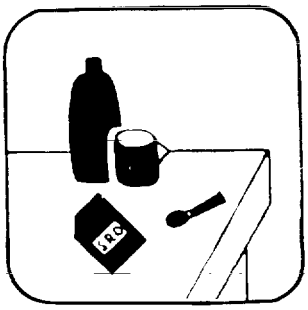
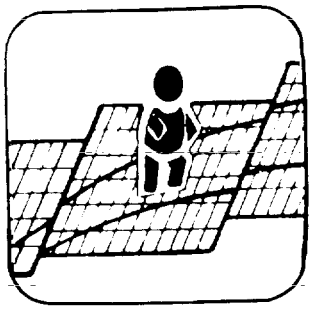
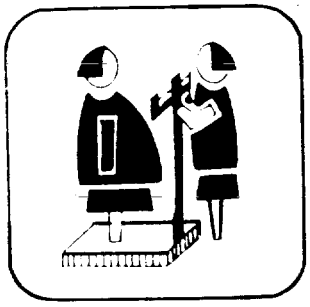
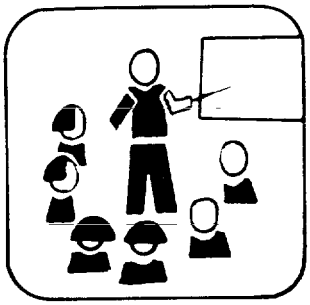




Centro



Regional



de Documentación

sobre Supervivencia Infantil

Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
Apartado Postal 1188 □ Guatemala, Guatemala, C.A.

PAQUETE DE DOCUMENTOS PARA LA XI REUNION DEL

COMITE TECNICO AD-HOC DE SUPERVIVENCIA INFANTIL

EL SALVADOR, JULIO 1988

La reproducción de estos documentos ha sido financiada por la Agencia Internacional para el Desarrollo (Donación ROCAP Nos. 596 - 0104 y 596 0115).

Centro Regional de Documentación sobre Supervivencia Infantil

El Centro Regional de Documentación del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) ha preparado este paquete de documentos para los participantes en el XI REUNION DEL COMITE TECNICO AD-HOC DE SUPERVIVENCIA INFANTIL a celebrarse en El Salvador del 25 al 29 de julio de 1988.

El propósito de este paquete de documentos es:

- Informar sobre el grado de avance de las actividades del Proyecto TRO/MC/EAPS del INCAP

- Informar sobre las actividades ejecutadas por el INCAP para mejorar la organización y funcionamiento de los Programas de Control de Enfermedades Diarreicas, en la Subregión.

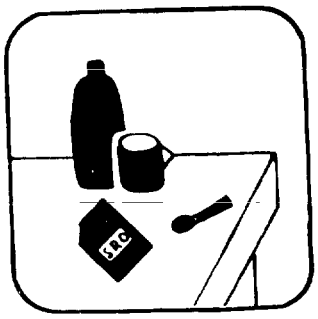
- Compartir documentos técnicos elaborados por el INCAP.

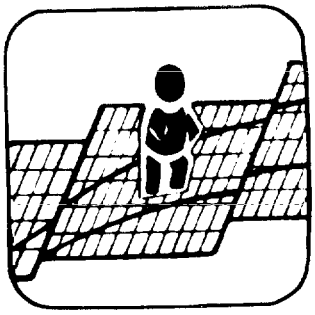
Esperamos que la información enviada sea relevante y de utilidad en el desempeño de sus actividades. Para solicitudes, sugerencias o comentarios, favor dirigirse a:

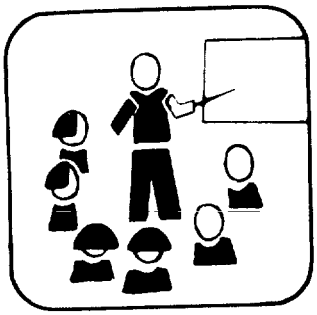
Licda. Verónika M. de Palma
Centro Regional de Documentación
INCAP
Apartado 1188
Guatemala, Guatemala
Centro América

C O N T E N I D O

- Boletín Avances en Supervivencia Infantil Vol. 6(2) 1988
- Guía para los usuarios: Listado de Temas Publicados en el Boletín ASI 1985-1987.
- Proyecto Subregional sobre Terapia de Rehidratación Oral, Monitoreo del Crecimiento y Educación en Atención Primaria en Salud. II Informe Consolidado de Progreso. Período 1985-1987.
- Informe de Actividades Ejecutadas por el INCAP para mejorar la Organización y Funcionamiento de los Programas de Control de Enfermedades Diarreicas de Centro América y Panamá. Período 1985-1987.
- Situación Alimentario-Nutricional de Centro América y Panamá.
- Evaluación de Programas de Salud y Nutrición Materno-Infantil.







-ASI-

AVANCES EN SUPERVIVENCIA INFANTIL

INSTITUTO DE NUTRICION DE CENTRO AMERICA Y PANAMA

Vol. 6 – No. 2

Mayo, 1988

La enfermedad diarreica es una de las principales causas de mortalidad infantil en los países en desarrollo, por lo que se están realizando investigaciones en las áreas de salud, nutrición, antropología, y saneamiento ambiental, entre otras, para buscar alternativas de solución a esta problemática.

De acuerdo a investigaciones antropológicas realizadas en Centro América y Panamá, la madre es quien decide y busca el tratamiento a seguir en caso de enfermedad de cualquier miembro del núcleo familiar. También se ha identificado a la farmacia como uno de los primeros recursos utilizados por la madre en el proceso para recuperar la salud. Tomando en cuenta esta información se propuso realizar un estudio que permitiera recolectar información sobre los farmacéuticos y los usuarios de las farmacias, en relación a:

- Conocimiento, actitudes y prácticas (CAP) que tiene el personal de las farmacias sobre las enfermedades diarreicas y su tratamiento.

LA FARMACIA: RECURSO DE SALUD

En este artículo se analizan los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de farmacia con respecto a la enfermedad diarréica

Christa de Valverde, INCAP

- Grado de utilización de las farmacias por parte de la comunidad como recurso del sector privado para recuperar la salud;
- La interrelación que existe entre proveedores y usuarios a nivel de las farmacias;
- Los medicamentos más usados en el tratamiento de la enfermedad diarreica, y
- El grado de utilización y disponibilidad de Sales de Rehidratación Oral (SRO).

Va a la pág 7

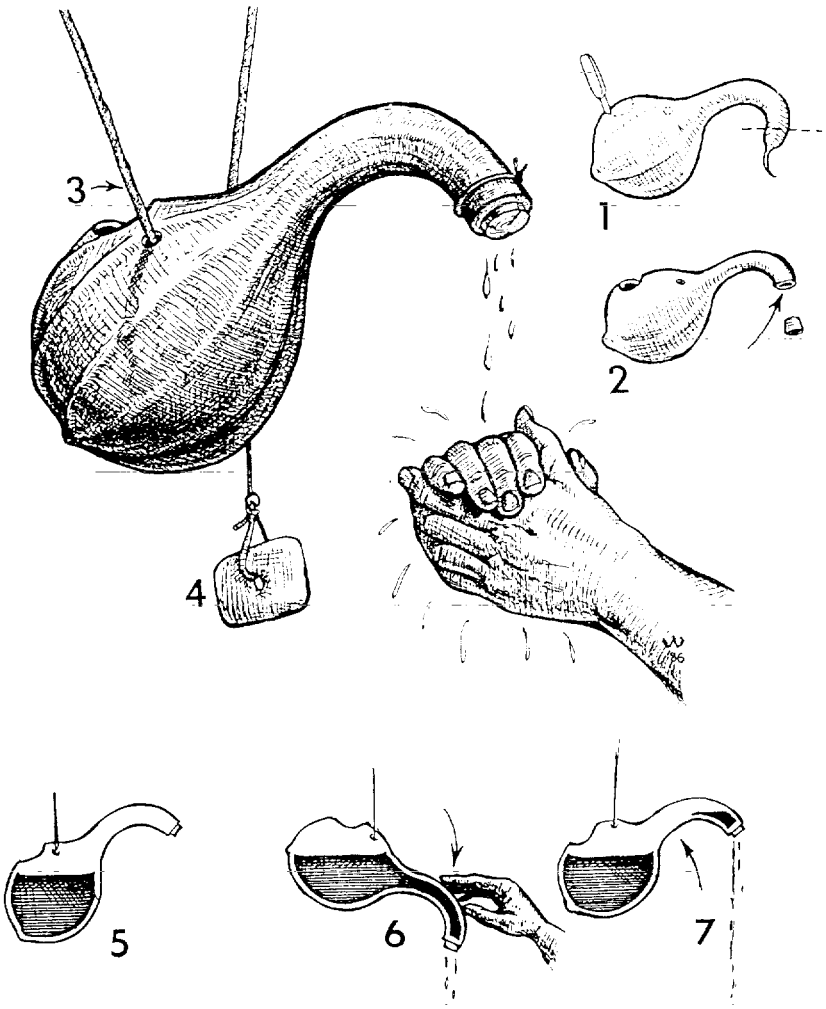
El "Tippy-Tap": Una Técnica Sencilla para el Lavado de las Manos

Traducido de: "The Tippy-Tap: A simple handwashing device" GLIMSE. *International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh Newsletter.* 9(1) 4-5, 1987.

Es bien conocido que las manos sin lavar pueden transmitir patógenos intestinales que causan enfermedades severas. Sin embargo, se requieren varios litros de agua para larvarse las manos en una palangana, por lo que una madre de familia del área rural debería acarrear agua todo el día sólo para que su familia pueda larvarse las manos. En lugares donde el agua es escasa o donde debe traerse desde muy lejos esto es irreal y muchas veces imposible.

Para contribuir a la solución de este problema se diseñó el "tippy-tap", que es una técnica simple que facilita el lavado de manos usando solo 50 ml de agua. Esta técnica es barata y puede colocarse dónde se necesite: cerca de la cocina, de la letrina, en tiendas rurales de alimentos, en patios de las escuelas, especialmente cerca de las letrinas.

A continuación se describen dos modelos de "tippy-taps" pero cada población puede crear sus propios diseños de acuerdo a la disponibilidad de otros materiales.



El Suplemento —ASI— AVANCES EN SUPERVIVENCIA INFANTIL (Antiguo (Suplemento sobre Nutrición Materno Infantil, Lactancia y Destete) constituye un suplemento al Boletín INCAP INFORMA. Es publicado cuatro veces al año por el Centro Regional de Alimentación y Nutrición en Supervivencia Infantil, del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP).

Esta publicación está siendo financiada con fondos de AID/ROCAP (Donaciones Nos. 596-0104 y 596-0115 respectivamente) y cuenta con la asistencia técnica del Centro de Documentación sobre Alimentación Infantil y Nutrición Materna de la Oficina de Nutrición de AID, con sede en la Asociación Americana de Salud Pública (APHA), y del Centro de Tecnologías para Atención Primaria de Salud (PRITECH).

Editora: Licda. Verónika M. de Palma

Comité Editorial: Drs. Luis O. Angel, Hernán L. Delgado, Licda. Magda Fischer, Dra. Rebeca Arrivillaga y Sra. Grace H. de Muñoz.

El contenido de este Boletín puede reproducirse sin ninguna limitación. Se solicita a quienes reproduzcan material, que citen la fuente y envíen una copia a la editora. Las opiniones que contiene este suplemento no necesariamente representan las del INCAP.

Para solicitudes, sugerencias o comentarios favor dirigirse a:

Licda. Verónika M. de Palma
Centro Regional de Documentación
INCAP
Apartado 1188
Guatemala, Guatemala
Centro América

El Tippy Tap de Morro

Este fue diseñado por el Dr. Jim Watt y el señor Jackson Masawi del Centro Rural de la Universidad de Zimbawe del Hospital Howard, en Africa.

Para su fabricación se necesita un morro seco, de cuello largo. La punta del cuello se corta y en el otro lado se hace un agujero lo suficientemente grande para poder hecharle el agua (Dibujo 1). A través de estos dos agujeros se saca cuidadosamente toda la pulpa del morro. Se corta un trozo de madera que se ajuste perfectamente en el agujero del cuello del morro (Dibujo 2), es decir, que permita el goteo de agua al inclinar el morro. Si el

flujo es demasiado lento se puede hacer un corte a lo largo del tapón. La expansión de este tapón puede romper el cuello del morro, para evitarlo, se achica un poco el tapón y se amarra un alambre alrededor del cuello del morro. Se hacen dos agujeros en la base del morro y se pasa a través de ellos una cuerda delgada (Dibujo 3). Los agujeros en esta posición permiten que el mecanismo se incline en posición horizontal cuando está vacío y regrese a la posición vertical cuando está lleno de agua (Dibujo 5). Una barra de jabón (Dibujo 4) puede amarrarse a uno de los lazos de soporte.

Para que funcione, hay que inclinar el "Tippy-tap" (Dibujo 6), lo que hace que se llene el cuello con agua y que salga en un goteo constante. Suelte el "tippy-tap" permitiendo que vuelva a la posición vertical (Dibujo 7). El agua atrapada en la curva del cuello seguirá goteando por varios segundos, lo que permitirá completar el lavado de manos antes de que el goteo pare automáticamente. Cuando se usa fuera de la casa, esto no representa ningún problema, pero cuando se usa dentro de la casa se necesita un recipiente para recoger el agua utilizada y evitar que se derrame. En el área rural el "tippy-tap" es particularmente útil en vista de su técnica de construcción y de operación tan simple.

Tippy-Tap de Plástico

Este fue diseñado por el señor Ralph Garnet y el Dr. Jim Watt en Canadá; inicialmente con el propósito de brindar lavamanos a los excursionistas, pero ha funcionado tan bien que puede ser recomendado para cualquier situación donde haya disponibilidad de envases de plástico.

El envase seleccionado debe tener una capacidad de 300 a 500 ml y debe tener una asa o agarrador. La base del agarrador se calienta cuidadosamente sobre una llama, volteando frecuentemente el envase para calentar el plástico hasta que se suavice, debe tenerse cuidado especial al calentar la parte interna del agarrador. Cuando el plástico está suave se presiona rápidamente con un alicate (Dibujo A) hasta que el plástico quede sellado y se enfríe. Luego con un clavo (de 2 mm más o menos), que también se ha calentado sobre la llama, se abre un agujero justamente arriba de donde se ha sellado el agarrador (Dibujo B). Se abren dos agujeros por donde pase una cuerda delgada, en la otra parte del envase (Dibujo C). En posición tal que el envase se incline 45º cuando está lleno (Dibujo E). Una barra de jabón puede amarrarse de una de las cuerdas de soporte (Dibujo D). En el dibujo se muestra cómo se puede proteger el jabón del sol o de la lluvia con una lata vacía, colocada en la misma cuerda.

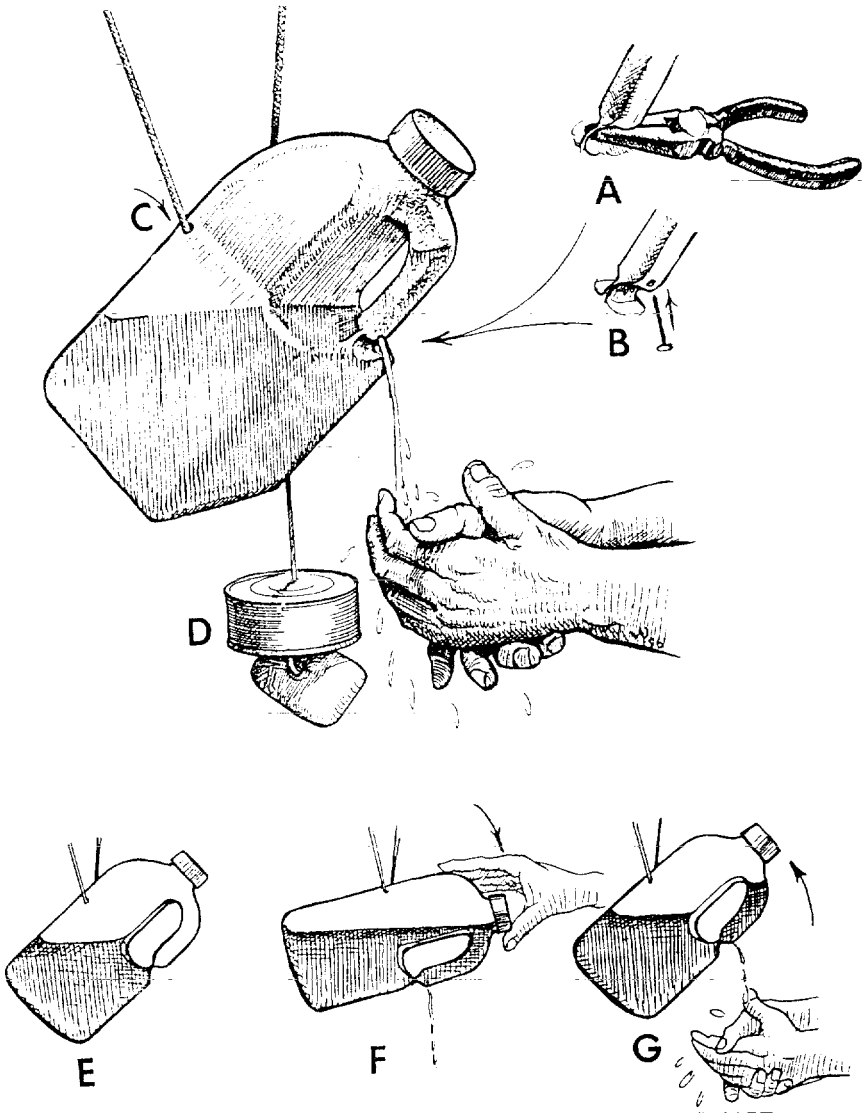
El tippy-tap de plástico funciona un poco mejor que el de morro. Un envase pequeño es suficiente para aproximadamente 30 lavadas de manos, aunque cuando los agarradores son muy pequeños se necesitan dos inclinaciones para un lavado adecuado. Un envase de 4 litros puede brindar más de 100 lavadas de manos, de 15 segundos cada una. Si un envase muy pesado causa mucho desgaste en los agujeros de soporte, se puede usar una cuerda con nudo para colgarlo.

Este tippy-tap ha ganado considerable popularidad entre los escolares y en las áreas rurales de Zimbawe. Si se usa regularmente puede reducir la transmisión de enfermedades contagiosas, incluyendo el cólera.

El tippy-tap de plástico es fácil de construir y manejar. Considerando que hay bastante disponibilidad de diferentes tipos de envase de plástico en los países en vías de desarrollo, con pequeñas modificaciones pueden ser adaptados para su uso.

Para mayor información, dirigirse a:

Dr. Jim Watt
The Salvation Army Children's Village
3004 — 17th Avenue S. W.
Calgary, Alberta
CANADA, T3E OB2



Hallazgos Antropológicos Sobre las Enfermedades Diarreicas

Resumen del estudio realizado en el municipio de Guanagazapa, del departamento de Escuintla, en Guatemala, durante mayo y junio de 1985

Liza Vielman, Antropóloga INCAP

En varias investigaciones de carácter antropológico que se han llevado a cabo en el área rural de Guatemala se ha encontrado que la población concibe a la enfermedad diarreica como una entidad a la cual se le adjudica una etiología y una sintomatología propia de su cultura fuera de los conceptos de la medicina occidental (4, 5, 6, 7 y 9). La presente información, sin embargo, indica que las informantes no conciben a la enfermedad diarreica como una sola entidad, sino que la clasifican en diferentes clases de enfermedades diarreicas las cuales dependen de varios factores. Para comprender cómo se esquematizan las enfermedades diarreicas, este artículo se dividió en las diferentes secciones que se presentan a continuación.

Etiología de las enfermedades diarreicas

La patología de la diarrea según la información recabada gira alrededor de la función del estómago ("lugar donde se coce la comida"). Este es un órgano, en donde se lleva a cabo la digestión, mantiene una temperatura alta y constante la cual puede alterarse por varias causas.

En la época de invierno el ambiente está frío; este frío afecta al estómago actuando como agente etiológico porque quiebra el balance de la temperatura estomacal, lo cual da como resultado "los asientos"*. Cerca del estómago habitan en una bolsa "las lombrices" (3, 7), quienes también reaccionan ante cualquier cambio de temperatura. Las lombrices se "molestan" y salen de su bolsa "alborotadas" causando dolor, diarrea y en algunos casos la muerte. Estos resultados coinciden con el aumento en las tasas de morbilidad por diarrea durante los meses de mayo y junio que es la época lluviosa en Guatemala (1, 2, 8).

El estómago puede reaccionar negativamente "no cociendo la comida" cuando no recibe su comida a un horario estipulado. Esto se puede observar a través de los pedazos de comida que hay en las heces fecales. Las lombrices se alimentan al mismo tiempo en el estómago. Si esto no sucede, se "pueden molestar" y salir de su bolsa "alborotadas".

La mayoría de frutas comestibles están clasificadas como frías y la ingesta inmoderada de éstas puede "desequilibrar" la temperatura del estómago provocándole "asientos" al niño.

Los niños lactantes y los que empiezan a caminar tienen "dos órganos" cuya función se desconoce, pero están íntimamente relacionadas con el proceso de la digestión. Uno de éstos es el "cuajo" que está localizado debajo del estómago. Cuando los niños empiezan a caminar y se caen, éste también "se cae" (se desprende de su lugar) y da como resultado diarrea. Lo mismo sucede con las "varillas" que son unas pequeñas protuberancias o "chichitas" que salen en el paladar o en las encías del lactante cuando se le quita el pezón bruscamente de la boca o se le arrulla mucho.

La "salida de los dientes" está ligada al proceso de digestión. Cuando le empiezan a salir los dientes al niño, le da diarrea, sin embargo, no hay un tratamiento para contrarrestarla ya que desaparece espontáneamente al salirle los dientes.

Signos y Síntomas

Las informantes identifican los signos y síntomas** que presenta un niño con diarrea y que la medicina moderna reconoce como tales, a través de diferentes clases de enfermedades diarreicas. En el Cuadro 1 están enumerados los signos que ellas identifican. Estos se distinguen a través del tipo de las heces fecales, cambios en la estructura física del estómago (región abdominal), cambios físicos en los ojos, calenturas en ciertas partes del cuerpo y desnutrición. Sólo dos de quince informantes reconocieron la palabra deshidratación. El "alboroto de lombrices" es la enfermedad diarreica en la cual el niño presenta signos de deshidratación, pero, las madres no los reconocen como tales.

En el Cuadro 2 se puede observar los síntomas que identificaron las informantes de un niño con diarrea. Cuando se caen las "varillas" y el "cuajo" los niños no sufren de anorexia y esto se debe a que no las consideran como enfermedades diarreicas graves. En el "alboroto de lombrices" que es una enfermedad peligrosa un niño puede morir y presenta todos los síntomas de una enfermedad diarreica grave.

Tratamiento

El tratamiento ocurre a dos niveles. El primer nivel implica un proceso mecánico que consiste en inhibir el síntoma "asientos" (diarrea). En el segundo nivel

* El término local "asientos" es equivalente a diarrea.

