina de Nutrición
Agencia para el Desarrollo Internacional
S&T/N, SA-18, Room 411
Washington, DC 20523, E.E.U.U.

Dr. Jaime E. Ariza
Director, Programa de Postgrado en Nutrición
Universidad de Puerto Rico
GPO Box 2156
San Juan, PUERTO RICO

Dr. Adenike O. Grange
Departamento de Pediatría
Universidad de Lagos PMB 12003
Escuela de Medicina
Lagos, NIGERIA

Dra. Adeline W. Patterson
Directora, Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI)
Universidad de las Indias Occidentales
Kingston 7, JAMAICA

Dr. Aree Valyasevi
Profesor/Consultor
Instituto de Nutrición
Universidad de Mahidol en Salaya
Distrito de Nakorn Chaisri
Nakorn Pathon 73170, TAILANDIA

INDICE

Resumen Ejecutivo i

I. INTRODUCCION 1

A. Antecedentes 1

B. Objetivos 1

C. Participantes 2

D. Temario y Agenda. 2

II. RESUMEN DE LOS ESTUDIOS DE CASO 3

A. El Programa de Mejoramiento de la Nutrición Familiar (UPGK), Indonesia 3

B. El Programa de Nutrición y Atencion Primaria de Salud, Tailandia 5

C. El Esquema de Servicios Integrados de Desarrollo Infantil (ICDS), India 6

D. El Programa Conjunto de Apoyo Nutricional de Iringa (JNSP), Tanzania 8

E. El Programa Pastoral Infantil, Brasil 11

F. El Programa de Control del Bocio Endémico, Bolivia 13

G. Programas/Proyectos Presentados en la Sesión de Posters . . . 15

III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. 17

A. Compromiso Político 17

B. Movilización y Participación Comunitaria 18

C. Desarrollo de Recursos Humanos 19

D. Focalización 19

E. Monitoreo, Evaluación y Sistemas de Información Gerencial . . 20

F. Replicabilidad y Auto-sostenimiento 21

ANEXOS:

1. Lista de Participantes 22

2. Agenda 25

RESUMEN EJECUTIVO

La V Conferencia Internacional del Foro Internacional de Planificadores en Nutrición (INPF) sobre ELEMENTOS CRITICOS DE PROGRAMAS EXITOSOS DE NUTRICION COMUNITARIA se efectuó en Seul, Corea del Sur, del 15 al 18 de agosto de 1989. La Conferencia fue auspiciada por la Oficina de Nutrición de la Agencia para el Desarrollo Internacional (A.I.D.), de los Estados Unidos, y contó con la asistencia de treinta profesionales de veintidos países en vía de desarrollo, tres de los Estados Unidos, y siete observadores de organizaciones internacionales y agencias gubernamentales. Siguiendo una metodología de taller, los participantes revisaron y analizaron seis estudios de caso de Indonesia, Tailandia, India, Tanzania, Brasil y Bolivia. El grupo revisó, además, ocho proyectos adicionales de nutrición. Se identificaron elementos críticos para el éxito de los programas mediante discusiones enfocadas en seis áreas comunes: compromiso político; movilización y participación comunitaria; desarrollo de recursos humanos; focalización; monitoreo, evaluación y sistemas de informacón gerencial; y replicabiliad y auto-sostenimiento.

Una de las conclusiones más importantes de la Conferencia es que el estado nutricional de la población en países en vía de desarrollo se puede mejorar mediante programas nutricionales de desarrollo comunitario si se incorporan ciertos elementos críticos desde su inicio. Se señaló, sin embargo, que los proyectos y programas nutricionales no pueden servir como substitutos del compromiso político que debe tener el gobierno de un país para asegurar un crecimiento económico y un desarrollo social auto-sostenidos y con equidad.

Se recomendó utilizar un enfoque amplio para el mejoramiento nutricional mediante la incorporación de elementos nutricionales en los programas de desarrollo comunitario, o la aplicación de un enfoque de desarrollo comunitario en los programas de nutrición. También se enfatizó que la calidad del personal y los métodos de implantación del programa pueden ser más importantes que el contenido de una intervención particular. Para promover el mejoramiento nutricional dentro de un contexto amplio de desarrollo es fundamental que haya un compromiso institucional e individual hacia la auto-suficiencia comunitaria.

Los elementos críticos de los programas exitosos se identificaron en cada una de seis categorías pre-establecidas.

1. Compromiso político. De importancia crítica es el compromiso político firme y consistente que se refleja en financiación de acciones concretas. Este compromiso se puede lograr mediante presión ejercida por la comunidad organizada que demanda servicios, por recomendación de la comunidad técnica y científica, y/o por acción de las organizaciones internacionales.

2. Movilización y participación comunitaria. La movilización efectiva para lograr la participación activa de la comunidad es esencial para el éxito de los programas de nutrición. Esto se puede alcanzar mejor promoviendo la participación de la comunidad en todas las fases de planeación y ejecución del programa, incluyendo la evaluación de las necesidades, el proceso de toma de decisiones, y la supervisión, monitoreo y evaluación del programa. La descentralización del poder hacia la comunidad facilita su organización y le permite identificar sus propias necesidades, buscar soluciones a sus problemas, y participar activamente en su ejecución. Las organizaciones o grupos de mujeres son recursos claves para la movilización y participación de la comunidad.

3. Desarrollo de recursos humanos. La calidad de los recursos humanos es un elemento de suma importancia. La motivación, la capacidad de liderazgo, y el compromiso con el trabajo comunitario son criterios claves en la selección del personal, especialmente de los trabajadores comunitarios, ya sean éstos pagados o voluntarios. Se necesitan inversiones relativamente grandes para capacitación básica y re-entrenamientos frecuentes. Una adecuada combinación de capacitación en el aula y en el campo puede ser muy efectiva. La capacitación debe ser intensa,

de carácter multidisciplinario, y orientada al desarrollo de habilidades y competencias para el trabajo práctico, con énfasis en la formación de capacitadores.

4. Focalización. La focalización adecuada mejora la eficiencia y el costo-efectividad de los programas de intervención nutricional mediante la asignación prioritaria de los recursos hacia los grupos o individuos de alto riesgo, los cuales generalmente son los que más se pueden beneficiar de los servicios. Cuando la desnutrición es muy frecuente, la focalización geográfica puede ser suficiente, pero a medida que el nivel de desnutrición desciende va surgiendo la necesidad de combinar criterios geográficos, familiares, económicos, e individuales. Cuando el programa se focaliza en las regiones o comunidades más pobres, con frecuencia es necesario el desarrollo de una infraestructura mínima de prestación de servicios.

5. Monitoreo, Evaluación y Sistemas de Información Gerencial. Un sistema funcional de información gerencial (SIG) para alimentar el monitoreo continuo, la evaluación y el proceso de toma de decisiones, tanto al nivel local como a niveles más altos, es un elemento importante para lograr un programa exitoso. Se debe establecer un flujo recíproco de comunicación y decisión entre los diferentes niveles, el cual debe basarse en la recolección regular de datos confiables, el análisis e interpretación oportunos, y la retro-alimentación inmediata. El SIG no necesita ser muy sofisticado. No debe exceder la capacidad del programa para manejar datos ni sobrecargar a los trabajadores de campo con su recolección. La base del SIG es un conjunto mínimo de datos e indicadores que pueden ser recolectados, manejados y utilizados para la toma de decisiones tanto por la comunidad como por los directores y administradores del programa.

6. Replicabilidad y Auto-Sostenimiento. Los programas exitosos cuentan con estos dos elementos interrelacionados. La replicabilidad depende del grado en que los elementos del programa, las metodologías y los procesos de implantación se ajusten a las características contextuales particulares encontradas en otras regiones. El auto-sostenimiento de resultados positivos es crítico para que los programas de nutrición tengan éxito a largo plazo. Para esto es indispensable un compromiso político consistente, la participación activa de la comunidad, el desarrollo de una base de recursos humanos capacitados, y un nivel razonable de costo-efectividad del programa en relación con los recursos disponibles en el país. El auto-sostenimiento se genera desde la etapa de planeación, cuando las intervenciones se designan de tal manera que puedan financiarse con los recursos propios del país. La transferencia efectiva de tecnología y el diseño de tecnologías locales efectivas de bajo costo incrementan el auto-sostenimiento de un programa.

I. INTRODUCCION

La V Conferencia Internacional del Foro Internacional de Planificadores en Nutrición (FIPN) sobre Elementos Críticos de Programs Exitosos de Nutrición Comunitaria, se llevó a cabo en Seul, Corea del Sur, del 15 al 18 de agosto de 1989. La Conferencia fue auspiciada por la Oficina de Nutrición de la Agencia para el Desarrollo Internacional (A.I.D.), de los Estados Unidos, a través del Proyecto de Comunicación en Nutrición (PCN), admininistrado por la Academia para el Desarrollo Educativo (ADE). La Unidad Internacional de Nutrición de la Corporación LTS, colaboradora del proyecto PCN, tuvo a su cargo la organización de la Conferencia y la preparación de este informe.

A. Antecedentes

Los problemas nutricionales continúan afectando a gran proporción de la población de los países en vía de desarrollo, y contribuyen significativamente a la mortalidad y morbilidad infantil y pre-escolar. La tasa de desnutrición se ha mantenido alta en muchos países en vía de desarrollo mientras que el número de personas que carecen de alimentos continúa aumentando. Los problemas nutricionales están intimamente ligados con la pobreza y el subdesarrollo. Al mismo tiempo, el desarrollo social y económico de un país puede verse limitado por las consecuencias funcionales de la desnutrición sobre el potencial de aprendizaje y el rendimiento escolar, la capacidad de trabajo físico, y el rendimiento laboral. El mejoramiento del estado nutricional de la población en los países pobres puede llegar a tener un impacto significativo sobre su desarrollo.

Las acciones para mejorar el estado general de nutrición de los pobres en los países en vía de desarrollo han venido evolucionando durante las últimas décadas desde un enfoque de fortificación de alimentos con nutrientes específicos, hasta estrategias multisectoriales más amplias ligadas al desarrollo comunitario en general y a la atención primaria de salud en particular. Las intervenciones de nutrición limitadas, aisladas y selectivas, con frecuencia implantadas en forma vertical y con resultados sumamemte limitados, están ahora dando paso a intervenciones más amplias, más promisorias, integradas a estrategias de desarrollo comunitario.

En la última década se han ejecutado varios programas comunitarios exitosos de nutricion, de los cuales se derivan experiencias valiosas para la formulación y ejecución de nuevos programas. Por consiguiente, es de gran utilidad examinarlos detenidamente con el fin de identificar y entender los elementos críticos que condujeron a su éxito. Esta fue la razón por la cual el FIPN seleccionó este tema para su V Conferencia Internacional.

B. Objetivos

Con base en la filosofía del FIPN, el propósito de la Conferencia fue proporcionar un mecanismo mediante el cual profesionales de países en vía de desarrollo, con experiencia en nutrición y otras áreas relacionadas, pudieran intercambiar información y aprender unos de otros, analizar las experiencias obtenidas en programas y proyectos exitosos de nutrición comunitaria, y comprender sus procesos de planeación y ejecución. De este modo se podría llegar a conclusiones y recomendaciones para las personas encargadas de la toma de decisiones e implantación de programas en los países en vía de desarrollo.

Los objetivos específicos de la Conferencia fueron los siguientes:

1. Examinar en detalle y analizar un número limitado de estudios de caso de programas exitosos de nutrición comunitaria ejecutados en países en vía de desarrollo;

2. Analizar criticamente una serie de aspectos comunes que afectan la efectividad de los programas;

3. Determinar elementos universales, en los procesos de planeación e implantación de los programas, que conducen a resultados positivos; y

4. Derivar experiencias prácticas y conclusiones que puedan ser aplicadas con éxito en la planeación y ejecución de

programas de nutrición comunitaria en los países en vía de desarrollo.

C. Participantes

A la Conferencia asistieron treinta (30) profesionales de veintidos (22) países en vía de desarrollo, tres (3) de los Estados Unidos, y siete (7) observadores de organizaciones internacionales y agencias donantes. (El Anexo 1 contiene la Lista de Participantes)

D. Agenda de la Conferencia

La Conferencia se estructuró como un taller de trabajo dividido en dos partes (la agenda se incluye en el Anexo 2).