** Debido a la variedad de síntomas que indicaron las informantes, estos rasgos se dividieron en signos o sea aquéllos que se pueden medir y en síntomas, aquellos que no se pueden medir.

al niño se le administra una serie de fármacos sintéticos tales como los antidiarreicos, los antiácidos, los antiparasitarios y los antibióticos que a su vez los mezclan con alguna planta que según las informantes tienen cualidades curativas y que tienen la propiedad de ser "frías". Esto se lo administran a los niños en tés, infusiones y "horchatas" . El segundo es a un nivel semántico. La temperatura del estómago está desnivelada y para nivelarla se envía un agente mediador que en este caso es el "frío" de las plantas medicinales. Estas plantas mantienen su propiedad aunque se calienten por medio de procesos físicos, por lo tanto, al ingerirlas la temperatura del estómago vuelve a su normalidad.

Para curar el "alboroto de lombrices" es necesario llevar a cabo una acción retroactiva esto es, "calmarlas", o sea provocar a que regresen a su "bolsa". Esto se hace a través de la aplicación de emplastos con plantas aromáticas y cuyo olor deberá penetrar por el cuerpo y hará que las lombrices regresen a su "bolsa". Las que no entran a la bolsa y se quedan circulando por el vientre se necesita sacarlas. Para esto se le debe administrar al niño algún antiparasitario.

El tratamiento para curar la diarrea por la caída del "cuajo" y de las "varillas" es un proceso físico que consiste en regresar los órganos a su respectivo lugar. A las "varillas" sólo hay que presionarlas hacia su lugar con un dedo untado en aceite. En el "cuajo" se soban las piernas hacia el vientre, la presión hace que este órgano vuelva a su sitio. Al volver los órganos a su verdadero lugar desaparece la diarrea en el niño.

Recursos de Salud

Los recursos de salud utilizados por la población están enumerados en el Cuadro 3. La mayoría de informantes solicitan a los proveedores de salud tradicionales, los cuales se dedican a curar las enfermedades tradicionales, o sea las que no son concebidas por los médicos. Los proveedores tradicionales de salud tienen años de residir en la comunidad o cerca de ella por lo tanto conocen a sus pacientes muy bien y a veces están unidos a ellos por lazos de parentesco, consanguinidad o afinidad. Además están disponibles a cualquier hora del día, lo cual no ocurre con los proveedores modernos de salud. A estos últimos los utilizan para casos de emergencia o bien como último recurso.

Consideraciones Finales sobre las SRO

El suero oral tiene el inconveniente que no puede mezclarse con alguna planta

CUADRO 1

SIGNOS QUE PRESENTA UN NIÑO CON ALGUNA ENFERMEDAD DIARREICA SEGUN LO CONCIBEN LAS INFORMANTES, GUATEMALA, 1985

	Signos \ Enfermedad diarreica	"Asientos"	"Alborotan las lombrices"	"Empacho de comida"	"Se cae cuajo"	"Se caen las varillas"
Heces fecales	COLOR PARTICULAR verde, negro, amarillo	■	■		■	■
	TEXTURA granulados, espumosos, mantecosos, pura agua, aguados, "pozolados"	■		■	■	
	OLOR apestosos, con olor			■		
	LIGAS moco blanco		■			
Estómago	embotado, inflado, ehvientado, suena puro tambor	■	■			■
	frío	■				
	calor en el estómago			■		
Fiebre/Ojos	tristes, descoloridos, hundidos, hondos, blancos, desmayados	■	■		■	■
	calentura	■		■	■	
	calentura de la cintura para abajo		■			
	cabeza y manos calientes		■			
Otro	tórax y piernas frías		■			
	delgada (del cuerpo)	■	■			■
	vómitos	■	■	■		
	inflamación de las "chichitas"					■

■ Signos que presenta un niño con diarrea.

curativa, además tiene que disolverse en un litro de agua, medida que no es muy conocida por la población. La madre no sabe si sirve para quitarle los asientos a su hijo, si es un paliativo o si sirve para sacar lombrices, por lo tanto no lo puede clasificar en ninguno de los tratamientos que conoce. Por otro lado, no se encontró que los proveedores de salud tradicionales lo prescribieran o lo utilizaran.

Los fármacos que utilizan para el tratamiento de la diarrea están disponibles a un precio módico en las tiendas locales y en la farmacia. Si no tienen dinero al ir a efectuar la compra de los mismos, se los dan a crédito, esto no sucede con el suero oral ya que solo en el Centro de Salud está disponible. Los fármacos los conocen a través de vendedores ambulantes de medicinas y anuncios que escuchan por la radio en donde mencionan las cualidades curativas tales como "quitar los asientos", "sacar las lombrices" o bien "calmar el dolor estomacal".

CUADRO 2

SINTOMAS QUE PRESENTA UN NIÑO CON ALGUNA ENFERMEDAD DIARREICA SEGUN LO INDICARON LAS INFORMANTES GUATEMALA, 1985

Enfermedades diarreicas / Síntomas	"Asientos"	"Se alborotan las lombrices	"Empacho de comida"	"Se cae el cuajo"	"Se caen las varillas"
no quiere comer	■	■	■		
náusea	■	■	■		
llora mucho		■			
dolor		■			
gritan		■			

■ Síntomas que presenta un niño con diarrea.

Para que poblaciones con características similares a la estudiada lleguen a utilizar el suero oral sería necesario cambiarle su presentación, darle un color al polvo, y administrarlo en menores cantidades para que la madre lo usara en un vaso o en una taza, además que se pudiera mezclas con otro fármaco o bien con alguna planta que tuviera características medicinales. Debería anunciarse por la radio como se hace con los otros medicamentos para que la población lo pudiera incluir dentro de su cultura. De esta manera el suero podría tener más demanda.

CUADRO 3

MOTIVOS PARA CONSULTAR PROVEEDORES DE SALUD MODERNOS O TRADICIONALES GUATEMALA, 1985

Motivo / Proveedor	le tienen confianza	siempre está disponible	cura enfermedades "tradicionales"	ofrece buen trato	por lo económico	porqué sí le hace efecto el tratamiento	en caso de emergencia	conocen bien su trabajo	por ser profesional	como último recurso
TRADICIONAL										
sobadora/curandera	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
comadrona	■	■	■	■	■		■	■	■	
curandero/brujo	■		■	■			■	■	■	
la madre	■	■	■	■	■		■			
señora que hace sus "cachas"	■		■	■	■	■				
la vecina				■		■				
MODERNOS										
enfermero	■	■	■	■			■	■		
médico (Centro de Salud)						■	■	■	■	■
médico (Hospital Regional)							■	■	■	■
farmacéutico						■	■	■	■	
voceador de medicinas					■	■				
tendero					■					

■ Motivo por el cual se requiere al proveedor.

Niño con faja para evitar que se le vuelva a "caer el cuajo"

BIBLIOGRAFIA

1) Cruz, J. R. *Effect of breastfeeding on diarrheal morbidity.* INCAP, 1987 (En prensa).

2) Delgado, H., V. Valverde, J. Belizán y R. Klein. Diarrheal diseases, nutritional status and health care: Analyses of their interrelationships. *Ecology of Food and Nutrition. 12:* 231. 1983.

3) González, Nancy. Some aspects of childbearing and child rearing in Guatemalan ladino community. *Southwestern Journal of Anthropology. 19:* 420-421. 1963.

4) Logan, M. Digestive disorders and plant medicinals in highland Guatemala. *Anthropos. 68:* 540-541. 1973.

5) Mejía Pivaral, V. Características económicas y socioculturales de cuatro aldeas ladinas de Guatemala. *Guatemala Indígena. 7*(3): 235. 1972.

6) Méndez-Domínguez, A. Illness and Medical Theory among Guatemalan Indians. En: *Heritage of Conquest Thirty Years Later.* Carl Kender, Laurel Bossen, John Hawkings (eds.). Alburquerque: University of New Mexico press. 1983. pp. 268.

7) Rosales, Lydia, Clara Luz Quintanilla y J. Cravioto. Epidemiología popular de las enfermedades prevalentes en el medio rural de Guatemala. *Guatemala Pediátrica. 4:* 61. 1964.

8) Urrutia, J. y L. Mata. Aspectos epidemiológicos, clínicos y etiológicos de la enfermedad diarreica en el niño del área rural. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición. 12* (2): 176-179. 1969.

9) Villatoro, Elba y Elena Hurtado. Informe final de la investigación etnográfica sobre algunos aspectos de salud y nutrición en una comunidad de Huehuetenango. Guatemala; INCAP. 1985. (Mimeografiado).

Viene de la pág. 1

Para realizar esta investigación se utilizó el método etnográfico que consiste en una combinación de observaciones y entrevistas informales y efectuadas a profundidad sobre CAP de los temas de interés.

El estudio se realizó en siete farmacias ubicadas en dos colonias urbano-marginales del Area de Guatemala Sur que presentan los problemas socioeconómicos y de salud comunes en las áreas periféricas de la ciudad capital.

Para recolectar la información se realizaron observaciones durante 3-4 horas diarias distribuídas en cinco días hábiles en cada farmacia, registrando el número de personas que llegaba y el motivo de su visita. Además, se anotaron los medicamentos recomendados por los farmacéuticos, recetados por personal de salud oficial o por médicos privados, así como los medicamentos que se compraron por automedicación, identificándose los prescritos para el tratamiento de la enfermedad diarreica, y se observó la existencia de SRO.

Después del período de observación, se realizaron entrevistas con el dueño y los empleados de cada farmacia (en total 18) con el objeto de obtener información sobre los CAP en relación al tratamiento de la enfermedad diarreica.

RESULTADOS

Entre los hallazgos más importantes de esta investigación se pueden mencionar los siguientes:

Características Generales

Localización — Todas las farmacias estaban situadas en puntos estratégicos: frente al mercado, cerca de clínicas médicas o del Centro de Salud, y donde había bastante afluencia de personas sanas y enfermas.

Personal — En la mayoría de las farmacias trabajan los dueños, quienes son los que recetan y atienden la caja registradora, más dos empleados que despachan y a veces también recetan. El promedio del grado de escolaridad del personal de farmacia (dueños y empleados) alcanza el segundo año básico. Unicamente un dueño había recibido capacitación para trabajar en farmacia.

El promedio de años de trabajo en farmacias es de 19 años para los dueños y 4.9 años para los empleados. En la mayoría de los casos, esta práctica es la única "especialización" informal con que estas personas cuentan.

Conocimientos, Actitudes y Prácticas

Adquisición de Conocimientos — Al preguntarles cómo habían aprendido el oficio de farmacia, 15 de 18 dijeron que en la práctica diaria. La mayor fuente de información sobre medicamentos era, según los entrevistados, los visitadores médicos, aunque especificaron que éstos los visitaban sólo cuando estaban introduciendo medicamentos al mercado.

Tratamiento de la Diarrea

Se encontró que el farmacéutico efectúa el diagnóstico de la causa y del tipo de la diarrea en base a la sintomatología referida por la madre. Así mismo, es en base a este diagnóstico empírico que se efectúa la recomendación del tipo de tratamiento a utilizar (Cuadro 1).

Es interesante observar que *siempre* se receta algún medicamento para tratar la diarrea y nunca se recomienda *solamente* el uso de líquidos o Sales de Rehidratación Oral SRO.

Además se encontró que únicamente cuatro de los 18 empleados de farmacia explican rutinariamente a la madre el diagnóstico, las razones para haber recetado tal medicamento y cómo dárselo.

Deshidración y las Sales de Rehidratación Oral SRO

En relación a los signos de deshidratación, todos los entrevistados mencionaron tres signos juntos, donde el estado nutricional (delgaditos, no quieren comer y débiles) y síntomas tales como privado/desmayado, ojeras, pómulos hundidos, fueron mencionados con mayor frecuencia. La mayoría manifestó que para prevenir la deshidratación debe administrársele al paciente suero oral durante todo el tiempo que dure la diarrea.

Todos conocían las SRO, y en seis de las siete farmacias las vendían, pero únicamente a solicitud del usuario; de otra manera, ellos manifestaron que no las recomiendan a pesar de que reconocen que son buenas y baratas, debido al problema de agua contaminada en la que se preparan.

Promoción de SRO

Se pidió al personal de farmacia que sugiriera formas de cómo promover las SRO. Ellos opinaron que lo mejor sería la prescripción médica, unida a la promoción por radio y televisión. También indicaron que si los farmacéuticos recomendaban las SRO, éstas se venderían más, pero argumentaron que ellos no tenían por qué promover ningún medicamento. Sin embargo, se observó que el sistema de cupones el cual consiste en recibir una cantidad adicional de dinero por la venta de un determinado medicamento, era muy utilizado.

Utilización de Farmacias

En total se observaron 3,277 contactos farmacia-usuarios en 97 horas de observación, lo cual representa un promedio de 34 usuarios por hora en la farmacia. Esto es indicativo del alto grado de utilización que las farmacias tienen y su importancia dentro del patrón de comportamientos de búsqueda de salud.

La Gráfica 1 muestra que en el 80.3°/o de los contactos estudiados, los usuarios llegaron a la farmacia a solicitar un producto automedicado. El 19.7°/o restante de usuarios solicitaron un medicamento en base a: 1) la receta de un médico privado (9.6°/o); 2) la recomendación del farmacéutico (7.8°/o); 3) la receta de un establecimiento público de salud, ya fuera Puesto o Centro de Salud (2.3°/o).

Es importante notar que las solicitudes de medicamentos en base a la recomendación del farmacéutico supera en más de 300°/o a las solicitudes efectuadas en base a la recomendación de un servicio de salud.

La Gráfica 2 ilustra el problema que enfrentó más de un cuarto de los usuarios estudiados para adquirir algún medicamento en las farmacias.

Puede notarse que del total de contactos observados, el 26.4°/o de los usuarios (n 864) no pudo adquirir el medicamento que solicitaba, el 15.1°/o (n 494) debido a que éste no se encontraba disponible en la farmacia y el 11.3°/o (n 370) porque no llevaba consigo el dinero suficiente para comprarlo.

CUADRO 1

CRITERIOS UTILIZADOS POR EL PERSONAL DE FARMACIAS PARA RECETAR MEDICAMENTOS: SIGNOS MENCIONADOS POR LA MADRE

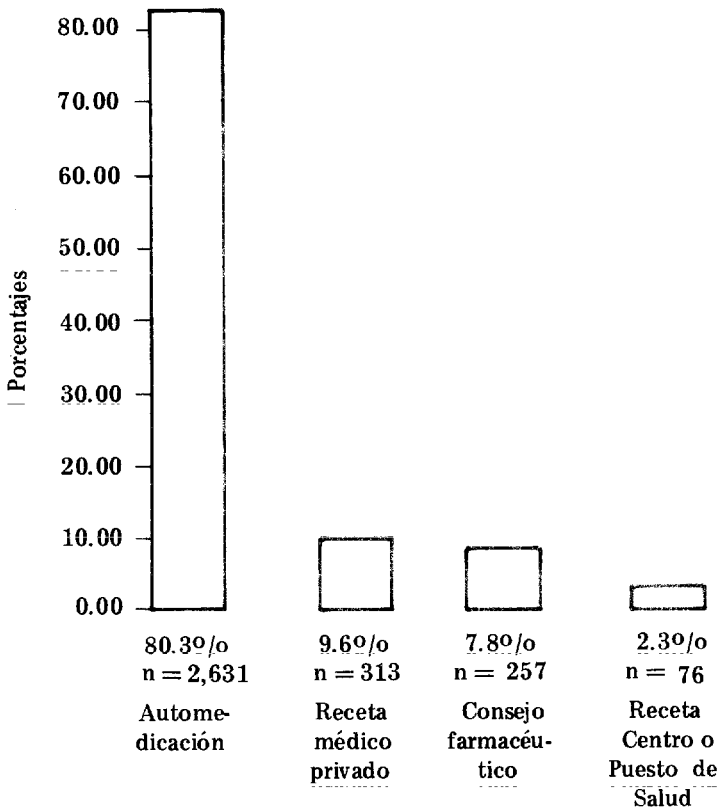
DIARREA

CAUSA/TIPO	"Por Infección"	"Por amebas o Parásitos"	"Por Alimentos o Dientes"
SIGNOS Y SINTOMAS	Fiebre (5)* Dolor (5) Duración (días) (3) Color blanco o verde (2) Consistencia líquida (4) Moco (4) Vómitos (2)	Ligas (4) Consistencia líquida (4) Sangre en las heces (2) Embrocan al suelo (1) Pica nariz (1)	Consistencia semilíquida (4) Color amarillo (1) Alimentos sin digerir (2)
TRATAMIENTO RECOMENDADO	ANTIBIOTICO	ANTIAMEBIANO O ANTI-PARASITARIO	ANTIDIARREICO

* Número de veces que lo mencionaron.

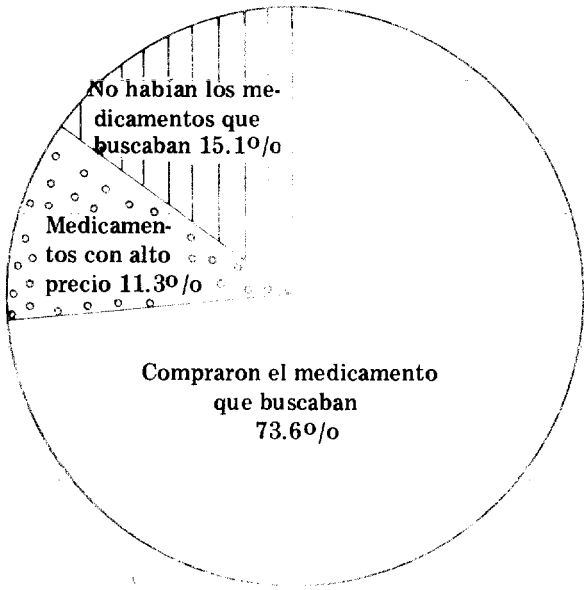
GRAFICA 1

DISTRIBUCION DE USUARIOS OBSERVADOS SEGUN FORMA DE ADQUISICION DE MEDICAMENTOS



GRAFICA 2

ACCESIBILIDAD Y DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS



Conclusiones

Estos resultados señalan que la farmacia constituye, después del hogar, uno de los primeros recursos de consulta médica utilizados por la comunidad en el proceso de la búsqueda para recuperar la salud. Las razones para ello son su accesibilidad, atención rápida y gratuita y el horario de atención que se ajusta a las necesidades del usuario.

La mayoría de los dueños y empleados de las farmacias no ha recibido capacitación relacionada con el tratamiento de la enfermedad diarreica, por lo que se maneja de manera empírica.

El diagnóstico se hace en base a la sintomatología descrita por la madre y no en base a un examen clínico o de laboratorio.

Se encontró una marcada relación entre el diagnóstico de la causa y el tipo de diarrea con el medicamento que el farmacéutico recomienda utilizar, el cual es uno que está disponible en ese momento en su farmacia. Generalmente los medicamentos recomendados son antidiarreicos, antiparasitarios o antibióticos.

Las recomendaciones del farmacéutico van *siempre* encaminadas a tratar la supuesta causa de la diarrea en lugar de prevenir la deshidratación.

Recomendaciones

Los resultados obtenidos sirvieron para desarrollar una metodología de capacitación rápida y eficaz, que permita al personal de farmacia manejar la enfermedad diarreica y la terapia de rehidratación oral correctamente, y al mismo tiempo que sea motivadora y aplicable. Esta recomendación se hace ya que estas personas poseen las características de infundir confianza en la comunidad y brindan sus servicios en forma continua y casi permanente.

También sería recomendable que las compañías que producen o distribuyen las SRO en el país capacitaran correctamente a los visitadores médicos sobre el uso y efectividad de las mismas.

Que la distribución de SRO no se limitara únicamente a los establecimientos de salud institucionalizados, sino que se hiciera extensiva a las farmacias.

Que para motivar al personal de farmacia a vender las SRO, éstas fueran incluidas en el sistema de promoción por cupones. ■

De Nuestra Colección

Los siguientes documentos están disponibles en el Centro Regional de Documentación y pueden ser solicitados gratis. En caso contrario, mencionados a donde deberán dirigirse.

- Folleto "Lo que todo trabajador en salud debe saber sobre los asientos y su tratamiento". INCAP, Guatemala, 1987, 17 p.

Este folleto está dirigido a personal auxiliar de salud, el contenido se presenta en forma de preguntas y respuestas y está dividido en cuatro secciones identificadas por páginas de diferente color para facilitar la localización de los temas. Este folleto se acompaña de un audiocassette, ambos con los mismos mensajes. Este material educativo es un complemento a "Lo que toda mamá debe saber sobre los asientos".

- Memorias del Taller Sub-regional de Integración Docente Asistencial. OPS/OMS, PASCAP, INCAP, UNICEF. Guatemala, 25-27 de mayo, 1987.

Este documento contiene el resumen de las actividades desarrolladas en el taller y el producto de las deliberaciones que condujeron al planteamiento de una propuesta de integración docente-asistencial y un plan de acción por país.

- Serie de Monografías sobre Investigación Operacional, elaborados por PRICOR, Maryland, 1986.

El propósito de estos documentos es asistir a investigadores de los países en vías de desarrollo, que estén interesados en conocer más a fondo la metodología de la investigación operacional, para aplicarla a sus programas de atención primaria de salud. La serie está compuesta por cinco monografías:

— Documentos sobre metodologías:

1. Métodos de Investigaciones Operativas: Una metodología General aplicada a la Atención Primaria de Salud.
2. Métodos de Investigaciones Operativas: Análisis de Costo-efectividad.

— Documentos sobre temas específicos:

1. Temas para las Investigaciones Operativas: Financiación Comunitaria.
2. Temas para las Invesgigaciones Operativas: Trabajadores Comunitarios en Salud.
3. Temas para las Investigaciones Operativas: Organización Comunitaria.

Estos documentos están disponibles, en español e inglés, libre de costo para los residentes en países en desarrollo. Pueden ser solicitados a:

PRICOR
Center for Human Services
5530 Wiscosin Avenue, Suite 1600
Chevy Chase, Maryland 20815

- Tratamiento del Niño con Infección Respiratoria Aguda. Elaborado por la Organización Panamericana de la Salud, Washington, 1987. 122 p. (Serie PALTEX para Técnicos Medios y Auxiliares No. 15).

Este manual contiene información básica para personal de salud a nivel técnico y auxiliar sobre la infección respiratoria aguda. Se divide en dos módulos: Tratamiento del Niño con Tos y Tratamiento del Niño con Infección de Oído, Nariz y Garganta. Cada módulo está presentado en subtemas, brindando información específica y ejercicios prácticos para cada uno de ellos.

Eventos

- II SEMINARIO TALLER SUBREGIONAL SOBRE SUPERVIVENCIA INFANTIL Y NUTRICION EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD

En el mes de julio de 1988 se celebrará en El Salvador la Segunda Reunión Subregional sobre Supervivencia Infantil y Nutrición en Atención Primaria de Salud con la participación de representantes de los países de Centro América, Panamá, Belice y de OPS/OMS, INCAP, UNICEF, AID/ROCAP, la CEE y el Fondo de Ayuda Italiana (FAI). El propósito de esta reunión es revisar el grado de avance de las actividades de supervivencia infantil y reforzar los esfuerzos de cooperación interagencial. Se han dado los lineamientos generales para la preparación de documentos-país que serán presentados en esta reunión.

- REUNION DE EXPERTOS EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO

OPS e INCAP están organizando para el mes de agosto de 1988 una reunión internacional de Expertos en Crecimiento y Desarrollo. El propósito de esta reunión es unificar criterios en diferentes aspectos relacionados a patrones y estándares antropométricos de referencia. Se ha propuesto revisar, entre otros, los siguientes temas:

— Uso de información antropométrica para evaluar el estado de nutrición de escolares y adolescentes.

— Utilización de información antropométrica recolectada en el primer nivel de atención.

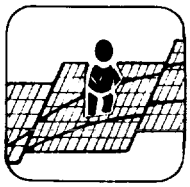
Esta reunión se llevará a cabo en la sede del INCAP. Para mayor información dirigirse a:

Dr. Juan Rivera
INCAP
Apartado Postal 1188
01901
Guatemala, Centro América

GUIA PARA LOS USUARIOS:
LISTADO DE TEMAS PUBLICADOS EN EL BOLETIN AVANCES EN SUPERVIVENCIA INFANTIL DE FEBRERO 1985 A DICIEMBRE 1987

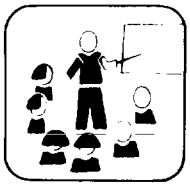
Hemos elaborado este índice cumulativo que contiene los temas publicados en el boletín Avances en Supervivencia Infantil —ASI—, de 1985 a la fecha. Para mayor facilidad, han sido clasificados por tema y subtema, indicándose el volumen, número, mes y año en que fueron publicados y el número de página donde empieza el artículo. Así mismo hemos identificado el país que generó dicho artículo, colocando entre paréntesis las siglas que identifican los diferentes países de la sub-región:

Guatemala	(GUA)
Costa Rica	(COR)
El Salvador	(ELS)
Honduras	(HON)
Nicaragua	(NIC)
Panamá	(PAN)
República Dominicana	(DOR)



Es importante aclarar que los temas publicados en el Vol. 3, correspondiente a 1985, aparecen en el "Suplemento Sobre Nutrición Materno-Infantil, Lactancia y Destete", pues no fue sino hasta 1986 cuando se cambió el nombre del suplemento a ASI.

Esperamos que esta guía facilite la localización de los temas de interés de nuestros usuarios.



GUIA PARA LOS USUARIOS: TEMAS PUBLICADOS EN EL BOLETIN ASI DE FEBRERO 1985 A DICIEMBRE 1987. GUATEMALA, ENERO 1988

TEMA Y SUBTEMA	PUBLICADO EN			
	Vol.	No.	Mes y año	Página
CONTROL DE ENFERMEDADES DIARREICAS				
— Algunas intervenciones generales para reducir la morbilidad por diarrea en menores de cinco años	3	2	Abril 1985	2
— Prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas	3	2	Abril 1985	3
— Mezclas caseras para rehidratación oral	3	4	Agosto 1985	2
— Tratamiento de la diarrea: El uso de medicamentos	3	4	Agosto 1985	4
— Interacción entre diarrea y malnutrición	3	6	Diciembre 1985	1
— Diez puntos que recordar para tratar la diarrea en casa	3	6	Diciembre 1985	4
— Preguntas y respuestas sobre rehidratación oral	4	2	Abril 1986	3
— Principios de la absorción de agua y electrolitos de las sales de rehidratación oral	4	4	Agosto 1986	1
— Para la preparación de sales de rehidratación oral ¿agua hervida o sin hervir?	5	2	Febrero 1987	4
— Análisis de sales y soluciones de rehidratación oral	5	4	Agosto 1987	1
— La enfermedad diarreica y la infección respiratoria aguda en áreas rurales de Guatemala (GUA)	5	6	Diciembre 1987	1
LACTANCIA MATERNA				
— Ama. . . . Más — Promoción de la lactancia (HON)	3	1	Febrero 1985	1
— El papel del personal de enfermería en la promoción de la lactancia natural	3	5	Octubre 1985	1
— Situación actual de los programas nacionales de lactancia natural en la región. I	4	1	Febrero 1986	4
— Situación actual de los programas nacionales de promoción de la lactancia natural II	4	3	Junio 1986	4
— Experiencia en la promoción de la lactancia materna en la Caja del Seguro Social de Panamá (PAN)	4	3	Junio 1986	3

TEMA Y SUBTEMA	PUBLICADO EN			
	Vol.	No.	Mes y año	Página
— Lactancia materna un regalo para toda la vida (GUA)	4	5	Octubre 1986	1
— Lactancia natural para niños con malformaciones físicas y neurológicas	4	5	Octubre 1986	3
— Preguntas y respuestas sobre lactancia materna	4	5	Octubre 1986	4
— Promoción de la lactancia materna entre las madres trabajadoras de Panamá (PAN)	5	1	Febrero 1987	6
NUTRICION Y SALUD MATERNA				
— Normas básicas para la atención prenatal	3	1	Febrero 1985	2
— Uso de medicamentos durante el embarazo	3	5	Octubre 1985	4
— Midiendo el estado nutricional de la madre y el crecimiento fetal	3	3	Junio 1985	1
— Algunos elementos del parto psicoprofiláctico (COR)	4	3	Junio 1986	1
— Historia clínica perinatal simplificada	5	1	Febrero 1987	4
— Relevancia del bajo peso al nacer	5	3	Junio 1987	1
— ¿Quieren las madres a sus hijos cerca después del parto? (GUA)	5	5	Octubre 1987	1
ALIMENTACION INFANTIL				
— Alimentación del niño en el primer año de vida	3	3	Junio 1985	2
— Mejorando los alimentos de destete	3	3	Junio 1985	2
— Alimentos recomendados para complementar la lactancia natural	3	5	Octubre 1985	3
— Factores que influyen en el destete de los niños guatemaltecos (GUA)	4	1	Febrero 1986	1
— Prácticas alimentarias de un grupo de niños guatemaltecos durante y después de la diarrea (GUA)	5	2	Abril 1987	3
MONITOREO DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO				
— Monitoreo del crecimiento: consideraciones generales	3	2	Abril 1985	1

TEMA Y SUBTEMA	PUBLICADO EN			
	Vol.	No.	Mes y año	Página
— Aplicación práctica del monitoreo del crecimiento y del estado nutricional en áreas urbanas de Guatemala (GUA)	3	6	Diciembre 1985	5
— Utilización de la información generada del Primer Censo de talla de escolares de primer grado de Panamá (PAN)	4	2	Abril 1986	4
— Monitoreo del desarrollo integral del niño (COR)	4	6	Diciembre 1986	3
— Cambios de retardo en talla en los cantones de mayor prevalencia en Costa Rica. 1979-1985 (COR)	5	4	Agosto 1987	6
CAPACITACION Y EDUCACION EN SALUD				
— Educación y formación de personal de salud en materia de lactancia materna	3	3	Junio 1985	3
— Algunos métodos de entrenamiento de personal voluntario de salud	3	6	Diciembre 1985	2
— Cómo planificar actividades educativas con la comunidad	4	4	Agosto 1986	4
— Producción y validación de material educativo dirigido a madres hospitalizadas (GUA)	5	1	Febrero 1987	1
— Formación de parteras tradicionales o comadronas	5	3	Junio 1987	4
— Con madres y para madres: una investigación y un producto (GUA)	5	4	Agosto 1987	3
— Antropología y educación: La experiencia de El Salvador (ELS)	5	6	Diciembre 1987	3
— Curso para formación de educadores en salud (PAN)	5	6	Diciembre 1987	5
VARIOS				
— Estudios antropológicos aplicados a la salud y a la nutrición (GUA)	3	4	Agosto 1985	1
— Hojas técnicas para personal de salud	4	1	Febrero 1986	2
— Seminario-Taller Subregional sobre Supervivencia Infantil en Atención Primaria de Salud	4	2	Abril 1986	1
— Componentes de investigación del Proyecto Regional de TRO, MC y EAPS del INCAP	4	4	Agosto 1986	3
— ¿Qué es Supervivencia Infantil?	4	6	Diciembre 1986	1

TEMA Y SUBTEMA	PUBLICADO EN			
	Vol.	No.	Mes y año	Página
— La investigación antropológica al servicio del equipo de salud (PAN)	4	6	Diciembre 1986	6
— Algunos aspectos antropológicos sobre salud y nutrición en cuatro comunidades de la República de El Salvador (ELS)	5	2	Abril 1987	1
— Estado de nutrición infantil en Centroamérica y Panamá	5	3	Junio 1987	2
— Acerca de la elaboración de normas	5	5	Octubre 1987	3
— Guatemala realiza encuesta de salud materno-infantil (GUA)	5	5	Octubre 1987	5

PROYECTO SUBREGIONAL SOBRE TERAPIA DE REHIDRATACION ORAL, MONITOREO DEL CRECIMIENTO Y EDUCACION EN ATENCION PRIMARIA EN SALUD

APOYO A LAS ACTIVIDADES DE ALIMENTACION Y NUTRICION EN SUPERVIVENCIA INFANTIL EN CENTRO AMERICA Y PANAMA

II INFORME CONSOLIDADO DE PROGRESO

PERIODO 1985 - 87

Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá

(INCAP)

El proyecto es financiado con fondos de la Agencia para el Desarrollo Internacional (US/AID/ROCAP), SIDA (Gobierno de Suecia); OPS/OMS y propios del INCAP

CONTENIDO

I. INTRODUCCION

II. ANTECEDENTES

III. OBJETIVOS

IV. INFORME ANUAL 1987

I. INTRODUCCION

Ubicado dentro del marco del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud, especificamente en el Area de Superviviencia Infantil, el presente proyecto tiene como propósito principal contribuir a la disminución de la mortalidad infantil en la subregión centroamericana, a través de la promoción, apoyo a la implementación y evaluación de acciones especificas de salud materno-infantil (control de enfermedades diarreicas y terapia de rehidratación oral, monitoreo del crecimiento y desarrollo, prácticas adecuadas de alimentación y educación en salud y nutrición).

La ejecución del proyecto ha estado orientada dentro de un esfuerzo de coordinación que pretende darle coherencia al apoyo que las distintas agencias (OPS-UNICEF-INCAP) ofrecen a los paises en esta área prioritaria. En función de ello, el proyecto ha sufrido modificaciones estratégicas en la orientación de sus componentes programáticos, en busca de una mejor respuesta a los requerimientos de cooperación por parte de los paises.

En sus tres primeros años de ejecución, las acciones han estado enmarcadas en cuatro componentes programáticos que son 1) Promoción del desarrollo e implementación de planes y estrategias en salud materno-infantil; 2) apoyo a la formación de recursos humanos; 3) fortalecimiento del sistema de entrega de servicios y del sistema de información; 3) fortalecimiento de la capacidad del personal profesional, subprofesional, de trabajadores comunitarios y de la educación a la población; 4) aumento de la disponibilidad de información cientifico-técnica; 5) control de calidad de las sales de rehidratación oral y laboratorio de referencia de diagnóstico de

poliomielitis.

En enero de 1986 se desarrolló en la ciudad de Antigua Guatemala, en Guatemala, un Seminario-taller sobre Supervivencia Infantil, con la participación de funcionarios nacionales y de las agencias participantes. En esa oportunidad se identificaron los siguientes proyectos subregionales del plan: 1) Apoyo al manejo gerencial de los programas de salud materno-infantil; 2) educación para la salud; 3) formación y capacitación de recursos humanos; 4) monitoreo y evaluación; y 5) investigación aplicada y básica. El INCAP participa en los diferentes proyectos, con énfasis en la formación de recursos humanos, el de monitoreo y la evaluación y en las investigaciones básicas y operacionales. El apoyo a los programas nacionales lo hace a través del eje programático de cooperación técnica de Alimentación y Nutrición en los programas de salud materno-infantil y en los programas de capacitación y educación permanente sobre la base de programas anuales con evaluación y ajustes cada cuatro meses.

II. ANTECEDENTES

El presente proyecto inició sus actividades en enero de 1985 y sus actividades se concentraron en la planificación y la promoción del mismo. Con ese fin se estableció comunicación con todas las agencias internacionales de cooperación en salud en la región de Centro América y Panamá, incluyendo el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Población (UNFPA), la Agencia Internacional pra el Desarrollo y la Oficina Regional de la misma para

Centro América y Panamá (AID/ROCAP) y el Programa de Adiestramiento en Salud para Centro América y Panamá (PASCAP), así como otras de cooperación bilateral. El contacto con las agencias y los países de la subregión permitió conocer en mayor profundidad los esfuerzos coordinados que los países y las agencias estaban desarrollando a nivel subregional como parte del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud para Centro América y Panamá. Una de las áreas prioritarias en este Plan era la de Supervivencia Infantil, que contaba con el apoyo de la OPS/OMS y del UNICEF.

Los objetivos generales del Plan de Supervivencia Infantil en la subregión son los siguientes:

Generales:

Contribuir a una mejora sustancial de la salud, del desarrollo físico y psicosocial de la población menor de cinco años de Centroamérica y Panamá.

Específicos:

1. Reducir la mortalidad infantil a menos de 50 por 1000 en todos aquellos países donde excede esa cifra, y mantenerla o mejorarla en aquellos países donde es más baja.

2. Reducir en un 50 por 100 la tasa de mortalidad de niños entre uno y cinco años en el Istmo Centroamericano.

3. Eliminar las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas como causa principal de muerte en bebés y niños en edad prescolar.

4. Eliminar la mortalidad y reducir la morbilidad causada por

enfermedades que pueden evitarse con la vacunación.

5. Reducir en un 50 por 100 el porcentaje de niños nacidos con poco peso en el Istmo Centroamericano.

6. Mantener la frecuencia de la lactancia materna en la población rural y fomentarla en las zonas urbanas.

7. Extender el uso de la tarjeta de control de salud al 70 por 100 de los niños menores de un año, o al 50 por 100 de los niños entre uno y cuatro aós.

Varios de los objetivos identificados en este Plan de Supervivencia Infantil coinciden con los estipulados para el proyecto, que el INCAP iniciaba a nivel de la subregión. Dado lo anterior y luego de múltiples consultas con autoridades y funcionarios de los Ministerios de Salud de la región, se estrecharon los lazos de coordinación interagencial con la OPS/OMS, PASCAP, UNICEF, UNFPA, AID y otras agencias de cooperación bilateral, a nivel de los paises de la subregión. En este sentido, acuerdos y cartas de entendimiento interagencial se firmaron en varios paises de la subregión (Honduras, El Salvador, Guatemala y Nicaragua), durante el año 1985, y a nivel subregional con los Ministros de Salud de Centro América y Panamá en la Reunión de San Salvador, El Salvador, efectuada en marzo de 1986.

En el año de 1985, conjuntamente con las agencias de cooperación, se apoyó la preparación de los Planes Quinquenales Integrados de Salud Materno-infantil para cada uno de los paises de la región y se colaboró en la formulación del Plan General de Acción de Supervivencia Infantil para el año 1986 y del plan especifico de trabajo preparado

por cada uno de los paises para ser sometidos a la consideración del UNICEF y el Gobierno de Italia. Es importante mencionar que ninguno de los paises de la subregión tiene un programa integrado de salud y nutrición materno-infantil. Existen programas especificos de departamentos o divisiones en los Ministerios de Salud, que desarrollan actividades parciales de salud y nutrición materno infantil, sin que necesariamente éstas estén coordinadas y mucho menos integradas. Uno de los propósitos implicitos en la formulación de los Planes Quinquenales Integrados de Salud Materno-infantil era la coordinación de las actividades de atención a la madre y al niño que están desarrollando en forma independiente departametos o divisiones, como los de Salud Materno-infantil, Nutrición, Epidemiología, Educación para la Salud, Formación de Recursos Humanos y otros, en cada uno de los paises de la región.

En el periodo 1985-86, el proyecto del INCAP que contribuyó en forma muy importante a la preparación de los planes de acción que hicieron posible la obtención del financiamiento de parte del Gobierno de Italia y la Comunidad Económica Europea, asi como a la implementación de actividades especificas de Supervivencia Infantil a nivel nacional y subregional.

Además de las actividades de promoción y coordinación desarrolladas a nivel de los paises de la sub-región y con las agencias de cooperación, en la sede del INCAP se inició el desarrolo de metodologias tendientes a apoyar el quehacer de los diferentes componentes del proyecto. En términos de la organización del proyecto, se consideró necesaria la designación de funcionarios del

INCAP a tiempo completo en los paises para fortalecer la cooperación técnica en las acciones de salud consideradas en el proyecto. Asi, en 1985, se designaron Consultores del INCAP en Panamá, Costa Rica, El Salvador, Honduras y Nicaragua. Posteriormente (1987) se ubicó un funcionario dedicado tiempo completo a coordinar la cooperación técnica a Guatemala.

Todos los preparativos y planes formulados por los paises durante 1985 fueron presentados en un Seminario-Taller sobre Supervivencia Infantil que el INCAP, con la colaboración de la OPS/OMS, UNICEF y AID/ROCAP, desarrolló en Antigua Guatemala, Guatemala, en enero de 1986. Tres productos concretos de esa reunión fueron:

1. La revisión de los Planes Quinquenales Integrados de Salud Materno-infantil y de los Planes Nacionales de Supervivencia Infantil. Estos últimos fueron aprobados por UNICEF y el Gobierno de Italia, de modo que el financiamiento otorgado por el Gobierno de italia comenzó a canalizarse a los paises de la región. Por otra parte, los Planes Integrados de Salud Materno-infantil han servido de marco de referencia para la programación de la cooperación técnica de las agencias a los paises.

2. La identificación de actividades regionales de apoyo a los Planes Nacionales de Supervivencia Infantil. Las actividades identificadas por los paises, organizados como proyectos regionales, incluyeron las relacionadas con el manejo gerencial de los programas, y la formación y capacitación de recursos humanos, la educación para la salud, el monitoreo y evaluación y las investigaciones aplicativas y básicas.

3. Se establecieron las bases para la organización del Comité Técnico Ad-hoc de Supervivencia Infantil, conformado por los Coordinadores Nacionales de Supervivencia Infantil de cada uno de los paises de Centro América, Panamá y Belice.

La primera reunión del Comité Técnico Ad-hoc de Supervivencia Infantil y de Representantes de OPS/OMS, UNICEF e INCAP tuvo lugar en Managua, Nicaragua, en febrero de 1986. En esta reunión se consolidó el funcionamiento del Comité Técnico Ad-hoc y se estableció el Grupo Técnico Focal Interagencial de Supervivencia Infantil, integrado por representantes de la OPS/OMS, UNICEF e INCAP.

A partir de esa fecha, el Comité Técnico Ad-hoc y el Grupo Técnico Focal han tenido múltiples reuniones, incluyéndose las visitas de seguimiento que el grupo Técnico Focal ha hecho a todos los paises de Centro América y Panamá. En estas visitas se ha revisado el avance del Plan Nacional de Supervivencia Infantil, se han identificado necesidades de cooperación y se ha definido la contribución de los proyectos regionales a los Planes Nacionales de Supervivencia Infantil.

Se le delegó al Grupo Técnico Focal la responsabilidad de coordinar la preparación de los proyectos regionales sobre la Formación y Capacitación de Recursos Humanos, la Educación para la SAlud, el Monitoreo y Evaluación de los Planes Nacionales y actividades regionales de Superviviencia Infantil y sobre investigaciones operacionales.

Las actividades de promoción y planificación anteriormente

descritas han facilitado la ejecución de las actividades inicialmente propuestas en el Proyecto de Alimentación y Nutrición de Supervivencia Infantil y permitieron la reorientación de otras para hacerlas más adecuadas a las necesidades de los paises de la región en el campo de la salud y nutrición materno-infantil. Por otra parte, contribuyeron a la definición de la relación que debe existir entre las actividades regionales, en apoyo a las actividades nacionales y las actividades de cada pais, establecidas en la programación de la salud materno-infantil.

En noviembre de 1986, el proyecto fue evaluado por un grupo profesional externo, cuyas recomendaciones generales y especificas, sumadas a las solicitudes de cooperación de los paises de la región de Centro América y Panamá, constituyeron la base del plan de acción del proyecto para 1987. El 2 de noviembre de 1987, el Director de OPS y el Asistente del Director General del SIDA de Suecia suscribieron un acuerdo por medio del cual el Gobierno de Suecia aprobó una donación por un monto de 3 millones de Coronas Suecas para apoyar el Proyecto Subregional de Supervivencia Infantil y Nutrición por un periodo de dos años en apoyo a Nicaragua. Parte de estos fondos apoyarán las acciones de nutrición en Supervivencia Infantil.

III. OBJETIVOS DEL PROYECTO

A. General

Fortalecer las capacidades nacionales y regional para desarrollar estrategias integradas para la prevención y control de los problemas de salud y nutrición materno-infantil.

B. Intermedios

1. Promover la implementación de actividades orientadas al mejoramiento del estado de salud y de nutrición materno-infantil.

2. Contribuir a fortalecer las capacidades nacionales para formular, ejecutar y evaluar las estrategias integradas en salud y nutrición materno infantil.

3. Desarrollar y transferir tecnologias adecuadas sobre atención de salud y nutrición materno-infantil.

4. Colaborar en la capacitación de personal a nivel nacional y regional.

5. Diseñar modelos o ejemplos de materiales educativos de apoyo.

6. Divulgar información técnica y cientifica sobre salud y nutrición materno-infantil a personal de todos los niveles.

7. Colaborar en el proceso de educación de la población sobre prácticas adecuadas en el cuidado de la salud materno-infantil y familiar.

8. Fortalecer la capacidad de las instituciones de la región para promover apoyo técnico a los paises en la atención de la salud y nutrición materno-infantil.

IV. INFORME DE ACTIVIDADES DE 1987

Durante el año 1987 se continuó la ejecución de acciones de Asistencia Técnica Directa, Formación y Capacitación de Recursos Humanos, Investigación Básica y Aplicada y Difusión de Información Cientifico Técnica, en apoyo a actividades especificas de salud y nutrición materno infantil, tales como el control de de las enfermedades diarreicas, el monitoreo del crecimiento físico, y la promoción de prácticas adecuadas de alimentación y educación en salud y nutrición, desarrolladas por los sectores público y privado en los países de la región de Centro América y Panamá.

A continuación se presenta un resumen de las actividades desarrolladas en el proyecto y los logros alcanzados en cada uno de los componentes en los que se ha organizado el proyecto:

Componente 1. Promoción del Desarrollo e Implementación de planes y estrategias sobre Supervivencia Infantil.

Componente 2. Fortalecimiento del Sistema de entrega de Servicios y del Sistema de Información.

Componente 3. Fortalecimiento de la capacidad del personal profesional, subprofesional, de trabajadores comunitarios y de la educación a la población.

Componente 4. Aumento de la disponibilidad de información cientifico-técnica.