Primera parte. Se hicieron presentaciones cortas (30 minutos) de los estudios de caso de los programas seleccionados de nutrición comunitaria. Con base en criterios de éxito pre-establecidos, se escogieron seis (6) programas principales para presentaciones formales. Estos criterios incluyeron consideraciones nutricionales, políticas, estructurales, económicas y gerenciales. El expositor fue el director u otra persona clave de cada programa.

Después de cada presentación, un comentarista familiarizado con el programa procedió a hacer comentarios formales (15 minutos), siguiendo una estructura común basada en los criterios pre-establecidos para determinar programas exitosos. Posteriormente, por aproximadamente una hora, se hizo una discusión abierta del estudio de caso y de los puntos destacados por el comentarista. El grupo identificó elementos en el proceso de planeación e implantación del programa a los cuales se podrían atribuir los resultados positivos. (Se prepararon guías tanto para los ponentes como para los comentaristas formales, con el fín de mantener un esquema uniforme de presentación).

Además se escogieron ocho (8) proyectos o programas adicionales que podían aportar lecciones importantes, los cuales se presentaron en una sesión de posters de 2 horas, complementada con una presentación resumida de un comentarista (30 minutos) y una sesión plenaria (1 hora).

Segunda parte. Para facilitar la identificación de elementos críticos para el éxito de un programa dentro de un conjunto de categorías comunes previamente identificadas, se llevaron a cabo seis discusiones plenarias sobre los siguientes temas: (1) Compromiso político; (2) Movilización y participación comunitaria; (3) Desarrollo de recursos humanos; (4) Focalización; (5) Monitoreo, Evaluación y Sistemas de Información Gerencial; y (6) Replicabilidad y Auto-sostenimiento. Las discusiones facilitaron la identificación de los elementos críticos para el éxito de los programas dentro de las categorías comunes pre-establecidas.

En la última sesión plenaria el Relator General de la Conferencia hizo un resumen general. Los equipos de relatores, cada uno integrado por tres participantes, tomaron nota cuidadosa del contenido y los resultados de las discusiones. El presente informe consolida los informes de los relatores y refleja las numerosas áreas de consenso que surgieron en las dicusiones. Hubo muy pocos puntos de discrepancia.

II. RESUMEN DE LOS ESTUDIOS DE CASO

A. El Programa de Mejoramiento de la Nutrición Familiar(UPGK), Indonesia

El UPGK es un programa nacional financiado por el gobierno de Indonesia (GOI), con una cobertura de 58,355 aldeas y 27 provincias. El programa se está ejecutando en 5,642 centros de salud y 214,025 servicios comunitarios integrados de salud (poysandus). El programa está dirigido hacia los niños menores de cinco años y sus madres, y las mujeres embarazadas o en lactancia. El costo total del programa, excluyendo costos de investigación y desarrollo, fue de US$35.2 millones entre 1984 y 1989 ($11 millones provenientes del GOI, y $24.2 millones de donantes). La financiación externa se ha utilizado para cubrir los gastos de expansión del programa, entrenamiento, e investigación y desarrollo.

El objetivo general del programa es mejorar el nivel nutricional y de salud de los grupos objetivo a través de modificaciones en los hábitos nutricionales de las madres. Las actividades básicas incluyen monitoreo mensual del crecimiento de los niños menores de cinco años, educación en nutrición y salud, ayuda primaria en nutrición (distribución semestral de Vitamina A a los niños, suplementos de hierro para mujeres embarazadas o en lactancia, y terapia de rehidratación oral para casos de diarrea), demostraciones de alimentación complementaria, y huertos familiares. Estas actividades se ejecutan mediante "puestos de pesaje" manejados por líderes de la comunidad y operados por personal voluntario, utilizando la tarjeta de crecimiento como instrumento de monitoreo.

Los datos de impacto del programa indican que la prevalencia de desnutrición moderada y severa en los niños menores de cinco años disminuyó de 14.1% en 1978 a 12.8% en 1986 en las áreas del programa. Evaluaciones efectuadas en provincias seleccionadas en 1986 mostraron cambios positivos en los conocimientos y prácticas de salud, y una relación directa entre la participación en el programa y el mejoramiento del peso para la edad de los niños. En una evaluación llevada a cabo en tres provincias en 1989 se encontró un alto nivel de cobertura del programa (81% a 98%). Sin embargo, el efecto sobre el peso de los niños fue menor que el esperado y las habilidades de los voluntarios en educación nutricional dejaban mucho que desear.

Compromiso político. El programa goza de gran apoyo político a nivel central. Ha sido incluido explícitamente en las estrategias de desarrollo nacional desde 1974, cuando el gobierno decidió expandir el programa a todo el país y se dieron instrucciones presidenciales para la implantación de acciones comunitarias con colaboración intersectorial. Para coordinar las actividades multisectoriales se establecieron Comités Regionales de Mejoramiento Nutricional comandados por los directores provinciales. La principal responsabilidad de coordinación radica en el Ministerio del Interior, mientras que un equipo nacional UPGK se encarga de la supervisión. A mediados de los ochentas se firmaron acuerdos intersectoriales entre los Ministerios de Salud, Agricultura, Asuntos Religiosos y otros, después de que la operación de campo demostró la factibilidad de la cooperación intersectorial. El programa ha logrado ahora el máximo nivel de compromiso político, pero se necesita fortalecer la coordinación en los diferentes niveles administrativos.

Participación Comunitaria. La comunidad participa directamente a través de varios mecanismos: (1) reuniones de orientación para informar y motivar a los líderes comunitarios; (2) diagnóstico de las necesidades por la misma comunidad (auto-encuestas); (3) coordinación de actividades a través de las estructuras organizativas existentes en la comunidad; (4) capacitación de los voluntarios comunitarios para ejecutar las actividades del programa; (5) incorporación de los niños menores de cinco años en las sesiones de monitoreo mensual de crecimiento; y (6) contribuciones en dinero y en especie por parte de las familias para financiar la adquisición de alimentos para los participantes.

El programa utiliza las estructuras existentes en la comunidad, incluyendo los Comités Comunitarios directamente responsables de las actividades en cada

comunidad, así como otras organizaciones de base. La comunidad se moviliza para tomar decisiones y planear actividades mediante reuniones y a través de la ejecución y análisis de la "auto-encuesta" con el fin de identificar las necesidades sentidas de la población, en especial las relacionadas con la salud y la mortalidad en la niñez.

Desarrollo de Recursos Humanos. Las actividades básicas del programa se ejecutan por voluntarios de la comunidad entrenados y supervisados por el programa. Los criterios para su selección incluyen la disponibilidad de tiempo, el nivel educativo, y la motivación. Los voluntarios reciben estímulos mínimos tales como certificados de asistencia, uniformes o invitaciones a participar en seminarios o concursos patrocinados por el programa. Las tasas de deserción oscilan entre 10 y 55%, y los reemplazos se seleccionan con los mismos criterios. La capacitación inicial dura de tres a cinco días y la mayor parte del tiempo se dedica a charlas. El personal del Centro de Salud hace re-entrenamiento durante las visitas mensuales de supervisión. Los voluntarios también son supervisados por el Comité Comunitario y en las reuninones mensuales de coordinación.

Focalización. El UPGK comenzó como un programa focalizado en las once áreas rurales con la más alta mortalidad infantil en el país. Actualmente está expandido a un total de 27 provincias, y cubre alrededor del 85% de los niños menores de cinco años. La selección de las comunidades para participar en el programa se hace en colaboración con el Ministerio de Asuntos Domésticos y está basada en las características de la comunidad y en la presencia de un Centro de Salud activo. El programa estimula la participación de todos los niños menores de cinco años, pero está focalizado en los niños y madres de alto riesgo. Los niños de alto riesgo son los que están desnutridos o no han ganado peso por tres meses consecutivos, así como los que tienen deficiencias de Vitamina A o de hierro. El programa tiene actualmente una tasa de participación del 47% y la proporción mayor de participantes proviene de los grupos de más bajos ingresos. Se hacen visitas domiciliarias a las madres y niños de alto riesgo, quienes reciben alimentación complementaria y son remitidos al centro de salud. Durante las sesiones mensuales de pesaje se imparte educación en salud y se hacen demostraciones alimentarias.

Monitoreo, Evaluación y Sistema de Información Gerencial. El programa tiene un sistema funcional de monitoreo y de información para manejo gerencial (SKDN) basado en los informes mensuales de los trabajadores comunitarios. Estos informes se utilizan en el nivel local y luego se envían a los niveles administrativos superiores. En el nivel central se hace un análisis trimestral con fines de planificación y retro-alimentación. Se utilizan indicadores de cobertura, participación comunitaria e impacto del programa, así como información logística y financiera, y datos del personal, además de la información del SKDN, para clasificar las provincias en tres categorías (avanzadas, en progreso y retrasadas), con el fin de focalizar las intervenciones. Algunos de estos análisis se hacen a nivel local y provincial. Para la obtención de indicadores de impacto se aprovechan fuentes de información externa, como el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional. En 1989 se estableció una red de información en nutrición con el fin de mejorar la coordinación entre las distintas fuentes de datos.

Auto-sostenimiento. Los factores positivos para el auto-sostenimiento del programa incluyen su naturaleza intersectorial, el fuerte compromiso político del gobierno, la participación de organizaciones comunitarias autóctonas en el diseño y ejecución del programa, y la utilización de trabajadores comunitarios bien entrenados. Factores que pueden limitar su potencial de auto-sostenimiento son la insuficiencia de los recursos locales para responder a la demanda de servicios, la poca posibilidad de mejorar la calidad de éstos debido a limitaciones en la capacidad institucional y de los voluntarios comunitarios, y la continua necesidad de financiación externa.

B. El Programa de Nutrición y Atención Primaria de Salud, Tailandia

El Programa Nacional de Nutrición y Atención Primaria de Salud de Tailandia es el resultado de la transformación de un enfoque basicamente hospitalario a uno centrado en actividades de nutrición en salud pública y, finalmente, al actual enfoque de nutrición comunitaria. El Programa es un esfuerzo de colaboración entre los Ministerios de Salud Pública, Agricultura y Cooperativas, Educación, y del Interior, y la Superintendencia de Universidades. Está financiado por el gobierno de Tailandia, UNICEF, y la A.I.D. Se tienen proyecciones para una disminución progresiva de las donaciones extranjeras y un incremento correspondiente del aporte del gobierno.

En 1970 se creó un Comité Nacional de Alimentación y Nutrición con el fin de definir, coordinar y supervisar las actividades de nutrición. En 1982, con la adopción de la Estrategia de Atención Primaria de Salud, la nutrición se integró al sistema de atención de salud y se diseñaron actividades dirigidas a fortalecer el concepto de desarrollo de la comunidad. Aún más, el gobierno incluyó la nutrición como uno de los 32 indicadores de los 8 componentes de su campaña por la "Calidad de la Vida" que comenzó en 1985.

Las principales actividades del programa incluyen: (1) monitoreo de crecimiento y vigilancia nutricional; (2) distribución de cupones de alimentos para niños con tercer grado de desnutrición; (3) capacitación en nutrición a trabajadores voluntarios de salud; (4) educación nutricional comunitaria empleando asesoramiento individual, materiales impresos, audio-visuales, y medios masivos. Actualmente solo se dispone de datos de evaluación de las actividades de monitoreo del crecimiento, los cuales muestran una participación creciente, especificamente en el número de comunidades y niños que son pesados cada tres meses. Los últimos datos indican niveles de cobertura del 98.4% de las comunidades y del 84.8% de los niños menores de cinco años. También se ha observado un mejoramiento en el estado nutricional de los niños en el área rural, con un aumento en la proporción de niños bien nutridos de 49% a 78% entre 1982 y 1988, y descensos en desnutrición de primer grado del 36% al 29%, de segundo grado del 13 al 4%, y de tercer grado del 2% al 0.04%.

Compromiso político. El gobierno ha demostrado cada vez mayor interés y atención a la nutrición. A través de los sucesivos planes quinquenales, el papel de la nutrición se ha definido más claramente y se ha integrado dentro de la configuración de los servicios del estado. Con la adopción de la estrategia de atención primaria de salud para la entrega de servicios y la campaña de dos años sobre la "Calidad de la vida", las actividades de nutrición se han focalizado más hacia la comunidad y las poblaciones a riesgo. La importancia que el gobierno ha dado a la nutrición se refleja en contribuciones crecientes para el programa nacional de nutrición, desde un nivel anual de US $1.7 millones en 1982-86 hasta una proyección de US $4.4 millones para el período 1992-2001.