Componente 5. Control de calidad de las sales de rehidratación oral y Laboratorio de Referencia para el diagnóstico de casos sopechosos de polio y valoración de potencia biológica de vacunas.

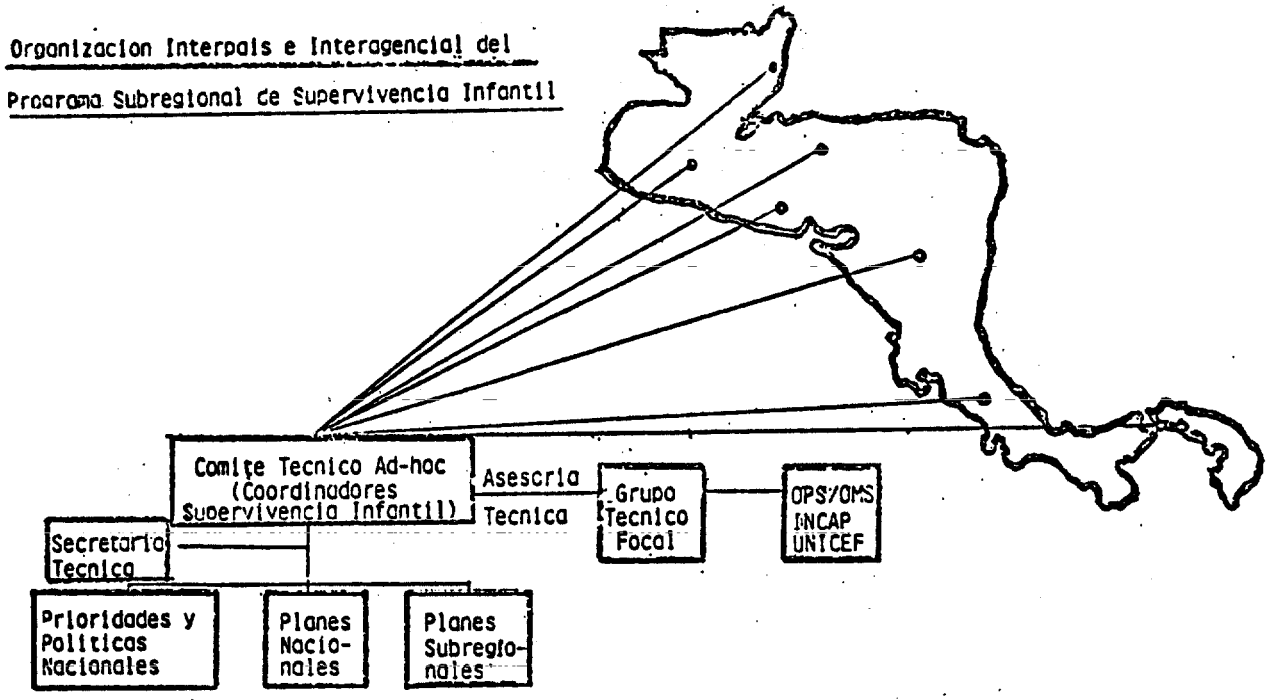
Componente 1. Promoción del Desarrollo e Implementación de planes y estrategias sobre Supervivencia Infantil, con enfasis en la terapia de rehidratación oral, monitoreo del crecimiento y educación en Atención Primaria.

En el año 1987 se continuó la promoción de las actividades de Supervivencia Infantil (S.I.) en los paises del istmo, tanto a nivel politico como técnico. Funcionarios del INCAP colaboraron con grupos técnicos nacionales en la recolección, procesamiento e interpretación de datos sobre salud y nutrición, y el Centro de Documentación distribuyó periódicamente, información sobre la situación de salud y nutrición de madres y niños y acerca de los programas técnicos a más de 7,500 funcionarios de los niveles politicos y técnicos de la subregión, promoviendo el fortalecimiento de las acciones de atención a madres y niños. La base de datos sobre la situación de salud y nutrición es actualizada continuamente, de modo que se cuenta con información oficial reciente a nivel nacional y subregional. Eta base contiene información sobre los indicadores más confiables y válidos de la situación de salud y nutrición y sobre el manejo de los programas materno infantiles, de acuerdo a las recomendaciones de los grupos técnicos de expertos de la OMS, del UNICEF, de la USAID y del INCAP. Por otra parte, en el Centro de Documentación del INCAP se coleccionan documentos técnicos especificos preparados por los paises sobre estos temas.

En relación a la coordinación subregional interagencial, el INCAP trabaja estrechamente con el UNICEF y la OPS/OMS en apoyo a las actividades subregionales de S.I. El INCAP tiene presencia permanente

en el Grupo Técnico Focal Interagencial, integrado por representantes de la OPS/OMS, del UNICEF y del INCAP, cuyo propósito es la coordinación de actividades de cooperación de cada agencia hacia los esfuerzos nacionales y subregionales en supervivencia infantil. Además, participa en todas las reuniones del Comité Técnico Ad-hoc de S.I., constituido por los coordinadores nacionales de S.I. de los paises de Centroamérica, Panamá y Belice y que tiene como responsabilidad principal la programación, el monitoreo y la evaluación de las actividades subregionales de Supervivencia Infantil.

APOYO A LOS PLANES SUBREGIONALES DE SUPERVIVENCIA INFANTIL



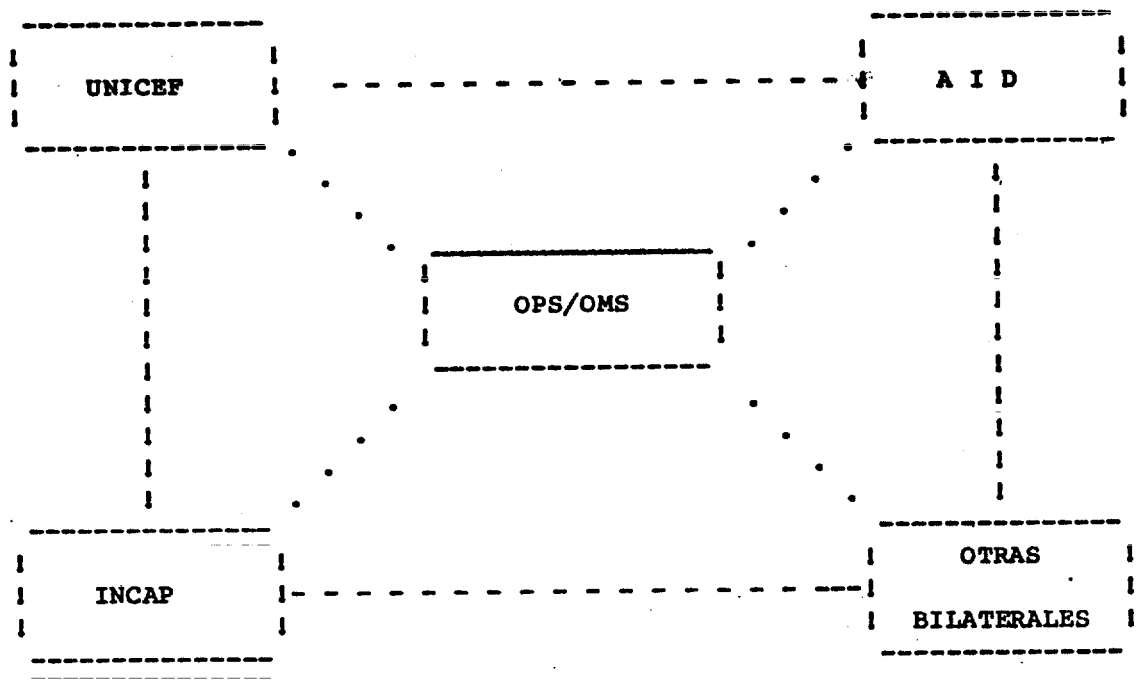
A nivel de cada uno de los paises, el INCAP, cuenta con un asesor permanente en salud materno infantil, que tiene su sede en la representación de pais de la OPS/OMS. El Representante de Pais de la OPS/OMS coordina las actividades de las diferentes agencias de cooperación externa que apoyan las actividades de salud materno infantil. La presencia del asesor de INCAP permite una mejor

identificación de las necesidades nacionales y de la oferta de cooperación del Instituto, contribuye a mantener continuidad en la asistencia técnica del INCAP y a lograr una adecuada coordinación de esfuerzos con las agencias de cooperación técnica internacional y bilaterales, tales como la OPS/OMS, el UNICEF, la AID y otras establecidas en los paises. El asesor en el pais colabora directamente con el Departamento de Salud Materno Infantil de los Ministerios de Salud y con las Comisiones Nacionales de S.I. Además, en base a solicitudes de contrapartes nacionales, el INCAP proporciona asistencia técnica especifica en las diferentes actividades de Salud Materno Infantil, colaborando también en la elaboración del programa nacional de Salud Materno Infatil y de los planes de acción anuales de S.I.

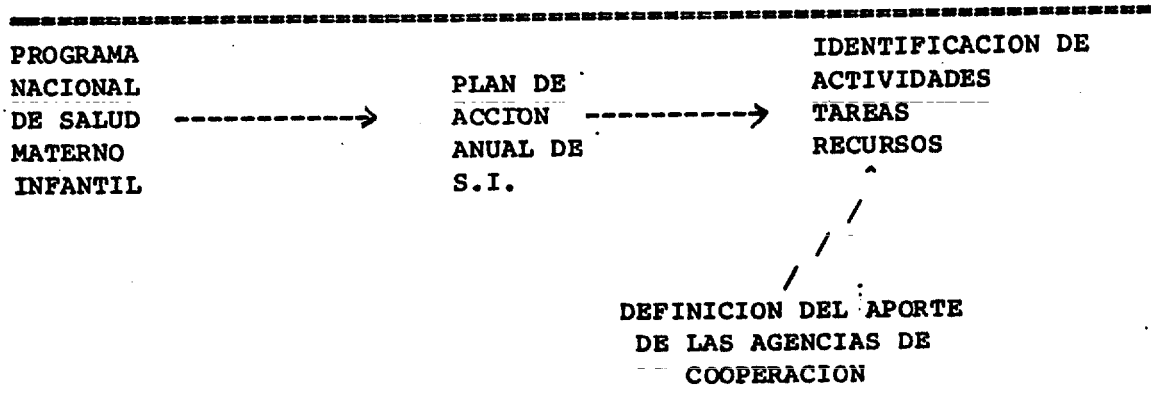
APOYO A LOS PLANES NACIONALES DE SUPERVIVENCIA INFANTIL

Grupo Nacional		Grupo de Cooperación
Conforman la Comisión Nacional de Supervivencia Infantil, integrada por:		Agencias de Cooperación en pais.
o Coordinador Sector Salud y representantes de:		
. Materno Infantil . Epidemiología . Nutrición . Educación para la salud . Recursos Humanos . Informática	Programa de Salud Materno Infantil	OPS INCAP UNICEF AID OTRAS, apoyan las actividades nacionales

COMISION INTERAGENCIAL A NIVEL PAIS



Todos los paises de la región centroamericana han planteado las bases para la formulación de un programa nacional de salud materno infantil. Este programa proporcionará el marco de referencia para las actividades de S.I., y orientará la cooperación técnica internacional y bilateral. Los asesores del INCAP, junto con funcionarios de otras agencias colaboran en esta actividad y prestan apoyo en la formulación de los planes anuales de S.I.



Además de la cooperación técnica directa a Ministerios de Salud y Seguridad Social de los paises, el INCAP colabora con grupos del sector privado en la promoción de la idea-fuerza de S.I. En esta linea de acción, durante el año 1987 apoyó técnica y financieramente los Congresos Latino Americanos o Centroamericanos de Pediatria (Caracas, octubre 1987), Gineco Obstetricia (Guatemala, octubre, 1987), Nutrición (Panamá, octubre 1987), Parasitologia (Guatemala, noviembre, 1987) y Lactancia (Guatemala, noviembre 1987). En cada caso, funcionarios del INCAP hicieron presentaciones técnicas y distribuyeron información cientifico-técnica sobre diferentes aspectos de S.I., se financió la participación de miembros de los colegios profesionales respectivos de cada pais a todas esas reuniones y se contribuyó económicamente a la realización de esos eventos.

También se brindó apoyo técnico a organizaciones no gubernamentales que ejecutan acciones de salud y nutrición en paises de la subregión (ASINDES, Visión Mundial, Behrhorst, Proyecto Hope, Proyecto Concern, en Guatemala; Fundación Horizontes de Amistad, Honduras y Cruz Roja Internacional en varios paises de la subregión).

En el año 1987 también se colaboró en actividades de recolección de información diagnóstica y para el monitoreo y la evaluación de los programas de salud y nutrición, como parte del proyecto subregional de Monitoreo y Evaluación de S.I., elaborado por el Grupo Técnico Focal y el Comité Técnico Ad-hoc de S.I.

En referencia a los estudios de información de linea de base y seguimiento de la situación materno infantil, se han continuado estudios comunitarios, entre los que se incluyen los estudios

antropológicos, desarrollando una metodologia especifica para la realización de estudios etnográficos y encuestas de Conocimientos, Actitudes y Prácticas y de Salud y Nutrición Materno Infantil. Se cuenta con estudios etnográficos en Guatemala, El Salvador, Panamá, Nicaragua, Costa Rica y Belice, utilizando la metodologia especifica desarrollada por el INCAP para este propósito. En el año 1987 se consolidó y diseminó la información de Guatemala y El Salvador, y se preparó la propuesta para estudios etnográficos en Honduras, los que se realizarán en el año 1988. El cuadro siguiente presenta el resumen de los estudios etnográficos efectuados por grupos nacionales con el apoyo técnico y financiera del INCAP. La información recolectada en estos estudios fue revisada por grupos nacionales, en la reunión subregional efectuados en octubre de 1987. En esta reunión se analizaron aspectos relativos a la utilización de esa información en actividades de planificación, programación local y comunicación interpersonal y masiva. En relación con este último aspecto, cabe señalar que existen experiencias muy positivas en Panamá y El Salvador, donde los resultados de la investigaciones etnográficas han tenido una utilización inmediata en las actividades educativas y de comunicación.

El INCAP ha apoyado la obtención, análisis e interpretación de información sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de los usuarios y los proveedores de los servicios de salud por medio de encuestas especificas en todos los paises. En 1987 se concluyó el análisis de la información de la encuesta de El Salvador y se completó la recolección, análisis e interpretación de la encuesta de CAP de personal de salud de Guatemala. La metodologia utilizada en esta

encuesta fue desarrollada por el INCAP y puesta a disposición de todos los paises de la Subregión en el año 1986. Además, conjuntamente con el Ministerio de Salud de Guatemala, se llevó a cabo la Encuesta Nacional Comunitaria de CAP en Salud Materno Infantil. Por otra parte, antropólogos del INCAP desarrollaron e implementaron la metodologia para estudios CAP sobre diarrea y uso de sales de rehidratación oral (TRO) en empleados de farmacias del área urbano-marginal de Guatemala. Este estudio se complementó con el seguimiento de usuarios de esas farmacias a los hogares. La metodologia para el desarrollo de estos estudios está siendo puesta a disposición de los paises de la subregión.

En relación a la interacción de proveedores y usuarios de los servicios de salud, se desarrolló y probó la metodologia para estos estudios en establecimientos de salud del Area de Salud de Sacatepéquez, en Guatemala. Además se efectuaron estudios especificos en los departamentos de Pediatria y Gineco-Obstetricia de los Hospitales Roosevelt y General San Juan de Dios, los que, como se explica más adelante, se constituyeron en Centros Docentes de Referencia en Guatemala. Los estudios se enfocaron en las Unidades de Rehidratación Oral (URO) y en la atención prenatal, del parto y postparto en esos departamentos. La metodologia desarrollada y los resultados de estos estudios están siendo utilizados, además, a nivel de otros establecimentos de salud en Guatemala.

ESTUDIOS ETNOGRAFICOS REALIZADOS HASTA 1987
(COMUNIDAD Y PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD)

METODOLOGIA EMPLEADA

PAIS	ETNOGRAFIA	GRUPO FOCAL	INFORMACION DISPONIBLE
BELICE			
Barranco, Toledo	x		si
San Antonio, Toledo	x		si
Forest Homes, Toledo	x		si
COSTA RICA			
Platanillo, Turrialba	x		si
San Pablo, San José	x		si
Sta. Cecilia, Guanacaste	x		si
Bella Luz, Corredores	x	x	si
Talamanca, Programado para 1988			
EL SALVADOR			
El Zapote, Aguachapán	x	x	si
Chanmico, La Libertad	x	x	si
San Cristóbal, Cuscatlán	x	x	si
Quelepa, San Miguel	x	x	si
GUATEMALA			
San Miguel Dueñas, Sacat.	x		si
San José La Arada, Chiquimula	x		Aún no
Guanagazapa, Escuintla	x		si
Malacatancito, Huehuetenango	x		si
Santa Ma. de Jesús, Sac.	x	x	si

Cont.

PAIS	METODOLOGIA EMPLEADA: ETNOGRAFIA	GRUPO FOCAL	INFORMACION DISPONIBLE
HONDURAS, programado para 1988			
NICARAGUA			
San Nicolás, León*	x		si
PANAMA			
El Chorrillo, Panamá	x		si
Barriada, Panamá	x		si
El Cerrito, Veraguas	x		si
Colón, Area Urbana	x		si

Componente II. Fortalecimiento del Sistema de Entrega de Servicios y sistema de información

Todos los paises de la subregión han identificado la necesidad de obtener información de linea de base y seguimiento de la prestación de los servicios de salud y sobre el manejo gerencial de los programas de salud y nutrición materno infantil. El INCAP recibió solicitudes especificas de cooperación técnica por parte de los paises en el análisis de las Condiciones de Eficiencia de los servicios y la capacitación de personal en estos aspectos. En base a esas solicitudes, se ha apoyado técnica y financieramente la Evaluación Nacional de Condiciones de Eficiencia de Servicios de salud materno infantil de Costa Rica, y se colaboró en encuestas en puestos y centros de salud y en los Departamentos de Pediatria y Gineco-Obstetricia de hospitales nacionales de Guatemala. Por otra parte, la Escuela de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala efectuó la encuesta en todos los puestos de salud en los cuales los estudiantes de Medicina realizan su Ejercicio Profesional Supervisado (EPS). Existen planes en varias Areas de Salud de Guatemala y de la Universidad para continuar realizando esta encuesta periódicamente.

Las Evaluaciones de Condiciones de Eficiencia en Costa Rica y Guatemala, asi como las previamente realizadas en Panamá y Honduras, permitieron identificar las restricciones en la entrega de servicios y han contribuido a definir medidas correctivas a los problemas encontrados. Se ha solicitado apoyo para efectuar en el año 1988 estudios en El Salvador, Nicaragua y Belice.

Un aspecto digno de destacarse en relación a Condiciones de

Eficiencia lo constituyen los estudios sobre la confiabilidad intra- e inter-encuestador y la validez de la encuesta. Estos estudios contribuyeron en un grado importante a identificar las limitaciones de la encuesta y a introducir en los instrumentos las modificaciones correspondientes, asi como a desarrollar guias para la capacitación y estandarización del personal en estos aspectos.

También en relación a la gestión administrativa, se realizó en Guatemala un estudio en profundidad sobre politicas de salud, planificación, logistica, comunicación masiva, finanzas y manejo de programas, con énfasis en salud materno infantil. Esa información y otra obtenida por medio del sistema de vigilancia centinela, en los que se recolectaron datos sobre salud y nutrición materno-infantil, han sido utilizadas para la validación de la Metodologiá de Evaluación de Condiciones de Eficiencia

Durante 1987 también se ejecutaron acciones para fortalecer los sistemas de información y de vigilancia centinela en todos los paises de la subregión. Por medio de actividades de cooperación técnica se apoyó al sistema de programación y ejecución de activides de atención primaria en Costa Rica y se colaboró con los Ministerios de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, El Salvador, Honduras, y Nicaragua en apoyo a los sistemas de información y vigilancia alimentario nutricional.

En relación al subsistema de vigilancia centinela, el INCAP y el UNICEF han apoyado el establecimiento de unidades centinelas, incluyendo áreas (comunidades) y sitios (establecimientos). Nicaragua, Honduras, y Guatemala ya tienen establecidas áreas

centinelas y se ha iniciado la implementación del subsistema en El Salvador, en dos regiones del país. Así mismo se ha desarrollado y probado la metodología de sitios centinelas, incluyéndose el estudio de la interacción de usuarios y proveedores de servicios de salud, que se mencionó anteriormente y análisis de costos y calidad de la atención. La información recolectada en Guatemala a través del subsistema de vigilancia centinela fue revisada durante el año 1987 con el equipo técnico de las 24 Jefaturas de Area de Salud del país, habiéndose destacado la aplicabilidad de esta información para la programación local de las acciones de salud.

Asimismo, el INCAP ha apoyado encuestas y estudios especiales sobre salud y nutrición. En Honduras se colaboró en la Encuesta Nacional de Nutrición y con el Censo Nacional de Talla de Escolares de Primer Grado; en El Salvador se apoyó técnica y financieramente el Censo de Talla; en Guatemala se participó en la Encuesta de Nutrición en Escolares y en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Materno Infantil; en Costa Rica se colaboró en la Encuesta de Peso y Talla de Escolares en Panamá se financió la incorporación de un módulo de Lactancia Materna dentro de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil en 1985.

A continuación se resumen las actividades de monitoreo y evaluación desarrolladas por los países de la subregión en el periodo de 1985-1987 con el apoyo del INCAP. Además de estos estudios, los países han efectuado otras encuestas y estudios especiales, de modo que, como se indicó anteriormente, existe considerable información basal y de seguimiento en la subregión acerca de la situación y de los

programas de salud materno infantil.

En relación a investigación operacional se elaboró, con la colaboración de la OPS/OMS, el UNICEF y el PRICOR (Grupo sobre Investigaciones Operacionales en Atención Primaria de Salud), el protocolo del proyecto subregional que fue revisado y aprobado por los paises en la reunión del Comité Técnico Ad-Hoc, en marzo de 1988 en Tegucigalpa. En base a este protocolo se iniciarán las actividades de investigación operacional en los paises, en apsectos de Monitoreo del Crecimiento y Desarrollo y sobre soluciones caseras para prevención de la deshidratación por diarrea, como temas para estudios multicentro en toda la sub-región, además de temas especificos del interés de cada pais.