Participación comunitaria. El enfoque de la estrategia de desarrollo del gobierno en el desarrollo de la comunidad y en la integración de nutrición dentro del sistema de atención primaria de salud ha hecho que el uso de los recursos de la comunidad sean de importancia crítica para el programa de nutrición. Los miembros de la comunidad participan en la identificación de los problemas y en la ejecución de las actividades (voluntarios de la comunidad), así como en planificación nutricional, asignación de recursos, monitoreo, y evaluación de las actividades a través de los Comités Comunitarios.

Desarrollo de recursos humanos. Los papeles principales de los miembros de la comunidad incluyen el líder comunitario (típicamente un líder oficial o reconocido en la comunidad); los trabajadores comunitarios y los voluntarios auto-seleccionados (aprobados por los líderes comunitarios), quienes realizan las actividades de monitoreo de crecimiento y educación; y los patrocinadores y administradores (personas que aportan y/o manejan contribuciones de la comunidad para financiar actividades de nutrición). Algunos miembros de la comunidad son seleccionados para ejecutar voluntariamente actividades de monitoreo de crecimiento y educación. Su capacitación dura de dos a cinco días y está orientada

hacia el desarrollo de habilidades específicas. Son supervisados por el personal del Centro de Salud y por los miembros del Comité Comunitario.

Focalización. Hay tres grupos objetivo para las actividades del programa: embarazadas, niños menores de 5 años, y niños de 6 a 14 años. El programa está enfocado geográficamente en las áreas rurales, especialmente en aquellas con las tasas más altas de pobreza, y en las zonas urbanas marginadas. A los niños con segundo o tercer grado de desnutrición se les toma la talla; los que tienen menos del 90% de lo esperado para su edad reciben cupones de alimentos, remisión a los servicios médicos, y educación nutricional, y son pesados nuevamente al mes. Todos los demás niños se pesan cada tres meses, y las madres reciben educacion nutricional.

Monitoreo, evaluación, y sistema de información gerencial. La única información longitudinal disponible actualmente es la recolectada en el monitoreo de crecimiento y vigilancia nutricional. Actualmente se utiliza solamente el indicador de peso para la edad. La Unidad de Vigilancia Nutricional del Ministerio de Salud es responsable de todos los datos relacionados con nutrición, los cuales se recolectan en la comunidad y se envían al Centro de Salud, a los niveles distrital y provincial, y finalmente al nivel central. La información se utiliza en la comunidad, así como en los servicios gubernamentales de agricultura, desarrollo comunitario, salud y otros, en los diferentes niveles administrativos, con fines de monitoreo y evaluación, y para orientar la colaboración intersectorial.

Auto-sostenimiento. El cambio de énfasis desde el cuidado hospitalario de alto costo hacia los servicios comunitarios de salud ha incrementado el auto-sostenimiento del programa nacional de nutrición. La responsabilidad de las acciones está ahora centrada en la comunidad, mientras que los niveles administrativos más altos proveen apoyo complementario. Otros factores que aumentan el potencial de auto-sostenimiento del programa a largo plazo son la financiación creciente del gobierno, las contribuciones de la comunidad (en dinero y en especie) para sufragar gastos locales, y la correspondiente reducción en el uso de fondos externos. La incorporación de miembros de la comunidad en la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación también contribuye a aumentar el potencial de auto-sostenimiento. Finalmente, la integración de actividades de nutrición dentro del sistema de atención primaria de salud y dentro de otros servicios del gobierno aumenta la posibilidad de que el program se mantenga a largo plazo.

C. El Esquema de Servicios Integrados de Desarrollo Infantil (ICDS), India

En 1974 el gobierno de la India desarrolló un marco de referencia para la integración de servicios para los niños menores de 6 años y las mujeres embarazadas o en lactancia. Esto condujo al diseño del Esquema de Servicios Integrados de Desarrollo Infantil (ICDS), el cual cubre distritos completos y no solamente algunas comunidades dentro de cada distrito. El programa se inició en 1975 en 93 distritos; en 1978-79 se adicionaron 67 más, y 100 más en 1979-81. Actualmente se cubren 1.952 distritos con una población estimada de 165 millones, de los cuales 28 millones son niños menores de 6 años y 6.6 millones son mujeres embarazadas o en lactancia.

El programa es ejecutado por los gobiernos estatales, con ayuda financiera del nivel central. En 1988-89, la contribución del gobierno central ascendió a US$100 millones. Los fondos estatales financian la adquisición y distribución de alimentos complementarios. CARE y el Programa Mundial de Alimentos (PMA) aportan cerca del 55% de los alimentos que se distribuyen. Aproximadamente el 3% del presupuesto es cubierto por donaciones de agencias bilaterales como la A.I.D. UNICEF contribuye con el 3.5% en materiales y equipos.

El ICDS se ejecuta mediante una red de servicios integrados que se entregan a través de los "anganwadis" (puestos comunitarios de salud) por medio de trabajadores comunitarios entrenados y personal de los centros de salud. Los servicios incluyen alimentos complementarios para niños menores de 6 años y mujeres embaradas o en lactancia, ya sea para consumo directo en el

sitio de distribución o para ser preparados en el hogar; complementos de vitamina A, hierro y folatos; inmunizaciones; exámenes físicos y remisión de pacientes; y educación en salud y nutrición, así como educación no formal a pre-escolares.

En 1987-88 se hizo una evaluación del programa en los distritos que reciben apoyo de la A.I.D., en la cual se compararon los datos con la información basal recolectada al comienzo del programa. Se encontró un aumento significativo en la cobertura de los servicios y un incremento en el estado de salud y de nutrición de los grupos objetivo, aún cuando la mayoría de éstos todavía no estaba recibiendo todos los servicios del programa. Hubo un descenso marcado en la prevalencia de desnutrición severa a pesar de la intensa sequía que afectó a muchas de las comunidades del programa. También se incrementó el número de niños que tenían tarjetas de crecimiento completas, aún cuando en menor proporción entre los menores de un año. El componente más débil del programa era la educación nutricional y de salud. En general, se concluyó que el program era efectivo, y gran parte del éxito se atribuyó al aumento en la cobertura y la calidad de los servicios, así como a la capacitación en servicio del personal y a la estrecha supervisión de los trabajadores comunitarios para mejorar su habilidades técnicas.

Compromiso político. El program recibió impulso inicial a partir del reconocimiento por parte del gobierno de la necesidad de que los servicios para los niños y las madres embarazadas o en lactancia deberían prestarse en una forma integrada. El gobierno provee casi todo el apoyo económico para el programa y, a pesar de que los fondos centrales juegan un papel activo, la descentralización en la toma de decisiones y en la ejecución ha permitido la entrega de servicios en forma relativamente eficiente. Tanto el gobierno central como los estatales aportan alimentos para las actividades de complementación nutricional, lo mismo que servicios de transporte para su distribución a través de los puestos comunitarios de salud.

Participación comunitaria. El ICDS estimula la participación comunitaria mediante la creación de conciencia sobre las necesidades de los niños pequeños, involucrando a la comunidad en la planificación de las acciones, y promoviendo las actividades del programa y el concepto de que sus servicios son efectivos a través de la adopción de mejores prácticas de cuidado de los niños. Aunque se espera que toda la comunidad participe, el programa está concentrado en la madres y los niños pequeños.

Durante los 3 meses de preparación del programa, el personal hizo contacto con las comunidades. Trabajando con los miembros de la comunidad, conjuntamente seleccionaron un sitio para el puesto comunitario de salud, e identificaron un voluntario para ser capacitado como trabajador comunitario. Las comunidades contribuyen al programa con la provisión de materiales y/o trabajo y dinero. La participación de la comunidad se mantiene a través del trabajador comunitario y otro personal de campo. El trabajador comunitario presta servicios relacionados con el programa, mientras que los Comités Comunitarios supervisan su trabajo y el funcionamiento de los puestos comunitarios de salud. Otros grupos de la comunidad ayudan a conseguir fondos e identifican las familias con mayores necesidades.

Desarrollo de recursos humanos. El entrenamiento de los trabajadores comunitarios está orientado a desarrollar habilidades prácticas y dura tres meses. Se da énfasis al trabajo de campo y a la adquisición de experiencia práctica. También se hace capacitación no formal en servicio en las reuniones mensuales entre los trabajadores comunitarios y con el personal del programa encargado del desarrollo infantil. Después de dos años de trabajo, el trabajador comunitario recibe un re-entrenamiento de dos semanas, mientras que sus ayudantes lo reciben durante una semana. El entrenamiento de los supervisores de campo tarda tres meses y está enfocado en el desarrollo de habilidades de supervisión, administración del programa, y relaciones públicas. El personal de desarrollo infantil recibe capacitación por ocho semanas. Todo el personal distrital del programa, así como el de los servicios de salud, reciben un mes de orientación en el ICDS. La supervisión tiene lugar al nivel local, distrital y estatal. Los trabajadores comunitarios son visitados mensualmente por el supervisor de

campo y periódicamente por el personal de desarrollo infantil. Se hacen reuniones mensuales de todos los trabajadores comunitarios, por sector y por distrito, con el personal del programa. El trabajador comunitario envía un informe mensual de progreso al supervisor del distrito.

Focalización. El programa ejecuta sus actividades dentro de distritos focalizados. En la selección de los distritos se da preferencia a los que están poblados por castas o tribus elegibles para el programa, los que están en mala situación económica o a riesgo de sequías, y los que tienen alta prevalencia de problemas nutricionales o un sistema de servicios sociales poco desarrollado. También se da prioridad a las áreas urbanas marginadas. Los distritos a seleccionar se proponen a nivel de cada estado, en consulta con el Comité Distrital de Coordinación, y la selección final se hace a nivel central. Las comunidades y voluntarios para entrenar se seleccionan a nivel de distrito. La entrega de servicios del programa está focalizada en los niños menores de seis años y en las madres embarazadas o en lactancia. Aunque todos los niños y madres que residen en el área geográfica objetivo son elegibles para participar en el programa, los alimentos complementarios se dan a todas la madres embarazadas o en lactancia pero solamente a los niños con desnutrición moderada o severa.

Monitoreo, evaluación y sistema de información gerencial. La información recolectada en el puesto comunitario de salud se envía a los niveles superiores como parte de un informe mensual de progreso que incluye datos sobre infraestructura e inventarios, servicios entregados, datos vitales (nacimientos y muertes), y participación de la comunidad. En el nivel central se prepara un informe trimestral computarizado y se hace retro-alimentación a los estados. Algunos estados, a su vez, retornan la información a los distritos. En los niveles superiores la información se utiliza para el control del proceso de ejecución del programa y para efectuar los cambios y mejoramientos que se requieran. En el nivel local la información se utiliza con fines educativos, aunque no tan efectivamente como en los niveles más altos. Se hace intercambio de información con otros servicios, así como dentro de la división de operaciones. No ha habido un sistema independiente de evaluación dentro del programa. La información proveniente de diversas fuentes se ha juntado para desarrollar cierto nivel de saber colectivo que se ha empleado a través del tiempo como evidencia del impacto del programa.

Auto-sostenimiento. El potencial de auto-sostemiento del programa se ve fortalecido por el apoyo del gobierno al concepto de la integración de servicios para madres y niños, la descentralización en la entrega de servicios y en la toma de decisiones, el gran interés de las comunidades en el programa, y su bajo costo per cápita como porcentaje del total del gasto en salud y en servicios de bienestar familiar (15%). El desafío actual radica en cómo mejorar el proceso e incrementar la cobertura en la entrega de los servicios disponibles. Aún cuando se van a necesitar asignaciones adicionales o reasignaciones de recursos dentro del sector de salud y nutrición, la mayor restricción parece ser la disponibilidad de recursos humanos e institucionales para cubrir las crecientes necesidades de capacitación.

D. El Proyecto Conjunto de Apoyo a la Nutrición (JNSP) en Iringa, Tanzania

Con el fin de enfrentar el problema de la alta mortalidad infantil en Tanzania (190/1000 en 1957 y 127/1000 en 1977), la cual se atribuía a mala salud y desnutrición como resultado de la insuficiente disponiblidad de alimentos, las prácticas inadecuadas de cuidado infantil, y un sistema deficiente de entrega de servicios básicos de salud, el Programa Conjunto de Apoyo a la Nutrición (JNSP) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF, inició conversaciones con el gobierno de Tailandia en 1982. Se desarrolló entonces un plan multi-sectorial integrado cuya ejecución comenzó en la región de Iringa en 1984.