ACTIVIDADES DE MONITOREO Y EVALUACION DESARROLLADAS EN LOS PAISES

1985 - 1987

ACTIVIDADES	Guatemala	El Salvador	Honduras	Costa Rica	Nicaragua	Panamá
1. Apoyo técnico y financiero para: 1.1 Estudios especiales	-Diganóstico sector salud -Condiciones de eficiencia -Encuestas de salud y nutrición y CAP's Proveedores Area Guatemala Sur -Estudio nutricional en escolares -Evaluación de Servicios de Educación y Recuperación Nutricional -Encuesta Nacional CAP's comunitarios -Encuesta Nacional Salud y Nutrición Materno Infantil -Censo de Talla	-Evaluación Programa CED -Encuesta Nacional CAP's comunitarios -Censo de Talla (San Miguel)	-Encuesta de Nutrición -Censo de Talla -Apoyado por AID: -Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil -Apoyado por OPS/OMS: -Condiciones de Eficiencia	-Evaluación Programa CED -Condiciones de Eficiencia -Encuesta de Peso y Talla en Escolares -Encuesta CAP's Lactancia Materna a Proveedores	-Censo de Talla	-Condiciones de Eficiencia -Encuesta de Salud Materno Infantil
1.2 Diseño y Montaje de Sistema de Monitoreo y Evaluación	-Evaluación Jornadas Vacunación -Sistema Nacional de Supervisión	-	-	-Sistema de Monitoreo y Evaluación del Programa Materno Infantil	-Sistema de Monitoreo y Evaluación. Programa Materno Infantil	

ACTIVIDADES DE MONITOREO Y EVALUACION DESARROLLADAS EN LOS PAISES 1985 - 1987

ACTIVIDADES	GUATEMALA	EL SALVADOR	HONDURAS	COSTA RICA	NICARAGUA	PANAMA
2. Apoyo financiero a áreas y sitios centinela	- Areas centinelas: 119 comunidades 4 encuestas	- Viaje de funcionarios de Grupo de Monitoreo y Evaluación (MSP) a Guatemala	- Becas tutoriales a encargados regionales de Monitoreo y Evaluación	-	-	-
3. Apoyo técnico para Areas y Sitios Cent.						
3.1 Asistencia Técnica	- Areas Centinela: 119 comunidades (apoyo en recolección, supervisión, procesamiento y análisis.	- Areas Centinela: determinación de criterios para selección de muestra.			-Preparación de protocolo para recolección de información nutricional en áreas centinelas	-
3.2 Capacitación	- Areas Centinela: para recolección de datos a personal de Areas de Salud.					
	- Areas Centinela: para análisis de datos de 4a. Ronda, a personal de Areas de Salud y nivel técnico - normativa.	- Visita de funcionarios a Guatemala	- Adiestramiento tutorial a encargados regionales de Areas Centinela (incorporación indicadores nutricionales al sistema).	-		

ACTIVIDADES DE MONITOREO Y EVALUACION DESARROLLADAS EN LOS PAISES
1985 - 1987

ACTIVIDADES	GUATEMALA	EL SALVADOR	HONDURAS	COSTA RICA	NICARAGUA	PANAMA
3.3 Datos recabados	- Características familiares, morbilidad menores de 3 años, mortalidad infantil y < 24 meses, historia genésica, disponibilidad de alimentos, uso de servicios, cobertura de vacunaciones, CAP's en salud materno infantil, alimentación del menor de 1 año, peso y talla menores de 3 años y mujeres en edad fértil.	- En fase de implementación en dos regiones del país. Apoyo de UNICEF e INCAP.	- Apoyado por UNICEF. Características familiares, uso servicios, cobertura de vacunaciones, morbilidad, mortalidad infantil y < 24 meses de edad.	-	- Apoyado por UNICEF. Características familiares, uso de servicios, cobertura de vacunaciones, morbilidad, mortalidad infantil y < 24 meses de edad.	-
3.4 Informes elaborados	- 4 informes					

Componente III. Fortalecimiento de la capacidad del personal profesional, subprofesional, de trabajadores comunitarios y de la educación a la población

El INCAP ha estado apoyando las actividades incluidas en el Proyecto Subregional de Formación y Capacitación de Recursos Humanos en salud materno infantil, elaborado conjuntamente con el PASCAP, con el soporte del UNICEF y la OPS/OMS. Siguiendo los lineamientos de este proyecto, el INCAP ha estado cooperando en el desarrollo de actividades académicas, de la educación permanente en servicio la educación comunitaria y la integración docente asistencial, y proporcionando apoyo técnico-administrativo a las actividades de formación y capacitación de recursos humanos en salud materno infantil.

Las actividades desarrolladas comprenden:

- El diagnóstico de la educación académica y educación permanente en aspectos de salud materno infantil en todos los paises de la subregión
- El apoyo al establecimiento de los Centros Docentes de Referencia, que son hospitales escuela a nivel nacional, donde se capacitan profesionales de salud. Los Centros se han establecido en Costa Rica, Panamá, Nicaragua y Guatemala y están en proceso de establecimiento en Honduras y El Salvador.
- El desarrollo o fortalecimiento de las Unidades de Rehidratación Oral, Crecimiento y Desarrollo y Recuperación del Niño Desnutrido, en Guatemala y El Salvador.
- El apoyo al establecimiento de Unidades Docentes Regionales

que son regiones de salud donde se capacita y se forma recurso humano.

- El apoyo a los cursos nacionales especificos sobre aspectos técnicos de salud y nutrición materno infantil.

Con el objeto de promover la integración docente asistencial y la formación de recursos humanos acorde a las funciones que ejercerán los profesionales de salud en áreas especificas de trabajo, el INCAP, en coordinación con las otras agencias de cooperación organizó un Taller Subregional sobre Integración Docente Asistencial. En esta reunión participaron autoridades del Ministerio de Salud y docentes de las Escuelas de Medicina, Nutrición y Enfermeria de todos los paises de la subregión. Posteriormente, se ha estado apoyando la ejecución de los planes nacionales formulados en esa reunión y se colaboró en los esfuerzos de integración docente asistencial a nivel nacional.

En apoyo a la educación académica se ha promovido el intercambio docente entre paises y se han capacitado docentes de Escuelas de Medicina, Nutrición y Enfermeria de todos los paises. A través de capacitación tutorial se ha adiestrado personal en aspectos especificos de S.I., así como sobre el diagnóstico microbiológico de las enfermedades diarreicas. Además se proporcionaron cinco becas para estudios de maestria en alimentación y nutrición en salud.

Asimismo, se han desarrollado y probado metodologias especificas de educación y capacitación de personal. En relación a capacitación, se finalizó la elaboración de los módulos integrados de salud materno infantil, en su versión preliminar. Estos módulos contienen guias de referencia técnica para todas las actividades de salud materno infantil, integradas alrededor del crecimiento y desarrollo del niño. Además, se elaboraron módulos sobre educación en salud y sobre el

56

manejo gerencial de programas de salud. En la preparación de estas guias participaron técnicos nacionales de varios departamentos de los Ministerios de Salud, lo que también promovió la revisión de las normas de atención en salud materno infantil y la coordinación o integración de actividades a través de los distintos departamentos que realizan actividades dirigidas a la madre y el niño. Los módulos integrados están siendo validados por los grupos nacionales de cada país. En Guatemala ya se elaboraron guias de capacitación para la utilización del módulo integrado, que se utilizará en la capacitación de personal y para diseñar y desarrollar mensajes a través de medios de comunicación masiva.

En relación a material educativo, se continuó la producción de folletos en la linea de "Lo que toda mamá debe saber sobre..." y "Lo que todo trabajador de salud debe saber sobre...". Los temas desarrollados y probados se refieren al control de las enfermedades diarreicas y parcialmente al control del crecimiento y desarrollo.

A través del proyecto también se ha promovido el intercambio de información técnica en reuniones de expertos de la subregión. Asi, se ha colaborado en reuniones de expertos sobre supervivencia infantil, infecciones respiratorias agudas, terapia de rehidratación oral, sistemas de información y monitoreo y evaluación e investigación antropológica sobre salud y nutrición materno infantil. En estas reuniones se han revisado aspectos técnicos y se han formulado recomendaciones a los paises para la revisión de las normas de atención y de las actividades especificas de salud materno infantil.

A continuación se sumariza el cumplimiento de las actividades del componente de formación y capacitación de recursos humanos, por pais.

51

ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL COMPONENTE DE FORMACION Y CAPACITACION DE RECURSOS HUMANOS - SUPERVIVENCIA INFANTIL

1986 - 1987

Actividad	Belice	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Diagnósticos Sector docente y Sector Asistencial	-	x	x	x	x	x	x
Evaluación planes nacionales	x	x	x	x	x	x	x
Reuniones de Integración Docente Asistencial	-	x	x	x	x	x	x
Talleres de Integración Docente Asistencial para creación de comisiones	-	x	x	x	x	x	x
Comisiones nacionales de Integración Docente Asistencial	-	x	x	x	x	x	x

x = por actividad realizada

52

Actividades desarrolladas en el Componente de Formación y Capacitación de Recursos Humanos (Cont.
1986 - 1987

Actividad	Belice	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Talleres de Integración Docente Asistencial para Programación conjunta de Actividades	-	x	x	x	-	-	x
Talleres de Implementación de CDR	-	x (n=1)	-	-	-	x (n=3)	-
Reuniones de Selección de UDR y Diseño de Metodología	-		-	-	-	x	x
Talleres de Implementación de UDR	-	-	-	-	-	-	x (n=1)

x = por actividad realizada

Componente IV. Aumento de la disponibilidad de información científico-técnica

De acuerdo al plan de trabajo del Centro de Documentación y Difusión de Información Científico-Técnica, durante el año 1987 se respondió a las solicitudes de información de las instituciones centroamericanas involucradas en supervivencia infantil. Se publicaron seis números del suplemento "Avances en Supervivencia Infantil", lo que hace un total de 18 boletines publicados entre 1985 y 1987, que se distribuye entre aproximadamente 7,000 técnicos de los países de la subregión. Conjuntamente con el suplemento ASI, se distribuye el Boletín Madres y Niños, publicado por APHA (3 números por año) y el Diálogo sobre Diarrea, publicado por AHRTAG (3 números por año). Por otra parte, se prepararon y distribuyeron 28 paquetes de documentos para seminarios que se proporcionaron a 4,180 usuarios de la subregión. También se elaboró una serie de hojas técnicas sobre el tratamiento del niño desnutrido, que será distribuida a médicos de Guatemala y, posteriormente, a médicos y otros profesionales de la subregión.

Mucha información distribuida por el Centro de Documentación está siendo utilizada por el sector público y privado en actividades de capacitación y educación. Así, por ejemplo, la Monografía sobre el Control de la Enfermedad Diarreica, elaborada por el INCAP, está siendo utilizado por la Escuela de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala, y el folleto "Lo que toda mamá debe saber sobre diarrea" ha sido reproducido por una compañía farmacéutica y donado a las madres que asisten a las Unidades de Rehidratación Oral de los

Hospitales Roosevelt y San Juan de Dios de Guatemala.

El Centro de Documentación y Difusión también ha respondido a solicitudes especificas de información de la subregión (1,234 solicitudes), ha efectuado la traducción de documentos técnicos y ha organizado reuniones cientifico-técnicas para profesionales. Se han organizado diferentes eventos de todo tipo en Guatemala, entre los que destacan la teleconferencia via satélite del XII Congreso Anual de Pediatria, del Miami Children Hospital, y las conferencias "Aporte al problema de bajo peso al nacer" y "Avances en Crecimiento y desarrollo del niño", a las cuales asistieron en cada caso, aproximadamente 300 profesionales de la salud. El cuadro adjunto resume las actividades del Centro de Documentación para el periodo de 1985-1987.

Durante el año 1987 se continuaron sin problemas las investigaciones básicas en desarrollo, incluyendo las del manejo alimentario del niño con enfermedad diarreica, la epidemiologia de la diarrea persistente y el programa de proyectos sobre alto riesgo de retardo del crecimiento y morbimortalidad infantil. Los resultados de esos estudios estarán disponibles a finales del año 1988 y 1989.

CUADRO RESUMEN PRODUCTOS COMPONENTE DIFUSION DE INFORMACION

CIENTIFICO-TECNICA 1985 - 1987

GUATEMALA, ENERO 1988

PRODUCTO	1985	1986	1987	TOTAL
Suplemento ASI	6	6	6	18
- Usuarios -	3,915	5,352	6,972	
Paquetes documentos regulares	4	4	2	10
- Usuarios -	390	500	850	
Paquetes documentos técnicos	-	6	-	6
Paq. Dctos. Seminarios	6	11	28	45
-Usuarios -	1,035	3,800	4,180	9,015
Respuesta solicitudes inf.	533	691	1,234	2,458
- fotocopias -	23,795	35,444	43,593	102,832
Articulos Base Bibliog.	600	200	130	1,730*

*, Incluyendo toda la colección

Componente V. Control de calidad de Sales de Rehidratación Oral

El INCAP continuó el análisis de las sales de rehidratación oral enviadas periódicamente por funcionarios nacionales y por los asesores del INCAP en los paises. Los resultados de estos análisis son enviados a los gobiernos de cada país con recomendaciones especificas para mejorar la calidad de sus "SRO". Asimismo, se elaboró un protocolo para el sistema de control de calidad que garantice la periodicidad de este control, el cual se someterá a la consideración del Comité Técnico Ad-Hoc y del Grupo Técnico Focal.

EVALUACION DE LA EJECUCION DEL PLAN DE ACCION 1987

- El análisis de la ejecución global del Plan de Acción 1987 evidencia que aproximadamente se ejecutó el 88% de las actividades programadas. Se aplazó el cumplimiento de cuatro por ciento de las actividades por decisión nacional y 8% fueron canceladas por consideraciones técnicas y/o politicas; además en algunos casos, fueron sustituidas por actividades no programadas que coadyuvaron al logro de los objetivos del proyectó.

- El mayor grado de cumplimiento de actividades se presentó en el componente de Promoción del Desarrollo e Implementación de Planes y Estrategias efectivas sobre TRO-MC-EAPS con un 84% de ejecución de las actividades programadas en el mismo.

- El segundo lugar en cuanto a ejecución de actividades se presentó en el componente de Fortalecimiento de la Capacidad del Personal Profesional, Subprofesional, de trabajadores comunitarios y de la educación a la población, siendo el cumplimiento en este componente de 82.6%. Algunas actividades están todavia en proceso de ejecución debido a su naturaleza y/o escasez de personal en educación en salud.

- Considerando el número de actividades programadas y su ejecución, el tercer lugar en cuanto a cumplimento se obtuvo en el componente de Fortalecimiento del Sistema de Entrega de Servicios de Salud y del Sistema de Información, con 76.2%. Un alto porcentaje de las mismas se encuentra todavia en proceso de ejecución debido a su naturaleza y porque el Consultor en Sistemas de Información fue incorporado al grupo profesional del

nivel central del INCAP hasta agosto de 1987.

Por otra parte, en este componente se presentó el mayor número de actividades aplazadas y canceladas debido a escasez, en el INCAP, de personal especializado en campos como investigaciones operacionales, manejo gerencial y además, por falta de decisión política nacional para implementarlas, como sería el caso de las Evaluaciones de Condiciones de Eficiencia.

- El cuarto lugar en ejecución de actividades lo ocupó el componente Aumento de la Disponibilidad de Información Científico-Técnica; tomando en cuenta el número total de actividades programadas en el mismo respecto a los demás componentes.

- La mayoría de las actividades no programadas están relacionadas con apoyo técnico a acciones ejecutadas por organizaciones privadas que actúan en el sector salud, al manejo gerencial del proyecto y a difusión de información.

59

INFORME DE ACTIVIDADES EJECUTADAS POR EL INCAP PARA MEJORAR LA ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE CONTROL DE ENFERMEDADES DIARREICAS DE CENTRO AMERICA Y PANAMA. PERIODO: 1985 - 31 MARZO, 1988

El Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá realizó durante el período 1985-1987, y primer trimestre de 1988, una serie de acciones a nivel de la sede y en los países de Centro América y Panamá para fortalecer la organización y funcionamiento de las actividades de Control de Enfermedades Diarreicas. Las actividades desarrolladas incluyen:

- Estudios antropológicos sobre conocimientos, actitudes y prácticas de usuarios y proveedores de servicios de salud, desarrollo de investigaciones básicas sobre el Manejo Alimentario del niño con diarrea y epidemiología de la enfermedad diarreica persistente.

- Ejecución de eventos subregionales de expertos para el intercambio de experiencias clínicas y docentes en TRO; discutir planes de acción y aunar criterios metodológicos para evaluación de proceso e impacto de intervenciones de CED y para vigilancia epidemiológica.

- Apoyo a Cursos Nacionales de organizaciones gubernamentales y privadas orientadas a la capacitación en servicio del personal involucrado en actividades de estos programas. Asimismo, se proporcionó Entrenamiento Tutorial.

- Apoyo técnico y/o financiero para el establecimiento de Unidades de Rehidratación Oral, la revisión de normas técnicas de los programas y las investigaciones de condiciones de eficiencia de los mismos.

- Control de calidad de sales y soluciones de rehidratación oral disponibles en Centro América y Panamá, tanto a nivel oficial como privado.

- Difusión de información científico-técnica en relación con temas de control de enfermedades diarreicas en el Boletín Avances en Supervivencia Infantil y mediante la distribución de monografías, documentos de OPS/OMS y otros documentos técnicos. Además, se elaboraron audiovisuales y otros materiales educativos sobre este campo y se organizó y/o participó en conferencias específicas sobre esos tópicos.

En el Cuadro Anexo se detallan las actividades ejecutadas.

ACTIVIDADES EJECUTADAS POR EL INCAP PARA MEJORAR LA ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE ENFERMEDADES DIARREICAS EN CENTRO AMERICA Y PANAMA

PERIODO: 1985 - 31 MARZO, 1988

ACTIVIDADES	LUGAR	PRODUCTO	RESPONSABLE
ESTUDIOS			
1. Investigación sobre algunos aspectos de salud y nutrición. Col. Juárez, Guanagazapa. Se enfocó sobre enfermedades diarreicas, monitoreo del crecimiento, educación y comunicación en salud a nivel de la comunidad e interacciones entre usuarios y proveedores de salud, a nivel del sistema de salud. El estudio deberá ser completado con investigaciones más detalladas en relación con uso de sales de rehidratación oral, crecimiento y desarrollo y sobre proveedores de salud.	Guatemala (Escuintla)	Artículo: "Algunos Aspectos Antropológicos sobre Enfermedad Diarreica. Guanagazapa, Escuintla".	Antropóloga Liza Vielman
2. Investigación antropológica realizada en cuatro comunidades de la República de El Salvador. El Zapote, San Francisco Menéndez, Ahuachapán, Chanmico, San Juan Opico, La Libertad, San Cristóbal, Cuscatlán y Quelepa, San Miguel. Sus objetivos generales fueron: Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de la población en relación a las enfermedades diarreicas en niños menores de cinco años.	El Salvador	- Informe (Se elaboraron 5 documentos. Uno por cada comunidad y un consolidado general). - Presentación de los resultados en Seminario-Taller sobre producción de Material Educativo en Supervivencia Infantil. El Salvador, 16-18 junio, 1987.	Antropóloga Liza Vielman

ACTIVIDADES	LUGAR	PRODUCTO	RESPONSABLE
3. Encuesta Nacional sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Salud y Nutrición Materno Infantil. Guatemala. El propósito del estudio es determinar los conocimientos, las actitudes y las prácticas sobre el proceso de salud y enfermedad en una muestra aleatoria de familias con niños menores de cinco años, en relación con: a) La enfermedad diarreica, la deshidratación, las prácticas alimentarias, uso de la terapia de rehidratación oral y soluciones caseras para rehidratación. b) Problemas de infecciones respiratorias agudas y sobre las seis enfermedades inmunoprevenibles: tosferina, sarampión, difteria, tétanos, poliomielitis y tuberculosis, incluyendo el análisis de tratamiento y conductas para su prevención. c) Las inmunizaciones. d) Prácticas alimentarias durante el embarazo y la lactancia y sobre el destete y el crecimiento físico en la infancia. e) Acceso a los servicios de salud, fuentes de comunicación e información, incluyendo comunicación masiva, fuentes locales y comunicación interpersonal. Total de la muestra 17,616 familias a nivel nacional.	Guatemala	- Se terminó de procesar los datos obtenidos a través de la aplicación de los formularios A y B. - El informe final está pendiente de ser enviado a autoridades nacionales y Misión de AID / Guatemala.	Ministerio de Salud de Guatemala Nivel Central y Areas de Salud Asesoría técnica INCAP

ACTIVIDADES	LUGAR	PRODUCTO	RESPONSABLE
4. Estudio de Proveedores de Servicios de Salud. Guatemala. Sus objetivos fueron: - Conocer y describir las características del sistema de entrega de servicios del sector privado en una comunidad urbano-marginal. - Conocer el comportamiento de los usuarios de farmacias en estas comunidades. Se visitó durante una semana, siete farmacias de las colonias Primero de Julio y El Milagro, para estudios CAP's de empleados de farmacia en relación al tratamiento de la diarrea y uso de SRO. 3,280 clientes. También se terminó el CAP's de seguimiento a usuarios de farmacia, 83 familias localizadas en ambas colonias y aldeas cercanas al Milagro y San Juan Sacatepéquez.	Guatemala	- Informe	Antropóloga Christa de Valverde
5. Participación del personal comunitario en la Prevención de la Deshidratación por Enfermedad Diarreica en Niños menores de 5 años en el área rural de Honduras, 1987.	Honduras	- Protocolo definido.	Ministerio de Salud Pública Unidad de Ciencia y Tecnología. Programa Control de Enfermedades Diarreicas. Asistencia técnica INCAP
6. Evaluación de soluciones caseras para el tratamiento de la diarrea y deshidratación a nivel del hogar.	Guatemala	- Protocolo (En revisión externa)	Barbara Schieber Elena Hurtado

ACTIVIDADES	LUGAR	PRODUCTO	RESPONSABLE
INVESTIGACIONES BASICAS			
1. Tratamiento Alimentario Nutricional en Niños con Diarrea Aguda. El objetivo general de este proyecto es: Desarrollar un tratamiento nutricional para niños con diarrea aguda que se pueda utilizar por los miembros del grupo familiar, a nivel del Hogar. El estudio se está llevando a cabo en niños residentes en el Hogar Elisa Martinez y consiste en que durante los dos primeros episodios de diarrea que presente cada niño se evaluará el tratamiento alimentario tradicional utilizado en diarrea y se probará el efecto sobre la aceptabilidad e ingesta de alimentos y los cambios ponderales de tres combinaciones de alimentos: maiz-frijol, maiz-leche, arroz-incaparina. El proyecto tiene una duración de 31 meses y comprende: Estudio Piloto Prueba de Aceptabilidad y Tolerancia de Alimentos; Estudio Piloto Prueba de Frecuencia y Estimulación y Estudio sobre Tratamiento Alimentario Nutricional en niños con Diarrea Aguda (Se estudiará un total de 96 episodios de diarrea en niños de ambos sexos, entre 6 y 36 meses de edad.	Guatemala	- Los resultados de los estudios piloto: Prueba de aceptabilidad y tolerancia de alimentos, y Prueba de frecuencia y estimulación, fueron presentados en el XI Congreso de Nutrición y Dietética de Centro América y Panamá 14-16 de octubre, 1987.	Carmen Dárdano Héctor Gamero Iván Mendoza