La región de Iringa, con una población estimada de 1.2 millones, fue seleccionada para el programa debido a que tenía ya una base datos de salud y nutrición que facilitaba la planificación de actividades, y era, además, representativa de las diversas zonas agro-ecológicas que se encuentran en Tanzania. El

programa comenzó en 168 comunidades y se extendió a 610 en 1987. El gobierno de Italia ha sido su principal patrocinador, a través de OMS/UNICEF, con un aporte de US $5.66 millones para los primeros cinco años (1983-88). Las contribuciones del país han ascendido aproximadamente a US $70.000, de los cuales el 66% proviene de las comunidades, 21% del gobierno regional, 12% del distrital, y 1% del nivel central.

La utilización de un marco de referencia basado en el análisis de los datos existentes y en discusiones con los líderes locales ha facilitado la adopción de un enfoque consistente e integral. La coordinación se hace principalmente al nivel regional, con la participación de un representante del gobierno central (del Ministerio de Planificación), y está a cargo de personal del Ministerio de Salud, del Centro de Alimentación y Nutrición, de la Oficina de Desarrollo Comunitario, y de UNICEF. Las actividades específicas del programa incluyen campañas nutricionales que se adelantan en todas las comunidades por períodos de tres meses; monitoreo del crecimiento mediante la toma de peso mensual a los niños menores de cinco años, utilizando una gráfica comunitaria de crecimiento; inmunizaciones; preparación de alimentos para el destete; recolección de información básica (estado nutricional y mortalidad infantil); capacitación; y reuniones con las comunidades y con el personal administrativo de niveles superiores con el fin de analizar la información recolectada y tomar decisiones para solucionar los problemas encontrados.

En una evaluación efectuada en 1988 se eoncontró que las actividades del programa han contribuido a lograr un mejoramiento marcado en el estado nutricional y un descenso en las tasas de mortalidad en la niñez. La tasa de desnutrición severa se redujo en un 70%, de 6.3% en 1984 a 1.8% en 1988, y la de desnutrición moderada descendió de 56% a 38%. El éxito del programa se ha atribuido al alto nivel de organización, movilización y participación comunitaria alcanzado, a la utilización de un sistema de información basado en la comunidad para el proceso de toma de decisiones, y al énfasis en la capacitación de personal de todos los niveles de la sociedad en actividades relacionadas con el programa, especialmente en relación con las causas de mortalidad y morbilidad en los niños. Existe también un sólido compromiso político hacia la descentralización y el desarrollo del potencial humano como estrategias básicas para el desarrollo económico y social.

Compromiso político. En concordancia con el énfasis del gobierno en el fortalecimiento y la auto-gestión comunitaria, el programa ha podido contribuir a esta filosofía de desarrollo nacional. La toma de decisiones y la coordinación están descentralizadas, y la Oficina del Primer Ministro sirve como coordinadora nacional del programa. El alto nivel de compromiso político del gobierno se refleja en la asignación tanto de personal como de recursos económicos para las actividades del programa. A través de seminarios periódicos y talleres de entrenamiento, en los cuales participa personal del gobierno, el programa ha logrado desarrollar conciencia y generar un compromiso real hacia el mejoramiento del potencial de la niñez mediante esfuerzos conjuntos para solucionar los problemas.

Participación comunitaria. El programa ha incorporado a todos los sectores de la población, desde los habitantes de las aldeas hasta el personal del gobierno central. La región es el punto focal de coordinación, pero las actividades del programa están focalizadas a nivel comunitario. Los comités ejecutivos del programa se coordinan y trabajan con las organizaciones comunitarias existentes, tales como los Consejos Comunitarios. En las reuniones periódicas se discuten las actividades, se identifican los problemas, y se desarrollan soluciones adecuadas. Se capacitan voluntarios de la comunidad, así como parteras y curanderos, como trabajadores comunitarios de salud. Las comunidades también dan aportes al programa en dinero y en especie. Las mismas comunidades han construido locales, han organizado sistemas de cuidado infantil, han contribuido con alimentos para los programas de alimentación infantil, y han pagado los salarios de los trabajadores comunitarios.

Desarrollo de recursos humanos. El enfoque central del programa es el desarrollo de los recursos humanos. La capacitación incluye todos los niveles de personal, desde los funcionarios del gobierno asignados al

programa, hasta los miembros de la comunidad que toman decisiones y lo ejecutan en sus propias comunidades. El programa ha desarrollado un "Manual Integral de Capacitación" orientado hacia el desarrollo de habilidades específicas, el cual se utiliza para el entrenamiento del personal en atención y desarrollo del niño, salud, y otros temas relacionados. Los miembros de la comunidad seleccionados para su capacitación como trabajadores comunitarios de salud han terminado escuela primaria y reciben seis meses de entrenamiento, incluyendo dos meses de enseñanza teórica intensiva y cuatro meses de experiencia práctica.

Focalización. El programa actualmente cubre solamente la región de Iringa. Sus actividades comenzaron en una pequeña área y después se extendieron hasta cubrir la región completa en 1987. Las comunidades completas se focalizan como una unidad, pero las actividades se concentran en forma específica: las de educación en cuidado y alimentación del niño, en las madres de los niños pequeños; las de generación de ingresos, en las mujeres y adolescentes; las actividades socio-económicas, en toda la familia; y las actividades de nutrición y monitoreo de crecimiento, en las madres y niños menores de cinco años, los dos principales grupos objetivo del programa.

Monitoreo, evaluación y sistema de información gerencial. El sistema de información gerencial está basado en el concepto del "triple círculo", es decir, en el diagnóstico, análisis, y acción, con re-evaluación en cada uno de estos niveles. Este concepto se aplica en los diferentes niveles administrativos, desde el local hasta el regional. Utilizando los resultados de las tomas de pesos mensuales y las estadísticas de mortalidad en la niñez, los trabajadores comunitarios preparan informes trimestrales para discutirlos en los consejos comunitarios. Los consejos analizan los resultados de los informes y determinan las acciones que deben tomarse. Los informes también se envían a los niveles administrativos altos, donde son consolidados y analizados. Se identifican áreas problemáticas o comunidades con problemas, y se toman medidas para solucionarlas. No se recolectó información de base antes de comenzar el programa, sino que se utilizaron los datos del censo general de población de 1978. Los datos recolectados en la campaña de nutrición de 1984 también aportaron información sobre el estado nutricional de los niños menores de cinco años. Estas dos fuentes de información se han utilizado como línea de base para el análisis de los informes trimestrales de los trabajadores comunitarios.

Replicabilidad y auto-sostenimiento. La replicabilidad del programa está fundamentada en la representatividad nacional de la región de Iringa. Se espera que las actividades y las estrategias de operación que han sido efectivas en Iringa serán también efectivas en otras zonas agro-ecológicas del país. Además, en vista de la existencia de la misma organización social y política en todo el país, se espera que la estrategia del programa sea replicable en las demás regiones. Sin embargo, por estas mismas razones, el programa puede no ser fácilmente replicable en otros países.

El auto-sostenimiento del programa se ve fortalecido por las contribuciones que hacen las comunidades y su papel en la toma de decisiones y en la ejecución; por el gran interés que ha despertado en todos los sectores de la población; y por el énfasis en la capacitación de todos los participantes tanto de la comunidad como de la jerarquía administrativa. El potential de auto-sostenimiento del programa está aumentado por el compromiso explícito del gobierno con su política de desarrollo de los recursos humanos, y por la existencia de un sistema de gobierno descentralizado.

El factor limitante más importante es el costo relativamente alto del programa. La gran inversión inicial de recursos limita el auto-sostenimiento, así como la replicabilidad del programa. No se sabe si el nivel actual de supervisión se pueda mantener una vez se terminen los fondos de origen externo. Sin embargo, los costos recurrentes van a ser significativamente más bajos, ya que los costos de expansión del programa dentro de la región de Iringa no fueron tan altos como los de su implantación inicial, y algunos costos podrían ser asumidos por las comunidades.

E. El Programa Pastoral del Niño, Brasil

Este programa, iniciado en 1983 por la Conferencia Nacional de Obispos del Brasil, está enfocado hacia las mujeres y los niños menores de seis años. Las actividades comenzaron a escala piloto en seis comunidades. En 1989, el programa ya se había extendido a 7.454 comunidades en todo el país. El programa utiliza las estructuras existentes en la Iglesia Católica, pero hace remisión de pacientes a los servicios de salud y se financia con fondos del gobierno. El presupuesto total en 1988 fue de US$ 803.320, de los cuales el 80% correspondió a aportes gubernamentales. UNICEF fue la fuente principal de financiación hasta 1987, cuando el gobierno comenzó a financiar el programa a través del Ministerio de Salud y del Instituto de Bienestar Social. Además del gobierno, otras entidades contribuyen al programa (la Legión Brasilera de Asistencia, y Miserior).

Los ejecutores principales del programa son voluntarios de la comunidad o "líderes" que reciben capacitación como agentes de salud. Estos líderes llevan a cabo actividades específicas para mejorar la salud y el estado nutricional de las embarazadas a través de la promoción de cambios en sus prácticas alimentarias empleando complementos de bajo costo localmente disponibles, aplicación de vacunas contra el tétanos, identifición de las madres de alto riesgo utilizando la medida de la circunferencia del brazo, estimulación de la lactancia exclusiva durante los primeros cuatro meses, y educación a las madres en el uso de alimentos locales de buena calidad para el destete (arroz, salvado de trigo, cáscara de huevo molida, hortalizas verdes y frutas).

Los niños son pesados cada mes y los que están desnutridos son objeto de visitas domiciliarias y remisiones. También se adelantan proyectos comunitarios para mejorar el estado de nutrición general, tales como huertos familiares financiados con donaciones del gobierno. Otras actividades incluyen la promoción de soluciones de hidratación oral preparadas en el hogar, inmunizaciones, control de infecciones respiratorias agudas en el hogar, identificación temprana de retardo en el desarrollo, y utilización de plantas medicinales apropiadas y remedios caseros como tratamientos básicos.

Aunque no se ha hecho una evaluación de impacto, hay indicaciones de que el programa está logrando efectos positivos en los grupos objetivo. Los datos de 1988 y el primer trimestre de 1989 indican un descenso en el porcentaje de niños de bajo peso al nacer del 14.1% al 7.4%. También hubo un aumento en la cobertura de inmunizaciones del 51% al 70%. Se observó un ligero incremento en el porcentaje de madres que lactaban exclusivamente a sus niños en los primeros tres meses (65% a 69%). Sin embargo, se han logrado pocos cambios en el porcentaje de niños desnutridos que ganan peso y en el uso de la hidratación oral en las comunidades del programa. Los factores para el éxito aparente del programa incluyen la presencia de una estructura fuerte de la Iglesia en todo el país, los aportes crecientes del gobierno, la utilización de miembros de la comunidad para la prestación de servicios básicos de salud, y la adaptabilidad del programa a las necesidades y restricciones locales.

Compromiso político. Después de comenzar como un esfuerzo estrictamente eclesiástico, el programa ha recibido contribuciones crecientes del gobierno desde 1987. Este fue el resultado de la implantación efectiva de las actividades del programa, especialmente entre los niños de las áreas pobres, y del alto nivel de participación comunitaria. Actualmente el gobierno aporta la mayoría de los fondos y contribuye con donaciones para financiar proyectos comunitarios específicos. El personal del gobierno provee asistencia técnica y atención de salud a los casos remitidos.

Participación comunitaria. La participación comunitaria está enmarcada dentro de los postulados del evangelio, esto es, el amor al prójimo, el compartir conocimientos y enseñar los unos a los otros, el desarrollo de la dignidad humana y el fomento de la auto-ayuda, todo lo cual constituye el eje del programa. A través de sus estructuras, la Iglesia inicia el diálogo con las comunidades para conocer sus necesidades y prioridades. Miembros activos de la comunidad y/o de la Iglesia identifican

mujeres de la comunidad para ser capacitadas como agentes comunitarios de salud o "líderes". La implantación de las actividades comienza con su aceptación por parte de los líderes como un medio para solucionar los problemas locales, y su compromiso para participar. Cada líder se hace responsable de por lo menos veinte familias y es supervisado por el representante del programa en la parroquia. Los grupos existentes en la comunidad, tales como los clubes de madres, colaboran con los líderes en la ejecución de proyectos comunitarios como la crianza de animales y las huertas comunales.

Los factores que limitan la participación comunitaria incluyen la gran movilidad geográfica de las comunidades pobres, el tiempo limitado de que disponen los líderes para dedicarlo al programa, y la costumbre tradicional de las comunidades de recibir ayuda pasiva en vez de iniciar y hacerse responsables de su propio desarrollo.

Desarrollo de recursos humanos. El personal clave del programa son los líderes comunitarios, quienes sirven como agentes educativos y evangélicos, y como organizadores de la comunidad. El líder no es necesariamente alfabeta; si no lo es, utiliza un "ayudante" para manejar los documentos escritos. Este ayudante puede ser un miembro de la familia, generalmente un hermano mayor. El líder es un voluntario motivado por su dedicación y compromiso con los ideales y creencias cristianas. Generalmente es una mujer que recibe entrenamiento durante cinco días como promotora de salud. El entrenamiento lo hace un equipo diocesano en grupos pequeños de cinco a seis participantes. Los líderes también aprenden acompañando a otros con mayor experiencia. La capacitanción en servicio tiene lugar en las reuniones mensuales con el representante del programa en la parroquia, así como en reuniones con otras parroquias y otras diócesis participantes en el programa.

Los coordinadores del programa a nivel diocesano, parroquial y estatal, reciben un salario mínimo. Los coordinadores diocesanos y estatales son generalmente líderes religiosos asignados al programa por sus congregaciones. Los coordinadores reciben una semana de capacitación en salud, así como en liderazgo, administración, monitoreo y organización comunitaria. Los equipos diocesanos de coordinación se reunen anualmente, por regiones, para revisar el programa y planear las actividades del año siguiente.

Focalización. La definición del grupo objetivo del programa se basa en los valores y prioridades de la Iglesia Católica. La Conferencia Nacional de Obispos del Brasil ha decidido asignar a los pobres la mayor prioridad en su trabajo social. El objetivo de reducir la mortalidad infantil y del niño preescolar, y promover el desarrollo de la niñez, ha conducido a dar prioridad a los menores de seis años y a las mujeres embarazadas o en lactancia, aunque el grupo objetivo es siempre la familia como un todo y no el niño en forma aislada. Las actividades educativas del programa se concentran principalmente en la madre.

Monitoreo, evaluación y sistema de información gerencial. En 1988 el programa estableció un sistema computarizado de datos basado en los informes mensuales de los líderes comunitarios. Estos informes son revisados por el representante parroquial del programa y se transfieren a una hoja de monitoreo. El coordinador parroquial envía estas hojas cada mes a la oficina nacional de coordinación, en donde se procesan los datos y se prepara un informe trimestral. A partir de 1989 estos informes incluyen mensajes educativos producidos por computador, los cuales estimulan y refuerzan el buen desempeño de los líderes, señalan las áreas que necesitan mejorarse, y hacen sugerencias sobre acciones concretas.

El programa tiene un banco de datos con los nombres y las direcciones de los participantes, registros de todas las comunidades, datos del número de familias y niños cubiertos, e indicadores de desempeño del programa. Los indicadores que se derivan del informe mensual son los porcentajes de niños que reciben lactancia exclusiva en los primeros meses, que han utilizado hidratación oral para la diarrea, que han sido pesados cada mes, que tienen peso normal, y que están ganando peso, así como la prevalencia de bajo peso al nacimiento, datos de mortalidad, y tasas de inmunización.

Replicabilidad y auto-sostenimiento. El programa se ejecuta verticalmente y su impulso proviene de la Iglesia más que de la comunidad. Su manejo depende de la estructura eclesiástica. La expansión impresionante del programa entre 1983 y 1989 es una evidencia de su replicabilidad dentro de las mismas estructuras de la Iglesia. Otros factores que aumentan la replicabilidad incluyen la promoción de conocimientos y prácticas fácilmente transferibles, su capacidad de respuesta a las necesidades sentidas de las comunidades, y su bajo costo debido a la utilización de personal voluntario. El programa se fundamenta en la fuerte presencia de la Iglesia, lo cual lo hace menos replicable en países en donde ésta no existe o no hay una buena colaboración entre el gobierno y la Iglesia. El auto-sostenimiento del programa se basa en la Iglesia como una fuente de estabilidad y continuidad, así como en el nivel de compromiso demostrado por las comunidades participantes. Los factores que pueden limitar el auto-sostenimiento incluyen la necesidad de apoyo económico para el monitoreo y la evaluación, y el uso de los servicios públicos de salud para las remisiones.

F. El Programa de Control del Bocio Endémico, Bolivia

Este programa de cobertura nacional, diseñado por el gobierno de Bolivia en 1983, comenzó a ser implantado en 1984 con apoyo económico del Programa Conjunto de Apoyo Nutricional (JNSP) de OPS/OMS-UNICEF. El interés del gobierno en diseñar el programa surgió de los resultados de la encuesta de 1982 en niños en edad escolar, los cuales mostraron una prevalencia nacional de bocio del 60.5%; en todas las comunidades encuestadas la prevalencia fue superior al 50%, llegando a 93.5% en algunas areas. El gobierno de Italia, a través del JNSP, dió un aporte inicial de US $333.000 que se incrementó después a US $1.660.000 para el período 1984-89. La mayor proporción de estos fondos se destinó a vigilancia epidemiológica (US $683.400) y a la yodación y control de la sal (US $408.300).

El propósito del programa es el control del bocio endémico mediante el aporte de una cantidad suficiente de yodo en la alimentación diaria. El programa tiene tres componentes principales: vigilancia epidemiológica; producción y mercadeo de sal yodada; y educación y comunicaciones. Dentro de estos componentes las principales actividades han incluído: revisión de la legislación y normas técnicas existentes; instalación de sistemas de yodación en los sitios de producción y en los centros de distribución de sal; establecimiento de una base epidemiológica; y desarrollo de materiales educativos apropiados para mejorar el conocimiento y estimular cambios en el comportamiento. Las primeras intervenciones directas fueron la distribución de lugol a mujeres embarazadas, las campañas nacionales con aceite yodado oral o inyectable, y la distribución de sal yodada a través de los organismos de salud.

Los datos del programa en 1988 mostraron un efecto positivo sobre las tasas de prevalencia de bocio y cretinismo, así como sobre la disponibilidad de sal yodada en la población general. La prevalencia de bocio en los escolares se redujo de 60.5% a 20.6%. La producción de sal yodada aumentó de 1.860 toneladas métricas en 1985 a 18.067 en 1989, como también el número de plantas de producción de sal de 2 en 1985 a 33 en 1989 (28 privadas y 5 cooperativas). Datos transversales revelaron que el 80% de la sal consumida por la población estaba yodada (98% en la zona urbana y 22% en la rural), y que el 83% de la población estaba consciente del problema (57% de los entrevistados citaron a la yodación como un medio de prevención).

Otro logros significativos han sido el desarrollo de tecnologías apropiadas para la producción de sal yodada en bloques, el establecimiento de una Compañía Nacional de Mercadeo de la Sal (EMCOSAL), y la disminución en los costos de producción y mercadeo de US$ 0.75 a US$ 0.10 el kilogramo. Se elaboraron materiales educativos, y se firmaron convenios con el Sistema de Seguridad Social y con el Programa Mundial de Alimentos (PMA) para la distribución de sal yodada.

Compromiso político. A pesar de que el programa no fue iniciado por las comunidades locales, se ha logrado la participación de la población boliviana en las

distintas actividades. Desde el nivel central, donde está localizada la dirección y administración general del programa, hasta las comunidades locales, donde los servicios del programa satisfacen la demanda, se ha generado una participación muy activa mediante el estímulo a la producción, mercadeo y utilización de la sal yodada, y el suministro de aceite yodado y lugol a la población objetivo. La base operativa del programa está en las regiones y utiliza las estructuras y el personal del Ministerio de Salud asignado regionalmente. Este personal, así como los maestros de escuela y el personal auxiliar de salud, se movilizan y capacitan para educar y entregar los servicios del programa. Los miembros de la comunidad involucrados en la producción y venta de sal se han organizado en forma cooperativa, y se ha estimulado la iniciativa privada para promover la yodación de la sal.

Desarrollo de recursos humanos. El entrenamiento se ha concentrado en la entrega de servicios, control de calidad, e incremento de la demanda por el producto. El personal técnico se ha capacitado en métodos de yodación, control del bocio y el cretinismo, y técnicas de mercadeo. Un equipo central compuesto por médicos, ingenieros industriales, economistas, y especialistas en mercadeo, cooperativas y comunicación social, ha recibido entrenamiento en métodos para alcanzar los objetivos del programa, incluyendo el manejo y ejecución de técnicas. Los productores de sal, tanto los privados como los asociados en forma cooperativa, han sido entrenados en métodos de producción y distribución.

El personal de salud, los maestros y los estudiantes de las escuelas normales han recibido entrenamiento a través de cursos cortos y talleres sobre las causas y prevención del bocio y el cretinismo. La población general ha sido objeto de esfuerzos de educación masiva dirigidos a aumentar el conocimiento sobre el bocio y el cretinismo, y a estimular la acciones para prevenirlo y controlarlo. Se han elaborado manuales para el personal de salud y auxiliar, afiches, volantes, historietas, y posters, tanto en las lenguas aborígenes como en castellano. El personal de nivel central ejerce la supervisión revisando periódicamente las actividades regionales, y el personal regional supervisa regularmente las actividades a nivel de distrito, área y sector.

Focalización. En las primeras etapas se focalizaron las regiones y grupos de alto riesgo, pero ahora el programa tiene cobertura nacional. Los grupos prioritarios son las comunidades rurales aisladas, las mujeres en edad reproductiva, y los niños menores de 18 años.

Monitoreo, evaluación y sistema de información gerencial. El sistema de vigilancia epidemiológica y el componente de mercadeo del programa recolectan información sobre la producción distribución y consumo de sal, sobre la prevalencia de bocio, y otros datos relevantes para el monitoreo del proceso y la medición del impacto del programa. La prevalencia de bocio se mide cada dos años en la población en edad escolar. Cada seis meses se recolecta información sobre el contenido de yodo en muestras de orina y de sal en "comunidades centinela". También se recoge información sobre el control de calidad de la sal yodada en las plantas de producción y en los mercados. El personal de salud de cada área interpreta la información proveniente de las comunidades y la transmite a los distritos de salud, a las unidades sanitarias, y al personal del programa. Los análisis se hacen a nivel nacional y la información se devuelve a las comunidades. Se prepara un informe anual que se distribuye dentro del país y se envía a las entidades donantes.

Replicabilidad y auto-sostenimiento. Los factores que aumentan el auto-sostenimiento del programa incluyen el apoyo económico y político del gobierno, la utilización y mejoramiento de los recursos existentes (personal del Ministerio de Salud y productores locales de sal) para la prestación de servicios, el desarrollo de un sistema de auto-financiamiento a través de la venta de sal yodada, y los esfuerzos de educación masiva para incrementar la demanda de sal yodada. La replicabilidad del programa está disminuída por la alta inversión inicial basada en fondos externos. El hecho de que el bocio endémico y el cretinismo tenían una prevalencia alta en todo el país y no solamente en algunas áreas, hace que este tipo de programa sea útil solamente en aquellos

países en donde el problema es de magnitud similar.

G. Programas/Proyectos Presentados en la Sesión de Posters

El Programa de Alimentación a Grupos Vulnerables, Botswana

Este programa se desarrolló en respuesta a la gran sequía de 1982-88 y tiene tres componentes principales: de socorro humanitario; de promoción agrícola; y de suministro de agua. Su estrategia ha consistido en complementar los esfuerzos de socorro con el trabajo para el desarrollo. Además del mejoramiento nutricional directo, el objetivo es crear oportunidades de empleo rural para compensar la pérdida de ingreso debida a la disminución en la producción de alimentos. Utilizando alimentos donados, el programa distribuye un tercio de las necesidades nutricionales de los adultos por medio de raciones para preparar en el hogar, alimenta a niños desnutridos en los centros de salud, y fomenta la generación de ingreso a corto plazo en actividades como el mercadeo del sorgo para los programas de alimentación escolar. Como resultado del programa, ha aumentado la utilización de los servicios de salud y la disponibilidad de agua, y ha disminuido la prevalencia de desnutrición del 30% en 1981 al 16% en 1989.