ACTIVIDADES	LUGAR	PRODUCTO	RESPONSABLE
2. Absorción de Nutrientes y Evaluación de Niños con Diarrea, Alimentados con Dietas Comunes. El objetivo del estudio es determinar si niños con diarrea aguda responden favorablemente con un tratamiento nutricional basado en alimentos de Guatemala. En 1987 se trató y estudió a 38 niños que se presentaron al Hospital Roosevelt con diarrea aguda. Después de asegurar su rehabilitación por vía oral, se les empezó a alimentar con las dos dietas del estudio (Control y Experimental). Se evaluó continuamente su estado clínico y se cuantificó la duración y severidad de la diarrea hasta que ésta cedido y durante 3-4 días de convalescencia. También se midió la absorción de nitrógeno, grasa y energía total usando técnicas metabólicas.	Guatemala	- Al 31 de diciembre, habían ingresado 51 niños al estudio, de los cuales 36 fueron estudiados satisfactoriamente. Aún falta estudiar 32 niños para completar el proyecto.	Benjamín Torún
3. Rehabilitación Nutricional del Niño con Diarrea. El Proyecto tiene como objetivo identificar las preparaciones de alimentos y la frecuencia de duración de la alimentación más adecuada para asegurar la recuperación nutricional, a nivel del hogar, de niños con episodios de enfermedad diarreica. El estudio está dividido en tres fases que son: a) Estudio sobre el Comportamiento Alimentario de las madres durante y después de la diarrea. b) Prueba de Mezclas Alimentarias en Cerdos. c) Educación a madres para evaluar el potencial de cambio en prácticas alimentarias en niños con enfermedad diarreica, utilizando alimentos disponibles a nivel del hogar.	Guatemala (Aldea de Sacoj)	- Se concluyó la fase: Estudio sobre el comportamiento alimentario de las madres durante y después de la diarrea. En proceso los ensayos de reproducción de modelos de diarreas infantiles en cerdos, usando Escherichia Coli. Se iniciaron el primer trimestre de 1987 y concluirá en 1988.	Mario Molina Bertha García

ACTIVIDADES	LUGAR	PRODUCTO	RESPONSABLE
4. Epidemiología de la Diarrea Persistente. Es una investigación longitudinal que se está llevando a cabo en Santa María de Jesús, Departamento de Sacatepéquez, y que se concentrará en el estudio de la historia natural de la enfermedad diarreica, identificando los agentes etiológicos específicos y determinando las consecuencias nutricionales. Se estudiarán aproximadamente 300 niños susceptibles de sufrir diarrea prolongada. El seguimiento de casos se efectuará durante 3 años. La recolección de datos se inició en febrero de 1987.	Guatemala	- En el mes de septiembre de 1987 se efectuó un análisis preliminar de datos para atender solicitud del Programa de Control de Enfermedades Diarreicas de OMS. Para apoyar y/o complementar este estudio, OMS aprobó fondos para acciones de tratamiento de la diarrea persistente a nivel de la comunidad, las cuales empezarán en la segunda quincena de febrero de 1988.	José Ramiro Cruz Alfred Bartlett
Preparación del Protocolo del Proyecto de Investigación sobre la Epidemiología de la Diarrea Persistente y sus factores condicionantes.	Nicaragua	- Protocolo preparado.	José Ramiro Cruz

ACTIVIDADES	LUGAR	PRODUCTO	RESPONSABLE
1. Fortalecimiento del Sistema de Entrega de Servicios de Salud. Preparación de guía para el análisis del sistema de logística y comercialización de sales, 1985. Se complementó con Módulo de Evaluación de CED y Condiciones de Eficiencia de Salud Materno Infantil.	INCAP	- Guía preparada.	Mireya Palmieri
2. Realización de análisis de muestras de sales y soluciones para rehidratación oral disponibles en Centro América y Panamá, tanto a nivel oficial como privado.	INCAP	- Controles de calidad efectuados.	Personal de laboratorio.
Asesoría del Dr. Rodrigo Arce para el montaje de fábrica de SRO.	Nicaragua	- Asesoría ejecutada.	Rodrigo Arce
3. Investigación de Condiciones de Eficiencia de las URO's. Hospital Roosevelt y Hospital General San Juan de Dios. Guatemala. Unificación de normas referentes a criterios de manejo de pacientes deshidratados y/o con enfermedad diarreica, supervisión, logística, planificación, capacitación de personal y del sistema de información. Por otra parte, se probó la metodología para el desarrollo administrativo y para la capacitación de personal de salud en este campo, generalizable para otros paises de la región.	Guatemala	- Informes - Normas implementadas - Personal capacitado	Bárbara Schieber Rosa Amurrio
4. Evaluación de actividades de CED y de Materno Infantil. El Salvador y Panamá, 1985. Las evaluaciones fueron efectuadas por el grupo técnico del INCAP, en colaboración con la OPS/OMS y el UNICEF.	El Salvador Panamá	- Evaluaciones efectuadas.	Francisco Pineda Carlos Samayoa

ACTIVIDADES	LUGAR	PRODUCTO	RESPONSABLE
5. Revisión de registros médicos sobre el manejo de casos con diarrea. Departamento de Pediatría del Hospital Roosevelt, 1987.	Guatemala	- Registros Médicos revisados.	Adán Montes
6. Revisión y análisis de la Segunda Edición de las Normas del Programa de Control de Enfermedades Diarreicas. 21-25 de julio, 1986. El Dr. Francisco Pizarro y el Francisco Pineda brindaron asistencia técnica para la revisión de las normas y en la ejecución del Seminario-Taller. Se ejecutó un Seminario-Taller en que participaron: 30 profesionales, incluyendo Enfermeras Profesionales, Médicos Generales, Pediatras y Médicos Salubristas.	Honduras	- Normas actualizadas - Personal capacitado	Ministerio de Salud Pública División de Epidemiología

ACTIVIDADES	LUGAR	PRODUCTO	RESPONSABLE
EVENTOS SUBREGIONALES			
1. Taller Subregional de Expertos en Unidades de Rehidratación Oral. Guatemala, 17-19 de agosto, 1987. Los objetivos generales del evento fueron: a) Intercambiar experiencias clínicas y docentes entre los expertos de las URO's que funcionan en la subregión. b) Discutir planes de acción subregional y nacionales para fortalecer las Unidades de Rehidratación Oral.	Guatemala	- Memoria	Bárbara Schieber Rosa Amurrio
2. Novena Reunión del Grupo Científico Regional de Trabajo sobre Enfermedades Diarreicas. 21-25 de abril, 1986. Participó personal del INCAP, del Programa CED/OPS, OMS, Instituto Mexicano del Seguro Social, Departamento de Epidemiología de la Universidad Federal de Brasilia, Instituto de Investigación Nutricional de Perú.	Guatemala	- Revisión de metodologías disponibles para evaluación de impacto de intervenciones CED. - Guías para establecer sistemas de vigilancia epidemiológica y para realizar encuestas de morbilidad, mortalidad y uso de TRO.	Hernán Delgado Mireya Palmieri
3. Apoyo técnico para la planificación, promoción y ejecución del Taller Interagencial sobre Aspectos de IRA, CED/TRO y Monitoreo del Crecimiento, 1987.	San Salvador, El Salvador	- Taller ejecutado.	Se ejecutó con asesoría de OPS/OMS, UNICEF, AID, INCAP.
4. Curso para Gerentes de Programas de Control de Enfermedades Diarreicas. Guatemala. 21-25 de marzo, 1988. Participantes: 11 Médicos 1 Enfermera 1 Psicólogo	Guatemala	- Validados los siete folletos denominados "Módulos", que proveen los elementos para el desarrollo de habilidades para administrar efectivamente un programa de Control de Enfermedad Diarreica a nivel nacional.	Se ejecutó conjuntamente con OPS.

ACTIVIDADES	LUGAR	PRODUCTO	RESPONSABLE
APOYO A CURSOS NACIONALES DE ORGANIZACIONES GUBERNAMENTALES Y PRIVADAS			
1. Ejecución de Seminario de Manejo de Enfermedad Diarreica y Terapia de Rehidratación Oral. Participantes: Residenteas de primer año de Pediatría de los Hospitales Roosevelt y General San Juan de Dios. Número 25.	Guatemala	- Personal capacitado	Bárbara Schieber
2. Capacitación Tutorial en Manejo de la Enfermedad Diarreica a personal de Areas de Salud de Guatemala Sur y Guatemala Norte. Participantes: funcionarios del IGSS, Hospital General San Juan de Dios, Hospital Roosevelt. Médicos 16 Enfermeras 20 Auxiliares 41 Trab. Soc. 9 Educadoras 4 90	Guatemala	- Personal capacitado	Bárbara Schieber
3. Elaboración de normas y procedimientos y preparación de material para la capacitación tutorial de equipos de salud dentro del contexto de la Terapia de Rehidratación Oral.	Guatemala	- Normas y procedimientos preparados	Adán Montes
4. Curso sobre Comunicación Didáctica para Brigadistas Nicaraguenses, Regiones I y II. 13-17 de noviembre, 1986. El curso se enfocó en el Programa de Control de la Enfermedad Diarreica (PCED).	Nicaragua	- Personal capacitado	Rodrigo Alvarez

ACTIVIDADES	LUGAR	PRODUCTO	RESPONSABLE
5. Curso sobre CED a Enfermeras del Hospital Bloom, 1987. Número de participantes: 50.	El Salvador	- Personal capacitado	Francisco Pineda
6. Capacitación en servicio CEDRO en Hospital Bloom y Hospital de San Miguel, 1987. Número de participantes: 45 (Médicos y Enfermeras).	El Salvador	- Personal capacitado	Francisco Pineda
7. Seminario sobre Manejo de Enfermedad Diarreica y Rehidratación Oral, 1987. Número de participantes: 25 Médicos.	Guatemala	- Personal capacitado	Adán Montes
8. Capacitación en servicio unidad TRO. Hospital Bloom. 15 enero-30 marzo, 1988. Participantes: 1 Médico, 3 enfermeras, 10 estudiantes Escuela Técnica Materno Infantil. Universidad Nacional.	El Salvador	- Personal capacitado	Francisco Pineda
9. Capacitación en Rehidratación Oral en el Hospital Roosevelt y en Hospital General. Participantes: 85 personas (Médicos, Enfermeras, Auxiliares de Enfermería).	Guatemala	- Personal capacitado	Barbara Schieber

ACTIVIDADES	LUGAR	PRODUCTO	RESPONSABLE
FINANCIAMIENTO DE TUTORIALES			
1. Dr. Alejandro Fuentes. Estudio sobre la Absorción de Nutrientes y Evaluación Clinica de Niños con Diarrea Alimentados con Dietas Comunes. (Médico y Cirujano, Asistente Residente. Hospital Roosevelt).	Guatemala (2 de enero - 31 de diciembre, 1987)	- Personal capacitado	Asesor: Dr. Benjamin Torún
2. Dr. Alfredo Moreno. Técnicas de Supervivencia Infantil (TRO-PAI). Estadistica descriptiva en el campo Materno Infantil. (Médico y Cirujano. Residente de Pediatria. Hospital General San Juan de Dios).	Guatemala (1 de abril - 31 de diciembre, 1987)	- Personal capacitado	Asesor: Dr. Hernán Delgado
3. Dr. Francisco de León. Desarrollo de Habilidades en el Manejo de una Unidad de TRO a Nivel Institucional.	Guatemala (22 de octubre - 29 de noviembre, 1986)	- Personal capacitado	
4. Un participante. Diagnóstico Etiológico de la Diarrea, 1987.	Nicaragua	- Personal capacitado	
5. Dra. Ana Eugenia Anzueto. 2 enero-30 marzo, 1988. Diagnóstico Microbiológico de Enfermedad Diarreica.	Guatemala	- Personal capacitado	Dr. Ramiro Cruz

ACTIVIDADES	LUGAR	PRODUCTO	RESPONSABLE
DIFUSION DE INFORMACION CIENTIFICO-TECNICA			
A. Temas publicados en Boletin Avances de Supervivencia Infantil relacionados con Control de Enfermedades Diarreicas.	Sede INCAP 6,972 ejemplares distribuidos asi:	- 18 Boletines publicados	Verónika de Palma
1. Algunas intervenciones generales para reducir la morbilidad por diarrea en menores de cinco años (Vol. 3, No. 2/Abril, 1985, Pag. 2).	GUA - 2,463 ELS 951 HON 1,010 NIC 200 COR 452 PAN 1,384 DOR 172 OTROS 340 TOTAL 6,972		
2. Prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas (Vol. 3, No. 2/Abril, 1985, Pag. 3).			
3. Mezclas caseras para rehidratación oral (Vol. 3, No. 4/Agosto, 1985, Pag. 2).			
4. Tratamiento de la diarrea: El uso de medicamentos (Vol. 3, No. 4/Agosto, 1985, Pag. 4).			
5. Interacción entre diarrea y malnutrición (Vol. 3, No. 6/Diciembre, 1985, Pag. 1).			
6. Diez puntos que recordar para tratar la diarrea en casa. (Vol. 3, No. 6/Diciembre, 1985, Pag. 4).			
7. Preguntas y respuestas sobre rehidratación oral. (Vol. 4, No. 2/Abril, 1986, Pag. 3).			
8. Principios de la absorción de agua y electrolitos de las sales de rehidratación oral. (Vol. 4, No. 4/Agosto, 1986, Pag. 1).			
9. Para la preparación de sales de rehidratación oral; Agua hervida o sin hervir? (Vol. 5, No. 2/Febrero, 1987, Pag. 4).			

ACTIVIDADES	LUGAR	PRODUCTO	RESPONSABLE
10. Análisis de sales y soluciones de rehidratación oral. (Vol. 5, No. 4/ Agosto, 1987, Pag. 1).			
11. La Enfermedad Diarreica y la infección respiratoria aguda en áreas rurales de Guatemala (GUA). (Vol. 5, No. /Diciembre, 1987, Pag. 1).			
12. Prácticas alimentarias de un grupo de niños guatemaltecos durante y después de la diarrea (GUA). (Vol. 5, No. 2/1987).			
13. Con madres y para madres una investigación y un producto (GUA). (Vol. 5, No. 4, 1987).			
14. Antropología y Educación La Experiencia de El Salvador (ELS). (Vol. 5, No. 6, 1987).			
15. Estudios antropológicos aplicados a salud y nutrición en cuatro comunidades de la República de El Salvador (ELS). (Vol. 5, No. 2/1987).			
B. Monografía sobre Control de Enfermedades Diarreicas Contenido: - Aspectos Microbiológicos de la Diarrea (Dr. J.R. Cruz). - Aspectos Clínicos de la Enfermedad Diarreica (Dr. D. Pizarro). - Digestión y Absorción de Nutrientes como Base para la Alimentación en Enfermedades Diarreicas (Dr. B. Torún). - Control de Enfermedades Diarreicas (Dres. H. Delgado, J. Urrutia, N. Vargas). - Control de Enfermedades Diarreicas-Intervenciones para Reducir su Alta Incidencia (Dr. J. Urrutia). - Notas sobre Implicaciones Prácticas de la Información Disponible para el Control de Enfermedades Diarreicas a través de los Servicios de Salud (Dr. H. Delgado).	Sede INCAP Tres ediciones de 500 ejemplares cada una, distribuida a solicitud. Actualmente utilizada como libro de texto de la Facultad de Medicina, Universidad de San Carlos de Guatemala.	- Monografía publicada	Verónika de Palma

ACTIVIDADES	LUGAR	PRODUCTO	RESPONSABLE
C. Material Educativo			
1. Unidad Audiovisual (Folleto más audiocassette "Lo que toda mamá debe saber sobre los asientos" (diarrea)).	INCAP Utilizada en URO de Hospitales Roosevelt, General San Juan de Dios y General de Occidente de Guatemala y con las Unidades CEDRO de El Salvador.	- Folleto más audiocassette	Verónika de Palma Elena Hurtado
2. Unidad Audiovisual (Folleto más audiocassettes "Lo que todo trabajador de salud debe saber sobre los asientos y su tratamiento".	INCAP Distribución a diferentes niveles del Ministerio de Salud de Guatemala y formadores en promotores en salud	- Folleto más audiocassette	Verónika de Palma Elena Hurtado
3. Película en Videocassette VHS o Beta Max "La Enfermedad Diarreica en el Niño", del Dr. Jean-Piere-Pappart.	INCAP 23 copias distribuidas así: HON - 5 beta ELS - 2 beta PAN - 10 beta COR - 2 beta PERU - 1 VHS GUA - 3 VHS		Verónika de Palma
D. Documentos de OPS/OMS distribuidos 1. Sales de Rehidratación Oral, Planificación, Establecimiento y Operación de las instalaciones de producción (75). 2. Unidad de Capacitación para Tratamiento de la Diarrea. Guía para Directores (75). 3. Pautas para capacitar en Nutrición a Trabajadores Comunitarios de Salud (50). 4. Diarreas y Rehidratación Oral (50).	INCAP Entre paréntesis se indica el número de ejemplares distribuidos a diferentes funcionarios de Centro América y Panamá.		Verónika de Palma

ACTIVIDADES	LUGAR	PRODUCTO	RESPONSABLE
5. Tratamiento y Prevención de la Diarrea Aguda, Pautas para los Instructores de Agentes de Salud (50).			
6. Tratamiento de Diarrea. Curso sobre Habilidades de Supervisión (200).			
E. Documentos Técnicos	INCAP		Verónika de Palma
1. Control de Enfermedades Diarreicas	Distribuido a participantes del I Seminario sobre Supervivencia Infantil. A solicitud.		
F. Conferencias		- Promoción y divulgación TRO-MC-EAPS	
1. Dr. Dilip Mahalanabis, Consultor OMS. Tema: Ultimos avances en el tratamiento de las enfermedades diarreicas. Guatemala. Hotel Conquistador Sheraton, 25 abril, 1985. Número asistentes 160 personas. (médicos, pediatras, químicos biólogos, nutricionistas y enfermeras)	Guatemala		Dr. Hernán Delgado Dr. Dilip Mahalanabis Lic. Magda Fischer
2. Dr. John Rohde. La Enfermedad Diarreica y su Manejo Clínico Dietético. Guatemala, INCAP. 7 junio, 1985. Número asistentes 110 personas. (médicos, pediatras, químicos biólogos, nutricionistas y enfermeras)	Guatemala		Dr. Hernán Delgado Dr. John Rohde Lic. Magda Fischer
3. Dr. Hernán Delgado y otros. Rehidratación Oral. Antigua Guatemala, Hotel Antigua. 7-8 abril, 1986. Número asistentes 40 personas). (Funcionarios del Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación y Agencias Bilaterales e Internacionales).	Guatemala		Dr. Hernán Delgado Ministerio de Salud Pública de Guatemala Cuerpo de Paz, Guatemala

ACTIVIDADES	LUGAR	PRODUCTO	RESPONSABLE
4. Terapia de Rehidratación Oral y Monitoreo del Crecimiento. Conferencia a Docentes de la Escuela de Enfermería (16 octubre, 1986).	Guatemala		Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
5. Asociación Guatemalteca de Coordinación para la Supervivencia y el Desarrollo (COSUDER). Plática sobre: Tratamiento del Niño Desnutrido. Curso-Taller de Desarrollo Integral. Chimaltenango, 1986.			
- Programa de Televisión sobre Control de Enfermedades Diarrecias (Teleforo Enfoque).	Guatemala		Verónika de Palma Hernán Delgado Benjamin Torún José Ramiro Cruz
6. Paquetes de Documentos Regulares			
Se han publicado 5 paquetes de documentos regulares sobre Control de Enfermedades Diarreicas. Los temas incluidos son:	Distribuidos a 850 usuarios de Centro América y Panamá (bibliotecas, centros formadores de Recursos Humanos, Deptos. Ministerio de Salud).		Magda Fischer
1. Paquete junio, 1985: -Organización Mundial de la Salud y UNICEF. El Tratamiento de la diarrea y uso de la terapia de rehidratación oral. Presentación conjunta de la OMS/UNICEF. Ginebra, 1983. 20 p.			
-"Agentes etiológicos de la diarrea aguda". En: Diarrea Aguda: Consecuencias nutricionales en la infancia. Basilea, Suiza. Nestlé Nutrition, 1983. pp. 7-12.			

ACTIVIDADES	LUGAR	PRODUCTO	RESPONSABLE
- "Diarrea, malnutrición e inmunocompetencia:. En: Diarrea Aguda Consecuencias nutricionales en la infancia. Basilea, Suiza. Nestlé Nutrition, 1983. pp. 20-21.			
- "Desarrollo de tecnologías apropiadas para los programas de lucha contra la enfermedad diarreica". En: La diarrea aguda: Causas, prevención, tratamiento. Ciba-Geigy. Basilea, Suiza, 1983. pp. 30-39.			
2. Paquete Diciembre 1985. Organización Mundial de la Salud, Programa de Control de Enfermedades Diarreicas. Desarrollo de una Fórmula Mejor de Sales de Rehidratación Oral (SRO) con propiedades Antidiarreicas y Nutricionales "Super SRO".			Verónika de Palma
- Programa de Control de Enfermedades Diarreicas, OPS/OMS, Washington. sf. 18 p.			
- Organización Panamericana de la Salud. "Medición y vigilancia del crecimiento y la nutrición en los niños". En: Pautas para Capacitar en Nutrición a Trabajadores Comunitarios de Salud. OPS, Washington, 1983 pp.123-141 (Publicación Científica No. 457)			

ACTIVIDADES	LUGAR	PRODUCTO	RESPONSABLE
- Pizarro, D. y Gloria Posada. "La enfermedad diarreica aguda" En: Aplicando Soluciones: Diarreas y Rehidratación Oral. UNICEF/OPS/OMS. sf. pp. 27-66.			
- Organización Mundial de la Salud El Uso de la Terapia de Rehidratación Oral por los Programas Nacionales del Control de Enfermedades Diarreicas. Programa de Control de Enfermedades Diarreicas. OPS/OMS, Washington, sf. 8 p.			
3. Paquete Marzo 1986 - Documento Técnico I Control de Enfermedades Diarreicas.			Verónika de Palma
4. Paquete Septiembre 1986 - Control de las Enfermedades Diarreicas: Análisis de posibles intervenciones para reducir su alta incidencia. R.G. Feachem, R.C. Hogan, M.H. Merson.			Verónika de Palma
- Medidas para el Control de las Enfermedades Diarreicas en Niños menores de cinco años.			
- Inmunizaciones Antisarampionosa, R.G. Feachem, M.A. Koblinsky.			
- Programas de Alimentación Complementaria. R.G. Fechem.			
- Fomento de la Lactancia Materna. R.G. Feachem, M.A. Koblinsky.			

ACTIVIDADES	LUGAR	PRODUCTO	RESPONSABLE
- Fomento de la Higiene Personal. R.G. Feachem.			
- Quimioprofilaxis, I. de Zoysa, R.G. Feachem.			
5. Paquete Marzo 1987 Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Programa de Control de Enfermedades Diarreicas. Uso de la Terapia de Rehidratación Oral por los Programas Nacionales de Control de Enfermedades Diarreicas. Programas de Control de Enfermedades Diarreicas, OPS/OMS, Washington 1986 18p.			Verónika de Palma
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Terapia de Rehidratación Oral para el Tratamiento de la Diarrea en el Hogar. Programa de Control de Enfermedades Diarreicas. OPS/OMS. Washington 1986. 18 p.			
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. El Uso de los Medicamentos en el Manejo de la Diarrea Aguda en los Niños menores de 5 años. Programa de Control de Enfermedades Diarreicas, OPS/OMS. Washington 1986. 13 p.			