El Programa Conjunto de Apoyo Nutricional (JNSP), Dominica, St. Vincent y Granadinas

Este programa, patrocinado por OMS/UNICEF, comenzó en los estados de Dominica y de St Vincent/Granadinas en 1984, en respuesta a desastres naturales. La meta es mejorar la salud de las mujeres y los niños mediante el apoyo a la estructura existente de atención primaria de salud. Los objetivos operacionales del programa son: aumentar la capacidad de los Consejos de Alimentación y Nutrición para identificar los problemas; mejorar los conocimientos, actitudes y habilidades de los trabajadores comunitarios y otro personal de salud sobre nutrición en atención primaria de salud; y fortalecer la participación de las comunidades en la solución de sus problemas de salud y nutrición. Los resultados positivos del programa se atribuyen al énfasis en la comunidad y en la unidad familiar, y al incremento en las habilidades y conocimientos de los participantes del programa.

El Programa de Salud Rural "Menos y Mejores", Méjico

En 1982 el Instituto Mejicano del Seguro Social diseñó el programa de salud rural denominado "Menos y mejores". Este programa da prioridad a las intervenciones en salud y reproducción humana, nutrición y auto-suficiencia en la producción familiar de alimentos, y mejoramiento del ambiente rural. El fundamento es un proceso de capacitación que genera participación comunitaria. Se ejecutan las siguientes acciones: entrenamiento de parteras rurales en la prestación de servicios de salud materno-infantil y planificación familiar; capacitación de voluntarios de la comunidad y parteras rurales en acciones específicas para promover la atención en salud; y entrenamiento de los Comités Locales de Salud para identificar, analizar y desarrollar soluciones alternativas a los problemas básicos de salud y nutrición. Se emplea una metodología diagnóstica participativa para evaluar las necesidades y tomar decisiones para solucionar los problemas a nivel de la comunidad.

Proyecto de Manejo Alimentario de la Enfermedad Diarreica, Nigeria y Perú.

Este proyecto de investigación-acción, financiado por la A.I.D., se llevó a cabo en Nigeria y Perú por la Universidad de Johns Hopkins en colaboración con institucines locales de investigación. Fue un esfuerzo multidisciplinario para disminuir el conocido impacto nutricional de la diarrea en los niños mediante el mejoramiento del manejo alimentario de la enfermedad. Con base en los resultados de la investigación, se decidió que la intervención más apropiada sería el desarrollo y promoción de alimentos para el destete mejorados nutricionalmente para ser utilizados durante la diarrea. Conjuntamente con la madres, se desarrollaron modelos de recetas que combinaban alimentos de bajo costo localmente disponibles y culturalmente aceptables, y se hicieron pruebas en la

comunidad para perfeccionar las recetas y evaluar su practicabilidad. También se hicieron ensayos clínicos para evaluar la efectividad de las recetas durante la diarrea. La información sobre estas recetas se diseminó mediante una variedad de materiales educativos previamente probados. Las evaluaciones revelaron que la mayoría de las madres aprendieron las recetas y muchas de ellas las utilizaban para alimentar a los niños durante y después de la diarrea. Se elaboró una "Guía para el Mejoramiento del Manejo Nutricional de la Diarrea", dirigida a planificadores y directores de programas, la cual se divulgó para su uso en países en vía de desarrollo.

El Programa Barangay de Desarrollo Integrado para el Mejoramiento Nutricional de los Pobres Rurales (BIDANI), Filipinas

Este programa considera que la planeación del desarrollo debería orientarse hacia la satisfacción de objetivos nutricionales. Las actividades del programa están dirigidas a factores causales tales como los bajos ingresos, el desempleo, la ignorancia, la escasa disponibilidad de agua e inadecuado saneamiento ambiental, y la deficiente organización y participación comunitaria. Las actividades incluyen la capacitación de los trabajadores comunitarios en extensión y métodos de comunicación, la incorporación de los miembros de la comunidad en la identificación de problemas y el desarrollo de soluciones, y la capacitación de los comités y trabajadores comunitarios de salud en habilidades para mejorar el nivel socio-económico de las comunidades. El éxito del programa se ha atribuido a la participación de una red de instituciones académicas que permite catalizar y mantener sus actividades, y al entrenamiento del personal de las diferentes instituciones de desarrollo para apoyar la ejecución del programa.

Mejoramiento Nutricional en Puerto Rico, 1940-1989

Hace cincuenta años la situación general de Puerto Rico era similar a las condiciones actuales de los países en vía de desarrollo. Desde entonces la disponibilidad y el consumo de alimentos han aumentado consistentemente en forma paralela con el crecimiento económico. Sin embargo, la mejoría en la situación económica y la mayor disponibilidad de alimentos no significaron necesariamente mejor nutrición para toda la población. Se necesitó un enfoque integrado para satisfacer las necesidades básicas de la población. Se estableció un sistema de atención primaria de salud que ayudó a mejorar los patrones de morbilidad y mortalidad. La desnutrición está ahora casi completamente controlada. Sin embargo, la población está experimentando actualmente una transición indeseable del retraso en el crecimiento hacia el sobrepeso y la obesidad. Puerto Rico está cambiando demográficamente de una población joven a una vieja, y los programas compensatorios de bienestar han aumentado substancialmente durante la última década.

El Programa de Producción de Alimentos Complementarios, Zimbabwe

El objetivo del programa es la reducción de la desnutrición en los niños menores de cinco años en comunidades rurales vulnerables nutricionalmente. Los componentes del programa incluyen: vigilancia nutricional; movilización comunitaria; educación nutricional y capacitación de los comités administrativos, los extensionistas comunitarios, y los trabajadores del proyecto; producción comunitaria de alimentos nutritivos; promoción de tecnologías para mejorar la producción, almacenamiento, procesamiento y preparación de los alimentos; alimentación a grupos de niños menores de cinco años; e integración de las actividades de desarrollo comunitario de los diferentes sectores. La implantación del programa ha incluído la evaluación de la situación nutricional; la movilización de la comunidad a través de campañas de concientización; la identificación de proyectos; la producción comunitaria de alimentos; y la alimentación a grupos. La estructura del programa se entrelaza con los Ministerios sectoriales y los Comités de Desarrollo, e incluye un Comité Nacional de Alimentación y Nutrición, equipos de promoción nutricional en las comunidades del proyecto y a nivel provincial, distrital y local, y comités de proyectos.

III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A partir de las presentaciones, comentarios, revisiones y análisis de programas exitosos por parte de los participantes en la Conferencia, y de las discusiones de los diferentes temas a través de los programas, se derivó una serie de conclusiones. El mayor énfasis en algunas de estas conclusiones refleja en parte la experiencia y los intereses específicos de los participantes en la Conferencia. También puede deberse a que algunos temas se analizaron a mayor profundidad que otros.

La conclusión general es optimista. El estado nutricional de las poblaciones pobres en los países en vía de desarrollo se puede mejorar substancialmente a través de programas de desarrollo comunitario con orientación nutricional, siempre que ciertos elementos críticos se incorporen desde el inicio de los programas. Hay una advertencia importante, sin embargo: un mejoramiento significativo en el estado nutricional de la población de un país no puede esperarse solamente como el resultado de proyectos de nutrición, aunque éstos estén bien planeados y ejecutados. Los proyectos de nutrición comunitaria pueden ser útiles con propósitos demostrativos para generar compromiso político, especialmente si tienen una buena relación costo-efectividad y si son replicables y auto-sostenibles, pero nada puede reemplazar el compromiso político de un país y de un gobierno para asegurar el crecimiento económico y el desarrollo social auto-sostenidos y equitativos.

Los participantes en la Conferencia estuvieron de acuerdo en la necesidad de un **enfoque integral** para el mejoramiento nutricional, ya sea incorporando consideraciones y actividades nutricionales dentro de los esquemas generales de desarrollo comunitario, o adoptando un enfoque de desarrollo comunitario en los programas de nutrición. La justificación para un enfoque integral no es solamente la noción de complementaridad de las intervenciones dentro y entre los sectores, sino la necesidad de enfocar los problemas de la pobreza y el subdesarrollo en una forma sistemática e integral. A tiempo que se ha identificado y existe acuerdo sobre una serie de intervenciones nutricionales que deberían incluírse en los programas de desarrollo comunitario y/o en la estrategia de atención primaria de salud, no existe un conjunto único de intervenciones que se puedan considerar apropiadas en la mayoría de los casos. La combinación adecuada debe desarrollarse dentro de la comunidad misma, con base en la identificación de los problemas y en el contexto local específico.

Los participantes estuvieron también de acuerdo en que **la calidad del personal y los métodos de ejecución** de los programas de nutrición son generalmente más importantes que el contenido mismo de las intervenciones. Instituciones o individuos carismáticos que gozan de posiciones de liderazgo y credibilidad en la comunidad tienen las mayores posibilidades de éxito si logran desarrollar procesos apropiados de planificación e implantacion de programas de nutrición y desarrollo comunitario. El compromiso institucional e individual hacia la **auto-gestión de la comunidad**, hacia la búsqueda del bienestar general dentro de un **contexto amplio de desarrollo**, y hacia procesos y metodologías de programación consistentes con dicho enfoque, es esencial para promover el mejoramiento nutricional.

Se identificaron elementos críticos para el éxito de los programas de nutrición comunitaria dentro de cada una de las seis categorías principales.

A. Compromiso político

Un elemento crítico en el éxito de los programas de nutrición comunitaria analizados en la Conferencia ha sido el **compromiso político firme y consistente**, expresado en acciones concretas. Este compromiso es generalmente el resultado de la presión social comunitaria. Para que la comunidad pueda ejercer dicha presión necesita estar organizada y ser capaz de identificar sus propias necesidades, plantear soluciones, y disponer de los recursos, la voluntad y la libertad para implantar las soluciones. El tema de la descentralización del poder y de la operación de los programas generó mucha discusión. Se hizo énfasis en la importancia de la planificación local con participación de la comunidad. A tiempo que

se reconoció que la presión comunitaria para generar compromiso político se puede hacer más efectiva a través de un proceso de **descentralización del poder hacia la comunidad**, se advirtió que este proceso está necesariamente ligado a la ideología política del gobierno. Los sistemas políticos interesados en promover el desarrollo social tienden a impulsar la descentralización y a dar prioridad a la entrega de servicios sociales a las capas más pobres de la población. Esto implica una combinación equilibrada de planeación hacia arriba y hacia abajo, como en Tanzania y Tailandia.

La comunidad científica y los técnicos, especialmente los especialistas en nutrición, tienen un papel decisivo en generar compromiso político hacia el desarrollo social y la nutrición comunitaria. Para este fin deben establecer canales efectivos de comunicación con los altos niveles decisorios para transmitir información científica y técnica relevante, y para hacer conocer las necesidades sentidas de la comunidad. Algunos participantes conceptuaron que la nutrición no debería mezclarse con la política, pero la mayoría no estuvo de acuerdo con esta opinión. Se argumentó que la adopción de una actitud puramente profesional no solamente no se justifica sino que no es factible; evadir influenciar las decisiones políticas implica, en sí mismo, adoptar una posición política e ideológica.

En muchos de los programas analizados los altos niveles de decisión fueron informados, motivados y convencidos de la necesidad de enfocar la alimentación y nutrición como un problema de desarrollo. Esto se logró mediante la acción concertada de la influencia de los técnicos y la presión comunitaria. El proceso se vió facilitado cuando se planteó el concepto multisectorial amplio de las necesidades alimentarias, el cual es más comprensible para los políticos que el limitado concepto de la nutrición. Las **necesidades alimentarias y nutricionales** se conciben más claramente como una prioridad del desarrollo susceptible de planificación nacional a largo plazo y no limitada a un sector en particular, como salud o agricultura. Se reconoció, así mismo, la necesidad de buenos proyectos de nutrición con indicadores medibles y cuantificables para demostrar su efectividad, con el fin de convencer a los políticos y otras personas en niveles altos de decisión.

Los programas de Bolivia y Tanzania demuestran que **los organismos internacionales** pueden jugar un papel importante en influenciar la voluntad política en favor del bienestar nutricional de la comunidad. Estas organizaciones no deberían poner en peligro su papel al tratar de imponer nociones preconcebidas, sobrecargar a los países en desarrollo con programas diseñados centralmente, o crear rivalidades internas por la financiación de proyectos verticales en áreas cercanas a las grandes ciudades.

B. Movilización y participación de la comunidad

Una lección importante de los estudios de caso es que la **movilización de la comunidad para su activa participación** es un elemento indispensable para el éxito de los programas de nutrición. A pesar de que consume gran cantidad de tiempo, la movilización de la comunidad es vital para asegurar su sentido de pertenencia del programa, allanar resistencias a las actividades del programa, y conseguir recursos humanos y materiales necesarios. **Las mujeres y los grupos de mujeres** representan un recurso crítico en este sentido. Otros recursos importantes que han sido involucrados con éxito en la India y el Brasil son los líderes religiosos, los maestros de escuela, y los curanderos u otros agentes tradicionales de salud. La movilización es más efectiva si el concepto de comunidad se extiende en forma amplia incluyendo la comunidad científica, técnica y administrativa, es decir, todos los sectores responsables e interesados en colaborar en los programas de desarrollo. En general, es menos difícil la movilización de comunidades rurales, ya que las urbanas con frecuencia están menos organizadas y son más móviles. La experiencia del Brasil es especialmente importante en este aspecto.

La participación activa se logra **incorporando a la comunidad en todas la fases del programa**, tanto en la planeación como en la ejecución, incluyendo la evaluación de sus propias necesidades, los procesos de toma de decisiones, y la

supervisión, monitoreo y evaluación del programa. Los estudios de caso de la India, Indonesia, Tanzania y Tailandia demuestran que la participación activa se logra mejor a través de un proceso continuo de interacción entre los técnicos y la comunidad para la evaluación de las necesidades comunitarias y la búsqueda conjunta de soluciones. Esto se puede facilitar mediante talleres de trabajo y sesiones de orientación para capacitar a los miembros de la comunidad en la utilización de los recursos locales y en el desarrollo de habilidades técnicas y de liderazgo. Los estudios de caso también demuestran que, cuando se la motiva adecuadamente, la comunidad puede participar efectivamente en la planificación nutricional. La clave consiste en integrar las actividades de nutrición dentro del marco de un **programa global de desarrollo** con el cual la gente se identifica y planifica para ella misma. Generalmente se aprecia mejor un paquete de servicios para el desarrollo de la comunidad (como en el programa ICDS de la India) que los proyectos de nutrición muy focalizados o dispersos que tienden a crear confusión en la comunidad.

C. Desarrollo de recursos humanos

La **calidad de los recursos humanos** responsables de la planeación y ejecución del programa es otro elemento indispensable para el éxito. Los criterios básicos para la selección del personal son su motivación, capacidad de liderazgo, y compromiso de trabajo comunitario. La utilización cautelosa de **voluntarios de la comunidad**, cuando es posible, puede incrementar el sentido de pertenencia comunitaria del programa y representar un valioso recurso. Para trabajar con éxito en la comunidad se necesita una inversión inicial relativamente grande en el desarrollo de recursos humanos, especialmente en **capacitación inicial y re-entrenamiento en servicio**. La combinación de capacitación **en el aula** y entrenamiento práctico **en el campo** es generalmente más eficiente. En Tanzania fueron muy útiles las visitas de personal en entrenamiento a comunidades en donde el programa se había implantado exitosamente.

Hasta donde sea posible, la capacitación debe ser **integral y multi-disciplinaria**, y orientarse al **desarrollo de habilidades y competencias**. La meta consiste en desarrollar la capacidad para involucrarse con la comunidad y ayudarla en la identificación de sus propios problemas y en la búsqueda de soluciones. Cuando la capacitación multi-disciplinaria es muy difícil, resulta más apropiado incorporar componentes nutricionales dentro de las actividades sectoriales de capacitación que intentar un enfoque vertical multi-sectorial. El entrenamiento es más efectivo si se fundamenta en técnicas de educación no formal y se actualiza periódicamente. Los materiales para la capacitación deben desarrollarse localmente, dentro del contexto de la comunidad. Los trabajadores comunitarios requieren desarrollar habilidades para escuchar a la comunidad con una actitud respetuosa, aprender de ella, trabajar con ella y para ella, y ofrecer orientación en vez de simplemente enseñar.

La **capacitación de capacitadores** amerita atención especial, así como la incorporación de contenidos de nutrición dentro del curriculum de las instituciones formales de educación a los niveles primario, secundario y universitario. Es muy importante promover el intercambio de información entre las instituciones formadoras de personal y las que ejecutan programas, y fortalecer la cooperación técnica entre los países en vía de desarrollo. Existe tambien la necesidad urgente de establecer vínculos más estrechos entre los centros de educación superior y la comunidad, y lograr que estos centros se "ensucien las manos" en el trabajo de desarrollo comunitario. Con mucha frecuencia los profesionales entrenados en las universidades tradicionales de los países industrializados enfocan los problemas de desarrollo desde el punto de vista meramente técnico más que en forma práctica, y tienden a resistirse a enfoques integrales como el de la atención primaria de salud.

D. Focalización

La **focalización** adecuada es crítica para mejorar la eficiencia y costo-efectividad de los programas de intervención nutricional. Facilita la mejor utilización de los limitados recursos disponibles mediante su concentración en aquellos grupos o individuos a major riesgo y con mayor probabilidad de beneficiarse. Se requiere un mecanismo específico para identificar, involucrar y hacer

el seguimiento de los **grupos de alto riesgo** en la comunidad. Estos grupos son generalmente los más pobres y están completamente marginados de la sociedad, incluyendo el sistema de atención de salud, y frecuentemente no se pueden alcanzar a menos que se hagan esfuerzos deliberados de proyección de los servicios, por ejemplo mediante visitas domiciliarias sistemáticas. Aunque a menudo es difícil motivar estos grupos para que utilizen los servicios sociales disponibles, los promotores sociales y otro personal, como los líderes religiosos en el Brasil, pueden tener habilidades especiales para ello.

El grado de focalización está determinado básicamente por la disponibilidad de recursos, mientras que las **estrategias, criterios y procedimientos de focalización** más apropiados dependen de los objetivos del programa, de sus intervenciones específicas, y de las condiciones locales. La focalización puede basarse en **criterios geográficos, socio-económicos o demográficos**, y puede ocurrir a nivel de la comunidad, la vivienda o los individuos. Cuando la desnutrición es muy frecuente, la focalización geográfica puede ser suficiente, pero cuando es poco frecuente o dispersa, es posible que haya necesidad de combinar criterios geográficos, de vivienda, familiares, e individuales. Algunas acciones específicas como la educación nutricional deberían dirigirse hacia toda la familia. Algunas intervenciones nutricionales se pueden enfocar en los adolescentes de ambos sexos. Las estrategias de focalización deben ser lo suficientemente flexibles para adaptarse a las necesidades cambiantes y a los cambios en el estado nutricional. Por ejemplo, la focalización individual en los niños utilizando el criterio de peso para la talla puede ser útil cuando la desnutrición aguda es un problema serio, pero no cuando ésta no es frecuente o ya ha sido superada. Siempre que se focalize el programa en las regiones o comunidades más pobres, hay necesidad de asegurar el desarrollo de una infraestructura mínima de prestación de servicios.

E. Monitoreo, evaluación, y sistemas de información gerencial

Un elemento importante para el éxito del programa es el diseño e implantación de un buen **sistema de información gerencial (SIG)** para alimentar continuamente **el monitoreo, la evaluación y la toma de decisiones.** Esto implica un proceso escalonado a través del cual se establece un flujo de información de dos vías (hacia arriba y hacia abajo), con recolección regular de datos confiables, análisis e interpretación oportunos, y retro-alimentación inmediata. El SIG no necesita ser altamente sofisticado y no debe exceder la capacidad de manejo de datos del programa. La base del sistema debe ser una serie mínima de datos e indicadores que pueden ser recolectados, manejados y utilizados por la misma comunidad. Además de la información básica sobre salud y nutrición, incluyendo la que recolecta la misma comunidad (por ejemplo, datos sobre el monitoreo de crecimiento de los niños), es importante hacer uso de la información relevante disponible en otros sectores, tales como las estadísticas nacionales de agricultura, de precios de los alimentos, e información sobre disponibilidad y consumo de alimentos. Se puede considerar también el uso de los datos para evaluaciones periódicas de proceso y de impacto del programa.

El SIG debe ser funcional a todos los niveles, y tener una definición clara del tipo de decisiones que se pueden tomar en cada nivel y de los datos específicos que se requieren para tomarlas. En sistemas descentralizados **el nivel más crítico del sistema es el local** (familia y comunidad). Puesto que la información debe ser utilizada por la comunidad y por los administradores del programa, tanto los trabajadores de campo como la comunidad deben recibir entrenamiento para que puedan tomar decisiones con base en el SIG local de la comunidad. Sin embargo, hay que evitar que los trabajadores comunitarios se conviertan principalmente en recolectores de datos. En los niveles medio o alto del SIG se pueden utilizar sistemas de datos computarizados, pero no en el nivel local, en el cual son más apropiadas las tabulaciones manuales simples. En programas de cobertura nacional, en los cuales el volumen total de información puede resultar prácticamente inmanejable, se pueden utilizar muestras de las comunidades o familias del programa.

F. Replicabilidad y auto-sostenimiento

Finalmente, la replicabilidad y el auto-sostenimiento de un programa son dos elementos estrechamente relacionados. La **replicabilidad** depende del grado en el cual los elementos, metodologías y procesos de implantación del programa son adecuados para las características que se encuentran en otros contextos más amplios. Para ser replicables, los programas se deben diseñar con base en un conocimiento adecuado del macro-sistema del país, así como de la infra-estructura y el contexto socio-cultural de las comunidades. La expansión ambiciosa de proyectos de nutrición de tipo piloto, sin un análisis contextual apropiado y eventuales adaptaciones, está llamada al fracaso, no importa que hayan sido efectivos como proyectos de demostración. Para comenzar a pequeña escala y planear una fase siguiente de expansión controlada se require gran flexibilidad en el diseño del programa que le permita adaptarse a las variaciones locales y facilite el desmonte gradual de la ayuda técnica externa y la continuidad del apoyo técnico de personal del programa a todos los niveles. La valiosa experiencia de Tanzania en este sentido es de particular importancia.

La diseminación efectiva de las estrategias de capacitación y las visitas de intercambio de personal de las áreas potenciales de expansión, pueden facilitar la replicación de programas de demostración efectivos en áreas más extensas. Para asegurar la replicabilidad, es importante también mantener los costos del programa dentro de las posibilidades financieras nacionales y desarrollar tecnología apropiada transferible. La replicabilidad se aumenta cuando se utilizan las estructuras gubernamentales existentes. Los proyectos pilotos financiados con cantidades extravagantes de fondos externos no son replicables en la mayoria de las circunstancias. La replicabilidad del programa puede verse reducida por la introducción de tecnologías sofisticadas que, además, aumentan la dependencia del país. Los países en vía de desarrollo no deberían aceptar proyectos con financiación externa sin antes considerar la capacidad financiera del país para su absorción, replicación y expansión.

El **auto-sostenimiento de resultados positivos** es clave para que un programa de nutrición tenga efecto a largo plazo. Este se puede incrementar mediante: un fuerte compromiso político; el sentido de pertenencia comunitaria y participación activa en todas las fases de planeación e implantación del programa; el desarrollo de una base de recursos capacitada; y el mantenimiento del costo-efectividad del programa a niveles adecuados para la capacidad financiera del país. El auto-sostenimiento deber incorporarse dentro del programa desde su inicio. Cuando se diseña el programa es importante tener en cuenta los recursos, tanto humanos como materiales, disponibles en el país. **Las actividades del programa deben ser sostenibles básicamente con recursos locales.** Es contra-producente crear expectativas no realistas y aceptar donaciones externas que sobrepasan la capacidad económica y de recursos humanos del país para el auto-sostenimiento a largo plazo.

Un program auto-sostenible debe incluír efectiva **transferencia de tecnología** y **utilización mínima de recursos externos**, así como estrategias de recuperación de costos y mecanismos para asegurar la capacitación continua de los trabajadores de campo y el mantenimiento de la operación a un nivel mínimo efectivo. Un buen número de programas a pequeña escala, iniciados bajo presión externa con gran apoyo técnico y financiero del exterior y grandes expectativas tanto de los donantes como de los ejecutores, han desaparecido lastimosamente cuando se ha terminado la financiación externa. Estas son experiencias negativas que generan escepticismo y deterioran el potencial para la futura participación comunitaria en programas de desarrollo.