ACTIVIDADES	LUGAR	PRODUCTO	RESPONSABLE
6. Paquete junio 1987 (resúmenes)			Verónika de Palma
- Aceptable salt and sugar content of oral rehydration solutions.			
- Nutritional management of acute diarrhea in infants and children.			
- Modelling the incidence of Childhood diarrhea.			
- Manejo del recién nacido con desequilibrio hidroelectrolítico utilizando solución de rehidratación Oral.			

LA SITUACION ALIMENTARIA NUTRICIONAL EN CENTROAMERICA Y PANAMA

Hernán L. Delgado
División de Nutrición y Salud
Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP)

I. INTRODUCCION

El adecuado estado nutricional de una población resulta de la disponibilidad de una cantidad suficiente de alimentos que estén equitativamente distribuidos entre los individuos, y que la ingesta y ulterior utilización respondan a sus requerimientos, tanto en términos de calidad como de cantidad. Dado lo anterior, es importante contar con información válida y confiable sobre la disponibilidad, la distribución e ingesta alimentaria, los requerimientos y necesidades nutricionales y acerca de los factores que pudieran limitar la disponibilidad y utilización biológica de los alimentos.

La información sobre las caracteristicas nutricionales de salud, socioeconómicas y demográficas de la población de Centro América y Panamá, tanto la derivada de los sistemas rutinarios de información, como de encuestas especificas y censos, es variable en términos de su cobertura y calidad (1). Algunos paises, con amplia cobertura en la prestación de los servicios y con sistemas de información más desarrollados, reportan periódicamente estadísticas de salud y nutrición de varios grupos poblacionales de interés; los otros paises dependen de encuestas y censos,

---

Documento presentado en la Reunión Subregional sobre "El Papel del Sector Salud en Alimentación y Nutrición y su participación en el proceso de planificación multisectorial" realizado en Managua, Nicaragua, del 11 al 15 de mayo de 1987.

muchas veces representativos únicamente del nivel nacional. Sin embargo, los promedios nacionales resumen exageradamente la información y no permiten identificar las diferencias existentes en la situación de salud y nutrición dentro de los países. A pesar de esa limitación de la información, existe a nivel de todos los países de Centro América y Panamá, abundantes datos socioeconómicos y demográficos que reflejan indirectamente la situación de salud y nutrición, y permiten detectar diferencias en el nivel de vida de los países, encontrándose que en algunos de ellos la situación es más favorable que en otros.

Otro aspecto a tomar en consideración en el análisis de la situación de salud y nutrición infantil de Centro América y Panamá, es la actualidad de la información. Todos los países del istmo cuentan con datos sobre la situación alimentaria nutricional derivados de las encuestas efectuadas entre 1965 y 1967. A partir de esa fecha, en algunos países se han efectuado encuestas específicas que permiten detectar cambios en la situación alimentaria nutricional que, sin embargo, no han incluido toda la información alimentaria nutricional recolectada en las encuestas nacionales de 1965-1967. Además, no todos los países han llevado a cabo encuestas de este tipo recientemente.

Teniendo en mente estas limitaciones, a continuación se prsenta información relacionada a la situación de salud y nutrición de la población de Centro América y Panamá, así como de algunos factores condicionantes de la misma, tales como los que afectan el consumo de los alimentos y la utilización biológica de los mismos (2).

II. SITUACION ALIMENTARIA NUTRICIONAL EN CENTRO AMERICA Y PANAMA

A. Nutrientes Especificos

1. Vitamina A

Uno de los problemas nutricionales especificos identificados en la encuesta de 1965-1967 en Centro América y Panamá, fue la avitaminosis A. La información basal correspondiente al período 1965-1967, y la más reciente sobre la prevalencia de la deficiencia de vitamina A en niños menores de 60 meses de edad, expresada como valores bajos y deficientes de retinol sérico, se presenta en el Cuadro 1. Costa Rica, el Salvador, Guatemala y Honduras cuentan con información relativamente reciente, encontrándose que en todos los casos hay evidencia de una reducción en la prevalencia de deficiencia de vitamina A. La reducción más marcada, superior al 2 por ciento por año durante más de una década, ha tenido lugar en Costa Rica y Honduras; la disminución de la prevalencia ha sido mucho menor en El Salvador y Guatemala. La reducción experimentada en algunos de estos países, como es el caso de Guatemala, puede atribuirse directamente al impacto de programas de fortificación del azúcar con vitamina A. Desafortunadamente, existe evidencia indicativa de que estos programas no están funcionando con la eficacia demostrada en su inicio, por lo que la magnitud del problema, en ausencia de programas de solución más permanente, está incrementándose en varios países de la región.

2. Yodo

El Cuadro 2 presenta la información basal (1965-1967) referida al problema del bocio endémico y los datos más recientes. En relación con los datos de 1965-1967, en todos los países en los que existe información se ha detectado una reducción importante en la prevalencia del bocio, y sólo en dos países, El Salvador y Nicaragua, las prevalencias de bocio son mayores del 20%. Sin embargo, debe hacerse notar que la reducción observada en esos dos países tuvo lugar durante los primeros tres a seis años de iniciado el programa de yodización, por lo que es razonable esperar que información más reciente podría indicar una reducción aún mayor en la prevalencia de bocio. Por otra parte, información preliminar obtenida en la Encuesta de Nutrición y Salud en Escolares, efectuándose actualmente en Guatemala, indica que el problema de bocio endémico se ha incrementado notablemente en la última década, lo que se asocia a la falta de control del proceso de yodización de la sal en ese país (3).

3. Hierro y Riboflavina

Como se presenta en el Cuadro 3, la información más reciente a nivel nacional sobre deficiencias de riboflavina y de hierro se deriva de las encuestas efectuadas en 1965-1967. La deficiencia de riboflavina, expresada como el porcentaje de la población con niveles bajos o deficientes en glóbulos rojos, era un problema particularmente frecuente en El Salvador y Honduras. Por otra parte, la deficiencia de hierro, expresada como el porcentaje de

la población con saturación de transferrina menor del 20%, era igualmente severa en todos los países, de acuerdo a la encuesta de 1965-1967. Recientemente, en 1984, se efectuó en Costa Rica un estudio sobre la reserva de hierro, utilizando los niveles de ferritina como indicador. A nivel nacional se encontró que el 23% de las mujeres embarazadas presentaban valores por debajo de 20 ng/ml (4). En Guatemala, estudios efectuados en 1984, en muestras no representativas de nulíparas en edad fértil, residentes en áreas rurales y urbanas, encontró que entre el 52 y el 76% de esas mujeres tenían valores menores a 20 ng/ml (5). Lo anterior confirma la impresión de que la deficiencia de hierro en la región es un problema que afecta a grupos poblacionales importantes y que requiere la implementación de acciones urgentes.

B. Crecimiento Físico y Morbilidad

Las medidas de peso y talla se utilizan frecuentemente como medidas indirectas del estado nutricional de la población infantil y preescolar. El Cuadro 4 presenta información acerca del retardo en peso y estatura de niños menores de cinco años de edad, obtenido en encuestas nacionales realizadas en 1965-1967 y 1978-1982 en todos los países de la región (2, 6). El retardo en peso y estatura para edad se expresa como la proporción de la población preescolar por debajo de dos desviaciones estándar de la población de referencia de la Organización Mundial de la Salud. En dos países, Costa Rica y El Salvador, se detectaron reducciones importantes en la magnitud del retardo en peso; en

los otros países la tendencia no es tan clara, pareciendo en algunos casos, que ha habido un incremento en el retardo en peso. Sin embargo, si se quiere analizar los cambios en el estado nutricional a través del tiempo por medio de mediciones antropométricas, es más apropiado examinar la magnitud del retardo en estatura. En este caso, como se observa en el Cuadro 4, se mantiene una tendencia al descenso en Costa Rica y algo menor en El Salvador, con prácticamente ningún cambio en los otros países. Debe destacarse la marcada variabilidad existente entre países en términos del retardo en la estatura, tanto en la línea de base como a nivel de las últimas encuestas. El rango de la variabilidad entre países se ha incrementado aún más en años recientes, debido a la marcada reducción del retardo en estatura reportado por Costa Rica.

Las Gráficas 1 y 2 presentan la misma información antropométrica expresada como retardo en peso por grupos de edad, para el período 1965-1967 y 1978-1982, respectivamente. Además de la disminución de la magnitud del retardo en peso, ya mencionado, debe destacarse la relación del problema nutricional con la edad de los niños. Es evidente en esta información que, en general, el problema de retardo en peso es de magnitud creciente en los primeros 18 a 24 meses de edad, haciéndose más marcado a partir del sexto mes de vida. Esta tendencia es observable, también, a través de datos recientes de encuestas efectuadas en países con alta y baja prevalencia de retardo en peso.

En este punto es interesante relacionar esa información con la prevalencia de enfermedad diarreica obtenida en la presente década en los paises de la región, a través de encuestas nacionales de salud materno infantil. Los resultados de esas encuestas se presentan en la Gráfica 3. A pesar de las diferencias en prevalencias de la enfermedad diarreica, que pueden ser incluso producto de las variantes metodológicas utilizadas, se observa en todos los casos que la mayor prevalencia de diarrea ocurre en los primeros 24 meses de edad del niño, siguiendo como curvas paralelas las indicadas para el problema de retardo del peso (7).

La información reportada por el Sistema de Vigilancia Centinela para áreas rurales de Guatemala confirma los hallazgos anteriores, en términos de la concentración del problema nutricional en los primeros 24 meses de edad y sobre la relación existente entre enfermedades infecciosas, especialmente diarreica y respiratoria aguda, y el retardo en peso (8).

La Gráfica 4 presenta la distribución de peso para edad, por trimestre de edad, hasta los 24 meses de edad de los niños residentes en las áreas centinelas. Se muestra, además, la curva normal de la distribución de peso para edad, derivada de la población de referencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Es evidente en esta gráfica que después del primer trimestre de vida, la distribución del peso para la edad está totalmente desviada a la izquierda. Esto se muestra también en la Gráfica 5, en la que se presenta la prevalencia del retardo

del peso para edad, expresado como la proporción de niños con peso para edad por debajo de menos de dos desviaciones estándar en relación con la distribución del peso para la edad de la población de referencia de la OMS. En la población de referencia el 2.5 % de los niños se encuentra en la categoría de menos de dos desviaciones estándar por debajo de la mediana. Se observa entonces que el retardo del peso, que se detecta desde el primer trimestre de vida, se incrementa después del 5o. mes de vida y alcanza la prevalencia máxima entre los 12 y 14 meses de edad.

Las Gráficas 6 y 7 presentan la prevalencia de enfermedades diarreicas y respiratorias, respectivamente, en la poblacifion de niños menores de 36 meses de edad residentes en las comunidades centinelas de Guatemala. Al igual que en la Gráfica 5, se presenta la prevalencia de ambas enfermedades por trimestre de edad y por sexo. Se observa que el incremento de la prevalencia de enfermedades diarreicas y respiratorias es marcado en los primeros 12 a 18 meses de edad, y sigue la tendencia de la curva de la prevalencia del retardo del peso, presentada en la Gráfica 5. Estos datos confirman a nivel de grupos grandes de población la asociación entre las enfermedades infecciosas y el retardo del crecimiento físico, demostrada en estudios de casos a nivel comunitario.

El retardo del crecimiento físico también se ha estudiado en Centro América y Panamá a través de los Censos de Talla de niños de Primer Grado del Primer Ciclo Escolar (9). Estos censos, iniciados en 1979 en Costa Rica, se han efectuado en prácticamente todos los países de la región. En la Gráfica 8 se

presenta información sobre el retardo en talla de niños del primer grado escolar en diferentes áreas político-administrativas de los países del Istmo. No se presentan resultados de Honduras, que actualmente está analizando los datos del censo efectuado en 1986, y de El Salvador, que tiene programado realizar el primer censo en 1987. La información de retardo en talla permite identificar regiones dentro de cada país con mayores prevalencias de retardo en talla, lo que se ha utilizado para definir áreas geográficas prioritarias para dirigir los programas sociales. La alta sensibilidad del indicador de retardo en talla en escolares para evaluar el impacto de programas se evidencia en los cambios detectados en los censos efectuados en Costa Rica, presentados en el Cuadro 5, que reflejan el efecto de programas sociales y económicos que se han implementado en ese país en las últimas décadas. En este punto es necesario destacar que la estatura alcanzada por un niño entre los 6 y los 8 años de edad está determinada fundamentalmente por factores ambientales que afectan el crecimiento físico pasado, en especial el ocurrido desde la concepción hasta los tres años de edad (10). Intervenciones que afectan el estado nutricional tendrían un mayor impacto en esas edades que en etapas más tardías de la vida.

C. Mortalidad Infantil y Preescolar

El Cuadro 6 presenta los datos oficiales más recientes sobre la mortalidad infantil y de niños de 1 a 4 años de edad. Costa Rica y Panamá son los países que representan las tasas más bajas de mortalidad infantil y preescolar y los que han experimentado

un mayor descenso en las tasas de mortalidad en las últimas décadas.

La información sobre mortalidad infantil y preescolar debe interpretarse con precaución debido al marcado subregistro de las estadísticas vitales en la mayoría de los países de la región centroamericana. Por esta razón, tasas bajas de mortalidad infantil o preescolar pueden encontrarse tanto en países con buenas estadísticas y servicios de salud como en aquellos que tienen un subregistro importante de la mortalidad. Con el fin de disminuir esas fuentes de error, los demógrafos han desarrollado técnicas que permiten estimar la probabilidad de morir a diferentes edades, utilizando la información de los censos de población que en Centro América y Panamá se realizan aproximadamente cada 10 años. En base a esa información, se estimó la probabilidad de morir entre el nacimiento y la edad exacta de dos años, por mil nacidos vivos, para cada país del Istmo, desagregando la información a varios niveles de la división político-administrativa de los países.

Las probabilidades de morir entre 0 y 24 mese se señalan en la Gráfica 9, en la que se muestra en el mapa de Centro América y Panamá las diferentes categorías de mortalidad con distintas tonalidades (11). Las menores probabilidades de morir se concentran en los países del Sur de la región, Costa Rica y Panamá, en comparación con lgs del Norte. Al interior de los países se identifican también áreas geográficas y divisiones político-administrativas donde la probabilidad de morir es menor, como es el caso de las capitales y ciudades más importantes en

cada uno de los paises. Este mapa del Istmo Centroamericano refleja, en gran medida, lo indicado en términos del retardo en talla en escolares, señalando que existen diferenciales en términos de mortalidad y del estado nutricional de niños preescolares que permiten identificar grupos de población con mayor riesgo de enfermar, desnutrirse y morir.

D. Situación Alimentaria y Aspectos Socioeconómicos

La disponibilidad de nutrientes per cápita depende de la producción de alimentos y de la población a la cual deben llegar esos alimentos. La producción agrícola, principal fuente de alimentos de la población centroamericana, depende a su vez del área de terreno cultivada, de la frecuencia de cultivos y del rendimiento por unidad del área cultivada. En las últimas décadas, el área de tierra destinada a la agricultura aumentó marcadamente en los paises de la región, tanto para la producción de alimentos como para los productos de exportación, como se muestra en la Gráfica 10 (12). Por otra parte, la proporción de trabajadores que se dedica a la agricultura, que se presenta en el Cuadro 7, ha disminuido en todos los paises de la región, aún cuando el número absoluto de agricultores ha aumentado. La variabilidad observada entre paises en relación a la tendencia de la proporción y el número de trabajadores agrícolas refleja no sólo el crecimiento poblacional, sino que también la extensión de la agricultura a nuevas áreas y la magnitud del proceso migratorio del área rural al área urbana (13).

En la región también se ha desarrollado y transferido, en

las últimas décadas, paquetes tecnológicos que incluyen la utilización de variedades de semilla de alto rendimiento, búsqueda de nuevas fuentes de alimentos, mecanización, aplicación de fertilizantes y otros, lo que en gran medida ha sido responsable de los cambios positivos observados en la Gráfica 11, en lo que respecta a niveles de producción agrícola en la región durante las últimas décadas (14).

Sin embargo, el crecimiento de la producción agrícola no puede continuar por tiempo indefinido. La extensión de la agricultura a nuevas tierras es cada vez más limitada y los paquetes tecnológicos no pueden aumentar los rendimientos más allá de lo que es prácticamente posible. Lo anterior debe agregarse a los problemas estructurales propios de la agricultura en la región, entre los cuales cabe mencionar los siguientes: distribución desigual de la tierra y altos niveles de desempleo y subempleo agrícola; concentración de la propiedad en grandes extensiones de tierra para la producción agrícola orientada a los mercados mundiales y pequeñas propiedades, con escasa capitalización, dedicadas a la economía de subsistencia; presión poblacional, incluyendo el crecimiento absoluto y los procesos migratorios; falta de programas adecuados de distribución de tierra y falta de apoyo al mediano y pequeño agricultor (15).

En relación con el crecimiento poblacional absoluto, que se presenta en la Gráfica 12, de 16.7 millones de habitantes en 1970, se incrementó a 25.9 millones en 1985 y se proyectan 50.8 millones para el año 2010. La Gráfica 13 muestra la variabilidad en las tendencias del crecimiento de la población para los

distintos países de la región, expresada como tasas anuales medias de crecimiento por 100 habitantes. Se identifica en esta gráfica que son precisamente los países con mayores problemas de salud y nutrición los que experimentarán una mayor presión poblacional en el futuro próximo. A esto deben agregarse los problemas asociados a la creciente migración del área rural urbana, que está afectando principalmente a Guatemala, Honduras, El Salvador, y a los grupos desplazados por los problemas político-militares y socioeconómico de la región (16).

A pesar de las altas tasas de crecimiento poblacional que se observan en la mayoría de los países de la región, la producción agrícola es potencialmente adecuada para satisfacer los requerimientos nutricionales de la población actual, pero el problema de la distribución de los alimentos, así como la orientación de la economía agrícola a los mercados mundiales crea incertidumbre acerca de la posibilidad de satisfacer las necesidades nutricionales de los grupos de población que no tienen una adecuada capacidad de compra.

La información sobre disponibilidad per cápita de calorías y proteínas, presentada en el Cuadro 8, destaca las marcadas diferencias entre los países de la región, pero no permite cuantificar la magnitud del problema en cada país, porque, siendo promedios nacionales, enmascaran las desigualdades en la ingesta entre grupos socioeconómicos diversos. Por otra parte, esa información no refleja necesariamente el consumo real de alimentos, que también es muy variable en los diferentes grupos socioeconómicos.

Una variable directamente asociada al estado de salud y nutrición de la población es su nivel educativo. Los cambios ocurridos en el nivel de escolaridad de la población centroamericana, reflejado en las tasas de analfabetismo en 1970 y 1980 se presenta en el Cuadro 9. Existe una tendencia en la Y hacia la denominación de las tasas de analfabetismo, lo que es más evidente en el caso de Nicaragua; las tasas de Nicaragua, Panamá y Costa Rica son considerablemente más bajas que la tasa promedio para la región (17).

El Cuadro 10 presenta información disponible sobre los niveles de pobreza en la región de Centro América y Panamá. Además de identificar la variabilidd entre países, la información acerca del nivel de pobreza permite estimar, en cada país, la magnitud real de la proporción de la población que no cuenta con ingresos suficientes para cubrir sus necesidades básicas (18). En el Cuadro 10 se presenta el efecto nutricional de la crisis económica que viven los países de la región y que se resume en el modelo sugerido por el Dr. José María Bengoa, distinguido nutricionista venezolano (19).

Lo anterior contrasta con la situación de grupos de población más favorecidos desde el punto de vista económico, en los que los problemas nutricionales se relacionan con la abundacia de alimentos y la falta de juicio correcto para seleccionar adecuadamente en esa abundancia. La información proveniente de encuestas efectuadas en Costa Rica evidencia que los grupos de mayores ingresos económicos tienen niveles de

consumo exageradamente altos, que pueden producir daños en la salud, mientras que los grupos de menores ingresos, que dedican una alta proporción de los mismos a la alimentación, tienen consumos deficientes (20).

La información sobre los problemas asociados a exceso en el consumo de alimentos, como la obesidad, las enfermedades cardiovasculares y otras, es insuficiente para determinar con precisión su magnitud en los diferentes países de la región de Centro América y Panamá. Sin embargo, los datos disponibles indican que el problema estaría afectando a grupos poblacionales de tamaño variable en los diferentes países, pero que tendría mayor proporción en Costa Rica y Panamá que en los otros países de la región.

III. COMENTARIOS FINALES

1. Los problemas actuales de alimentación y nutrición del istmo centroamericano generalmente no están asociados con una escasez fundamental de recursos. Los problemas son más bien de escasez relativa, ocasionada por la falta de equidad y las decisiones equivocadas de los programas económico-sociales. El reto de la presente década consiste en corregir políticas y programas, y al mismo tiempo, incorporar componentes alimentario-nutricionales dentro de planes nacionales y sectoriales, planteando como básico que los programas influencien positivamente a las familias más desfavorecidas. Por otra parte, la presión poblacional

y su relación con la producción de alimentos debe enfrentarse al más corto plazo, en especial en países donde la situación nutricional actual es más inadecuada.

2. Los aspectos fundamentales a considerar en la solución de los problemas de alimentación y nutrición en cualquier país son el tipo de recursos disponibles y la estrategia de su utilización. Es reconocido que la disponibilidad de recursos está influenciada por el estilo de desarrollo adoptado por los países; sin embargo, la manera como se utilizan los recursos es a veces mucho más importante que la disponibilidad misma. La disponibilidad y forma de utilización de los recursos queda determinada en gran medida por las instituciones y políticas definidas por el sector social.

3. En el corto plazo, la alternativa más apropiada para contribuir a la solución de la problemática alimentario nutricional consiste en la ampliación de la cobertura de los servicios básicos o primarios de los sectores sociales, como educación, salud, seguridad social y otros, para beneficio de la población rural y urbano marginal de los países de la región.

REFERENCIAS

1. Delgado H. Vigilancia Alimentaria nutricional. En: Memorias de la Jornada de Vigilancia Alimentaria Nutricional "Dr. Victor Valverde Gómez". San José, Costa Rica, Julio 1987.

2. Valverde V, Delgado H, Noguera A y R. Flores. Malnutrition in Tropical America. En: White PL and N Selvey (eds.). Malnutrition: Determinants and Consequences. pp. 3-17. Alan R. Liss, New York, 1984.

3. Ministerio de Educación Pública - Guatemala - INCAP. Encuesta Nacional de Bocio. Datos preliminares de la Encuesta Nacional. Guatemala, 1987.