Los participantes en la Conferencia discutieron ampliamente las ventajas y desventajas de la utilización de voluntarios de la comunidad. El empleo de voluntarios puede disminuír los costos del programa y estimular el sentido de pertenencia del programa en la comunidad, pero puede no ser auto-sostenible a largo plazo. Hubo, sin embargo, un consenso general para concluír que no existe justificación alguna para proyectos de nutrición comunitaria que no sean auto-sostenibles.

Annex 1

V CONFERENCIA INTERNACIONAL DEL FORO INTERNACIONAL DE PLANIFICADORES EN NUTRICION: "ELEMENTOS CRITICOS DE PROGRAMAS EXITOSOS DE NUTRICION COMUNITARIA"

SEUL, COREA DEL SUR, AGOSTO 15 - 18, 1989.

LISTA DE PARTICIPANTES

Dra. Olayinka A. Abosede
Instituto de Salud Infantil y Atención Primaria
Facultad de Medicina
P.M.B. 12003
Lagos, NIGERIA

Sta. Juliet Aphane
Oficial de Nutrición
Ministerio de Agricultura
P. O. Box 162
Mbabane, SWAZILANDIA

Dr. Aree Valyasevi
Profesor y Consultor
Instituto de Nutrición
Universidad de Mahidol en Salaya
Nakorn Chaisri District
Nakorn Pathom 73170, TAILANDIA

Dr. Jaime E. Ariza
Director, Programa de Post-grado en Nutrición
Universidad de Puerto Rico
GPO Box 2156
San Juan, PUERTO RICO

Dr. Suntikitrungruang Chawalit
División de Nutrición, Departmento de Salud
Ministerio de Salud Pública
Devavesm Palace, Sam-Sem Road
Bangkok 10200, TAILANDIA

Dr. Sergio Correu
Jefatura Servicios de Planificación Familiar, IMSS
Mier y Pesado No. 120 Colonia del Valle
Deleg Cuauhtemoc 06760
Código Postal 03100
Méjico, MEJICO

Dr. Carlos H. Daza
Coordinador, Programa de Alimentación y Nutrición
Organización Panamericana de la Salud, OPS
527 23rd Street, N.W.
Washington, D. C. 20070, U.S.A.

Dra. Josefa Eusebio
Director del Programa BIDANI
Facultad de Ecología Humana
Universidad de Filipinas en Los Baños
College, Laguna, FILIPINAS

Dra. Wilma Freire
Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE)
División de Nutrición
Edificio Consejo Provincial de Pichincha, Piso 8
Arenas y Manuel Larrea
Quito, ECUADOR

Profesor Mamdouh K. Gabr
Consejo Arabe para la Niñez y el Desarrollo
162 Tahreer Street
El Cairo, EGIPTO

Dra. Shanti Ghosh
A1/18 Panchshila Enclave
New Delhi 110-017, INDIA

Dra. Tara Gopaldas
Decana, Facultad de Economía del Hogar
Universidad de M.S.
Baroda, 390-002 INDIA

Dra. Adenike O. Grange
Departmento de Pediatria
Universidad de Lagos PMB 12003
Facultad de Medicina
Lagos, NIGERIA

Dra. Sunder Gujral
Profesora de Nutrición
Universidad de M.S.
Baroda, 390-002 INDIA

Dra. Norge W. Jerome
Directora, Oficina de Nutrición
S&T/N, SA-18, Room 411
Agencia para el Desarrollo Internacional
Washington, D.C. 20523, U.S.A.

Sra. Charlotte Johnson-Welch
Nutricionista de Salud Pública
Unidad Internacional de Nutrición, LTS
7222 - 47th Street, Suite 100
Chevy Chase, MD 20815, U.S.A.

Dra. Eileen Kennedy
965 Leigh Mill Road
Great Falls, VA 22066, U.S.A.

Dr. Mushtaq A. Khan
Jefe, Comisión de Planificación Nutricional
Institute of Engineering Building, G-8/1
Islamabad, PAKISTAN

Sta. Hilda Kigutha
Departmento de Agricultura y Economía del Hogar
Universidad de Egerton
P. O. Box 536
Njoro, KENIA

Dr. Benny A. Kodyat
Jefe, Oficina de Nutrición
Dirección General de Salud Comunitaria
Ministerio de Salud
Jl. H.R. Rasuna Said Block S5 Kapling No.4-8
Jakarta 12950, INDONESIA

Dr. Guillermo López de Romaña
Instituto de Investigación Nutricional
Apartado Postal 180191
Lima 18, PERU

Sra. Tshire Olivia Maribe
Nutricionista Jefe
División de Salud Familiar
Ministerio de Salud
Post Office Box 992
Gaborone, BOTSWANA

Dr. José O. Mora
Médico Nutricionista
Unidad Internacional de Nutrición, LTS
7222 - 47th Street, Suite 100
Chevy Chase, MD 20815, U.S.A.

Dra. Calister Mtalo
Directora, Programa WHO/UNICEF JNSP
P.O. Box 413
Iringa, TANZANIA

Dra. Zilda Arns Neumann
Directora, Programa Pastoral del Niño
Rua Pasteur 279
Curitiba, Estado do Parana
CP 80230, BRASIL

Profesor R. Orraca-Tetteh
Universidad de Ghana
Departmento de Nutrición y Ciencias de Alimentos
P.O. Box 134
Legon
Accra, GHANA

Dr. Antonio Pardo
Director, Programa Nacional de Lucha
Contra el Bocio (PRONALCOBO)
Edificio de la Lotería, Piso 8
La Paz, BOLIVIA

Dra. Adeline Wynante Patterson
Directora, Instituto de Nutrición y
Alimentación del Caribe
Universidad de las Indias Occidentales
Kingston 7, JAMAICA

Dra. Gladys Pozo de Beizaga
Directora Nacional de Nutrición y
Alimentación
Ministerio de Salud, Edificio de la Lotería,
Piso 8
La Paz, BOLIVIA

Dra. Virginia C. Rahardjo
Oficina de Salud, Población y Nutrición,
USAID
Jakarta, INDONESIA

Dr. Walter J. Santos
Rua Visconde de Piraja 156, Sala 602
Río de Janeiro, BRASIL

Dra. Eleanor Seumo
Asesora Técnica en Salud y Nutrición
CARE International
B.P. 422
Yaounde, CAMEROON

Sra. Julia Tagwireyi
Directora Nacional de Nutrición
Ministerio de Salud
P.O. Box 8204 Causeway
Harare, ZIMBABWE

OBSERVADORES

Sr. Alan Berg
Banco Mundial S-6067
1818 H Street, N.W.
Washington, D.C. 20433, U.S.A.

Dra. Frances Davidson
Oficina de Nutrición, SA-18
Agencia para el Desarrollo Internacional
Washington, D.C. 20523, U.S.A.

Dr. Peter Greaves
Asesor de Nutrición, UNICEF
3 United Nations Plaza
New York, N.Y. 10017, U.S.A.

Sra. Marcia Griffiths
Presidente, Grupo Manoff
2001 S Street, N.W., Suite 420 Washington,
D.C. 20009, U.S.A.

Dra. Melanie Marlett
Asesora de Políticas de Alimentación y
Nutrición, PPC/PDPR/SP
Agencia para el Desarrollo Internacional
Departmento de Estado, Oficina 3885
Washington, D.C. 20523, U.S.A.

Dra. Bárbara Underwood
Instituto Internacional de los Ojos
Edificio 31, Oficina 6A-17
Institutos Nacionales de Salud
Bethesda, MD 20892, U.S.A.

Dra. Sheila Vir
UNICEF
New Delhi, INDIA

Annexo 2

V CONFERENCIA INTERNACIONAL DEL FORO INTERNACIONAL DE PLANIFICADORES EN NUTRICION: "ELEMENTOS CRITICOS DE PROGRAMAS EXITOSOS DE NUTRICION COMUNITARIA"

SEUL, COREA DEL SUR - AGOSTO 15-18, 1989

A G E N D A

Presidente: Profesor Mamdouh K. Gabr
Coordinador Técnico: Dr. José O. Mora
Relator General: Dra. Eileen Kennedy

Agosto 15	8:00 - 8:30	Ceremonia Inaugural (Salón Camellia)
	8:00 - 8:05	Discurso Inaugural: Gabr
	8:05 - 8:15	Palabras de Bienvenida: Jerome
	8:15 - 8:20	Palabras de Bienvenida: Santos
	8:20 - 8:30	Formato de la Conferencia: Mora
	8:30 - 12:15	Plenaria (Salón Camellia) Moderador: Aree Relatores: Gujral, Seumo, Ariza
	8:30 - 9:00	INDONESIA. Presentación: Kodyat
	9:00 - 9:15	Comentarios: Rahardjo
	9:15 - 10:15	Plenaria
	10:15 - 10:30	Receso
	10:30 - 11:00	TAILANDIA. Presentación: Chawalit
	11:00 - 11:15	Comentarios: Gopaldas
	11:15 - 12:15	Plenaria
	12:15 - 2:00	Almuerzo
	2:00 - 5:45	Plenaria (Salón Camellia) Moderador: Grange Relatores: Chawalit, Eusebio, López
	2:00 - 2:30	BRASIL. Presentación: Neumann
	2:30 - 2:45	Comentarios: Ariza
	2:45 - 3:45	Plenaria
	3:45 - 4:00	Receso
	4:00 - 4:30	BOLIVIA. Presentación: Pardo
	4:30 - 4:45	Comentarios: Daza
	4:45 - 5:45	Plenaria
	6:00 - 8:00	RECEPCION (Salón Lotus)

AGENDA (continuación)

Agosto 16	8:30 - 12:15	Plenaria (Salón Camellia) Moderador: Rahardjo Relatores: Maribe, Neumann, Kigutha
	8:30 - 9:00	TANZANIA. Presentación: Mtalo
	9:00 - 9:15	Comentarios: Tagwireyi
	9:15 - 10:15	Plenaria
	10:15 - 10:30	Receso
	10:30 - 11:00	INDIA. Presentación: Ghosh
	11:00 - 11:15	Comentarios: Gopaldas, Gujral
	11:15 - 12:15	Plenaria
	12:15 - 2:00	Almuerzo
	2:00 - 4:00	SESION DE POSTERS (Salón Lotus)
	4:00 - 4:15	Receso
	4:15 - 6:00	Plenaria (Salón Camellia) Moderador: Ghosh Relatores: Orraca-Tetteh, Correu, Abosede
Agosto 17	8:30 - 10:30	Plenaria (Salón Camellia) COMPROMISO POLITICO Moderador: Daza Relatores: Tagwireyi, Kahn, Freire
	10:30 - 10:45	Receso
	10:45 - 12:45	Plenaria (Salón Camellia) MOVILIZACION Y PARTICIPACION COMUNITA Moderador: Mtalo Relatores: Gopaldas, Eusebio, Pozo
	12:45 - 2:15	Almuerzo
	2:15 - 4:15	Plenaria (Salón Camellia) DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS Moderador: Orraca-Tetteh Relatores: Ghosh, Daza, Aphane
	4:15 - 4:30	Receso
	4:30 - 6:30	Plenaria (Salón Camellia) FOCALIZACION Moderador: Gopaldas Relatores: Mtalo, Kodyat, Santos

AGENDA (continuación)

Agosto 18	8:30 - 10:30	Plenaria (Salón Camellia) MONITOREO, EVALUACION Y SISTEMAS DE INFORMACION GERENCIAL Moderador: Kodyat Relatores: Grange, Maribe, Pardo
	10:30 - 10:45	Receso
	10:45 - 12:45	Plenaria (Salón Camellia) REPLICABILIDAD Y AUTO-SOSTENIMIENTO Moderador: Tagwireyi Relatores: Rahardjo, Kigutha, Patterson
	12:45 - 3:00	Almuerzo
	3:00 - 5:00	Plenaria Final (Salón Camellia) Presidente: Gabr
	3:00 - 3:45	Resumen de las Conclusiones: Kennedy
	3:45 - 5:00	Plenaria
	5:00 - 5:30	Sesión de Clausura (Salón Camellia)
	5:00 - 5:15	Palabras de Clausura: Jerome
	5:15 - 5:30	Palabras de Despedida: Gabr