4. INCIENSA, Costa Rica. Nutrición de Hierro en Costa Rica. Datos no publicados. 1987.

5. Franzetti S, Mejía LA, Viteri FE y E Alvarez. Body iron reserves of rural and urban Guatemalan women of reproductive age. Arch Latinoamer Nutr 34(1):69-82, 1984.

6. Valverde V, Delgado H, Sibrián R y cols. Análisis Uniforme de Datos Antropométricos Para Sistemas de Vigilancia Alimentaria Nutricional. INCAP, 1985.

7. Delgado H. Control of diarrheal diseases in Central America and Panama. Presentado en la Octava Reunión del Grupo Técnico Asesor del Programa de Control de la Enfermedad Diarreica. Washington, D.C. Marzo 9-13, 1987.

8. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social - Guatemala - INCAP. Encuesta Simplificada de Salud y Nutrición Materno-Infantil. Guatemala 1986.

9. Valverde V, Delgado H, Noguera A, Palmieri M, Flores R, Sibrián R y P Palma. Revisión de las experiencias de Censo de Talla de Escolares. En: Seminario - Taller Subregional: Aporte de los Censos de Talla de Escolares en SISVAN. INCAP, Guatemala, 1984.

10. División de Desarrollo Humano del INCAP. Nutrición, crecimiento y desarrollo. Bol Of San Pan 78(1):38-51, 1975.

11. CELADE. La mortalidad en los primeros años de vida en los países de la América Latina - reportes específicos para los países de Centro América y Panamá.

12. FAO. Production Yearbook - varios años - estimado por Kohlhepp S. (referencia 15.)

13. FAO. Production Yearbook, Vol. 37, 1983 - Roma 1986.

14. FAO. Trade Yearbook, Vol. 37, 1983 - Roma 1986.

15. Kohlhepp, S. Problems of agriculture in Latin America. Production of foods-crops versus production of energy-plants and exports. Appl Geograph Dev 27:60-92, 1986.

16. CEPAL. Anuario estadístico de América Latina. Santiago, Chile, 1984. pp. 207-209.

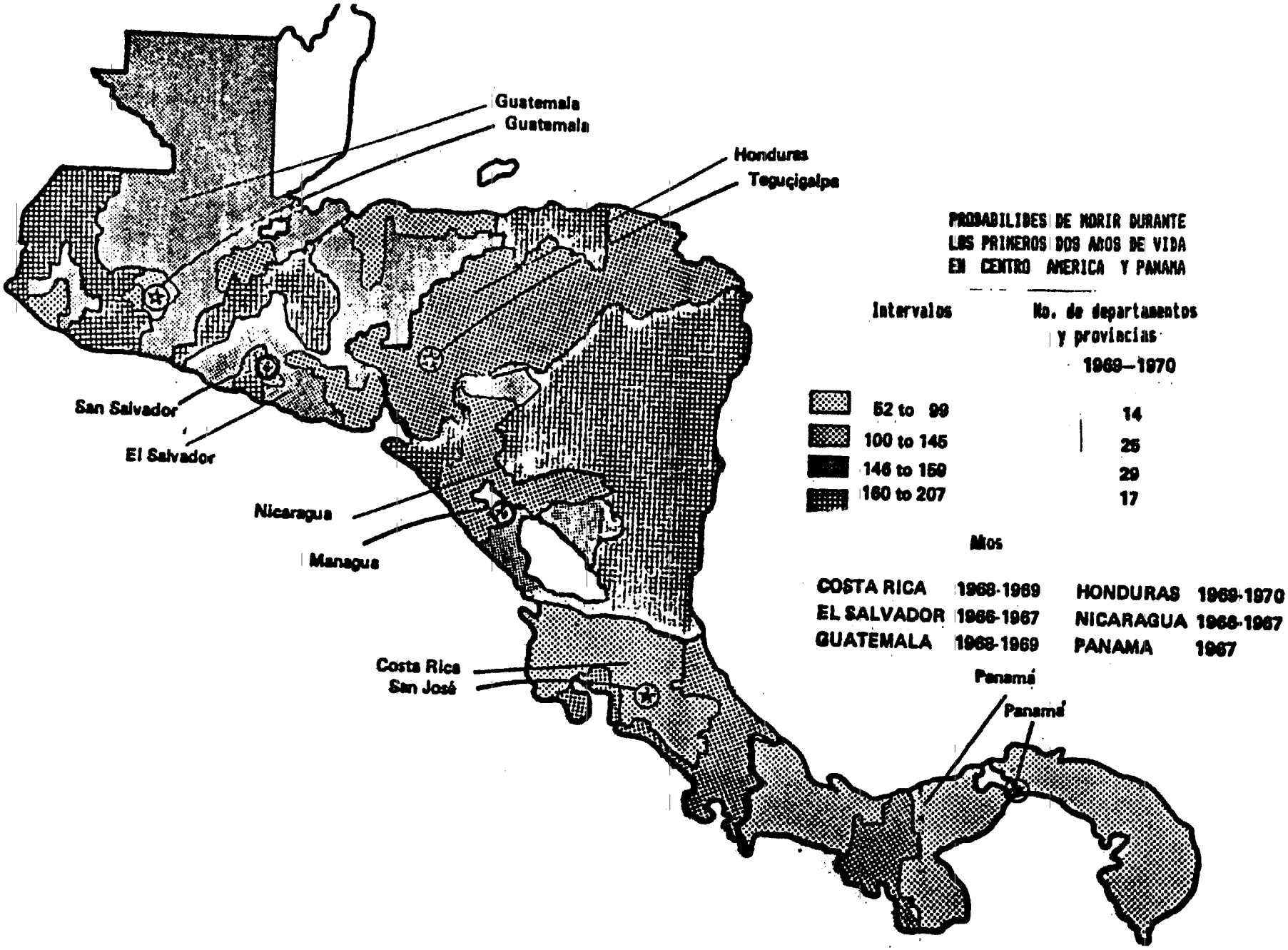
17. CEPAL. Notas sobre la evolución del desarrollo social del istmo Centroamericano hasta 1980. México, 1980. pp. 33.

18. CEPAL. Proyecto de necesidades básicas en el istmo Centroamericano en base de información de los países y CELADE. Boletín Demográfico Año XIV No. 28. 1983.

19. Bengoa JM. Evaluación y vigencia de los indicadores sociales para la vigilancia nutricional. En: Memorias de la Jornada de Vigilancia Alimentaria Nutricional "Dr. Víctor Valverde Gómez". San José, Costa Rica, Julio 1987.

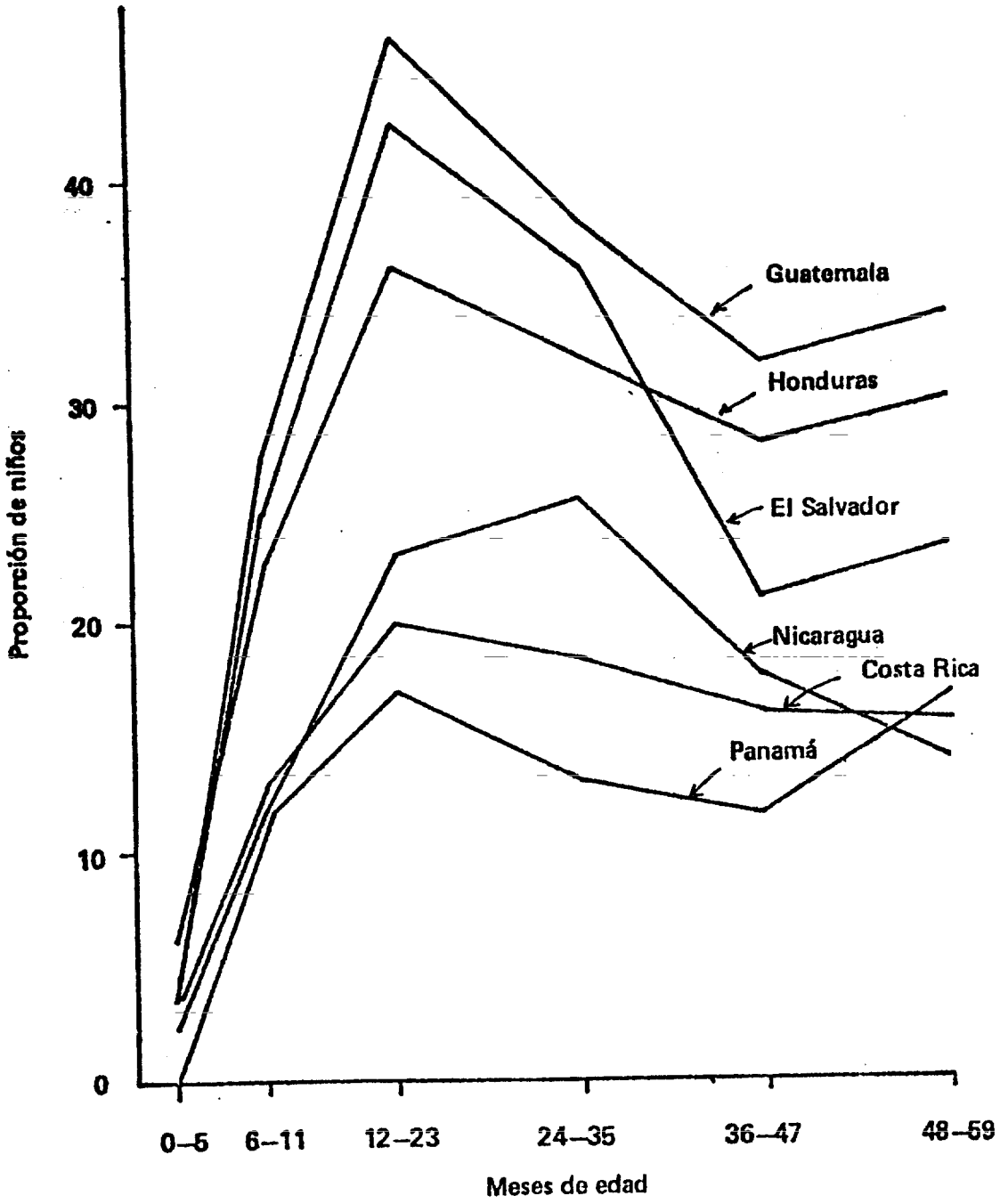
20. Cervantes S. Gasto en alimentos según categorías de ingreso y su relación con el estado nutricional de niños. Bol Inf SIN 1(8): 1980. Costa Rica.

100


Guatemala
Guatemala
Honduras
Tegucigalpa
San Salvador
El Salvador
Nicaragua
Managua
Costa Rica
San José
Panamá
Panamá
PROBABILIDES DE MORIR DURANTE
LOS PRIMEROS DOS AÑOS DE VIDA
EN CENTRO AMERICA Y PANAMA
Intervalos
No. de departamentos y provincias 1969—1970
52 to 99
14
100 to 145
25
146 to 159
29
160 to 207
17
Años
COSTA RICA 1968-1969
EL SALVADOR 1966-1967
GUATEMALA 1968-1969
HONDURAS 1969-1970
NICARAGUA 1966-1967
PANAMA 1967

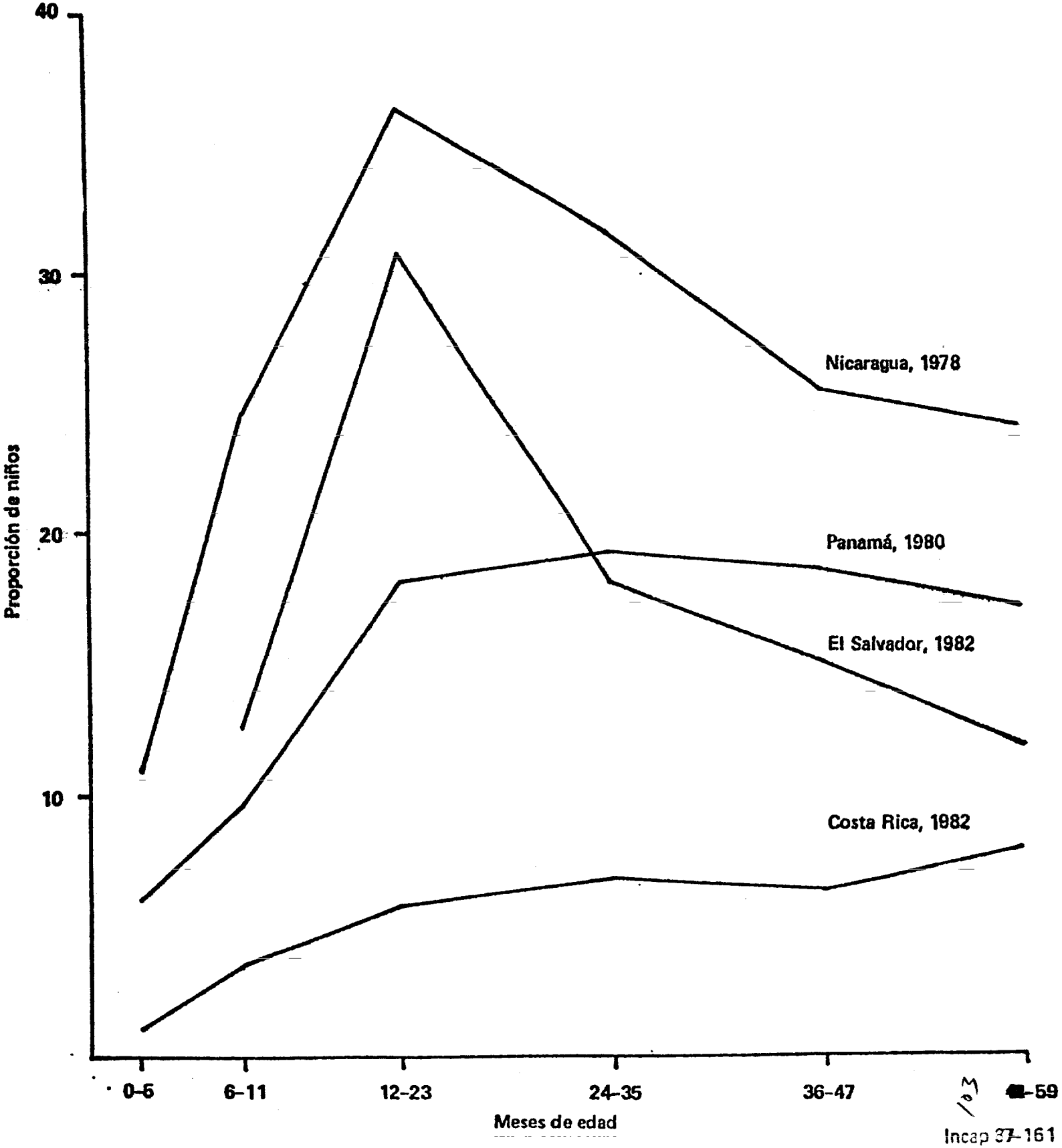
GRAFICA 1

PROPORCION DE NIÑOS CON RETARDO EN PESO PE/E <2 D.E./OMS), EN CENTRO AMERICA Y PANAMA – 1965–1967



GRAFICA 2

PREVALENCIA DE RETARDO EN PESO (P/E < -2 DE/OMS)
EN CENTRO AMERICA Y PANAMA – 1978 – 1982

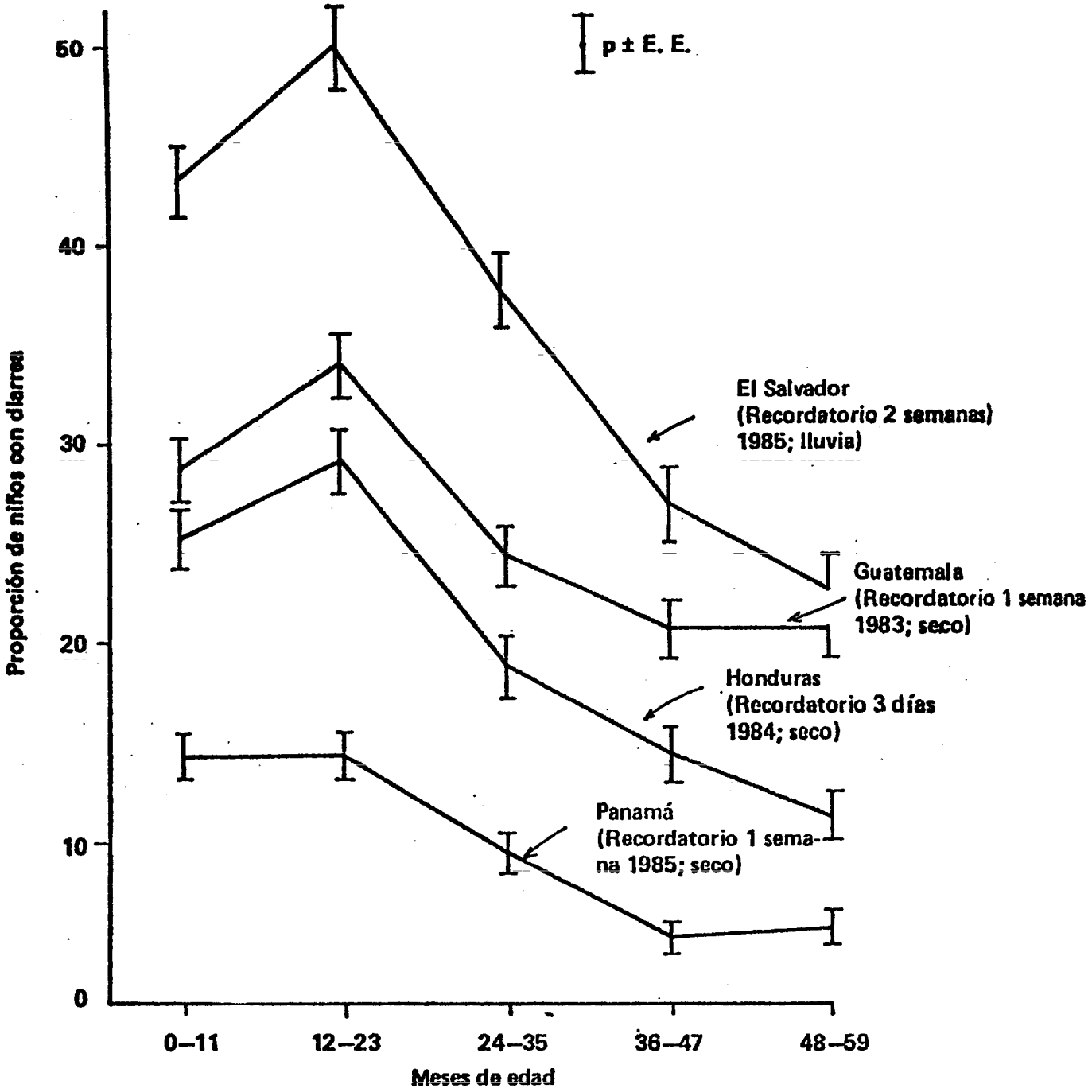


103

Incap 37-161

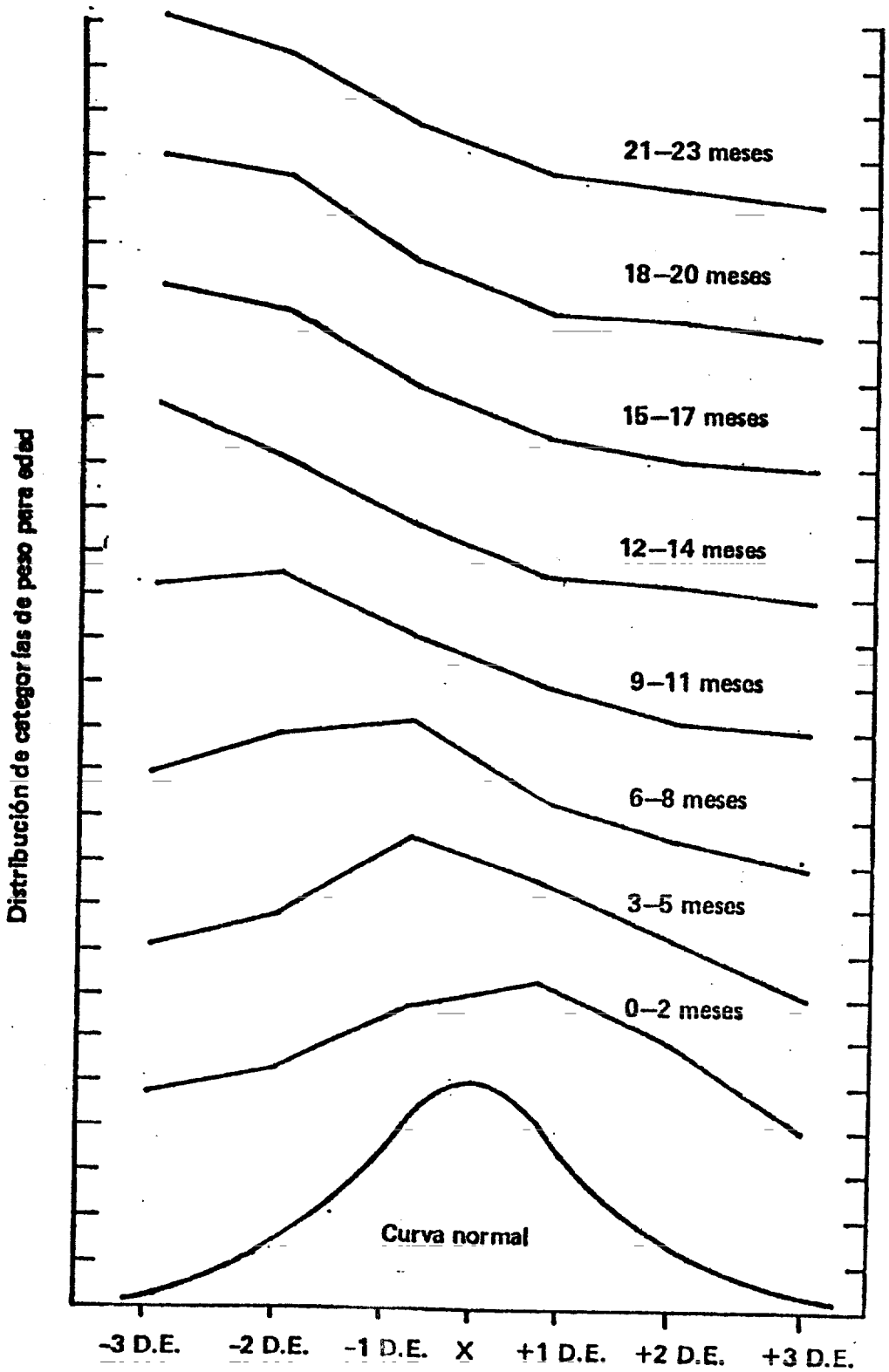
GRAFICA 3

PROPORCION DE NIÑOS CON ENFERMEDAD DIARREICA EN PERIODO PREVIO A ENCUESTAS NACIONALES DE SALUD Y NUTRICION
Centro América y Panamá, 1983–85



GRAFICA 4

PESO DE NIÑOS MENORES DE 24 MESES DE EDAD, COMPARADO CON LA POBLACION DE REFERENCIA DE LA OMS AREA RURAL, GUATEMALA, 1985–86

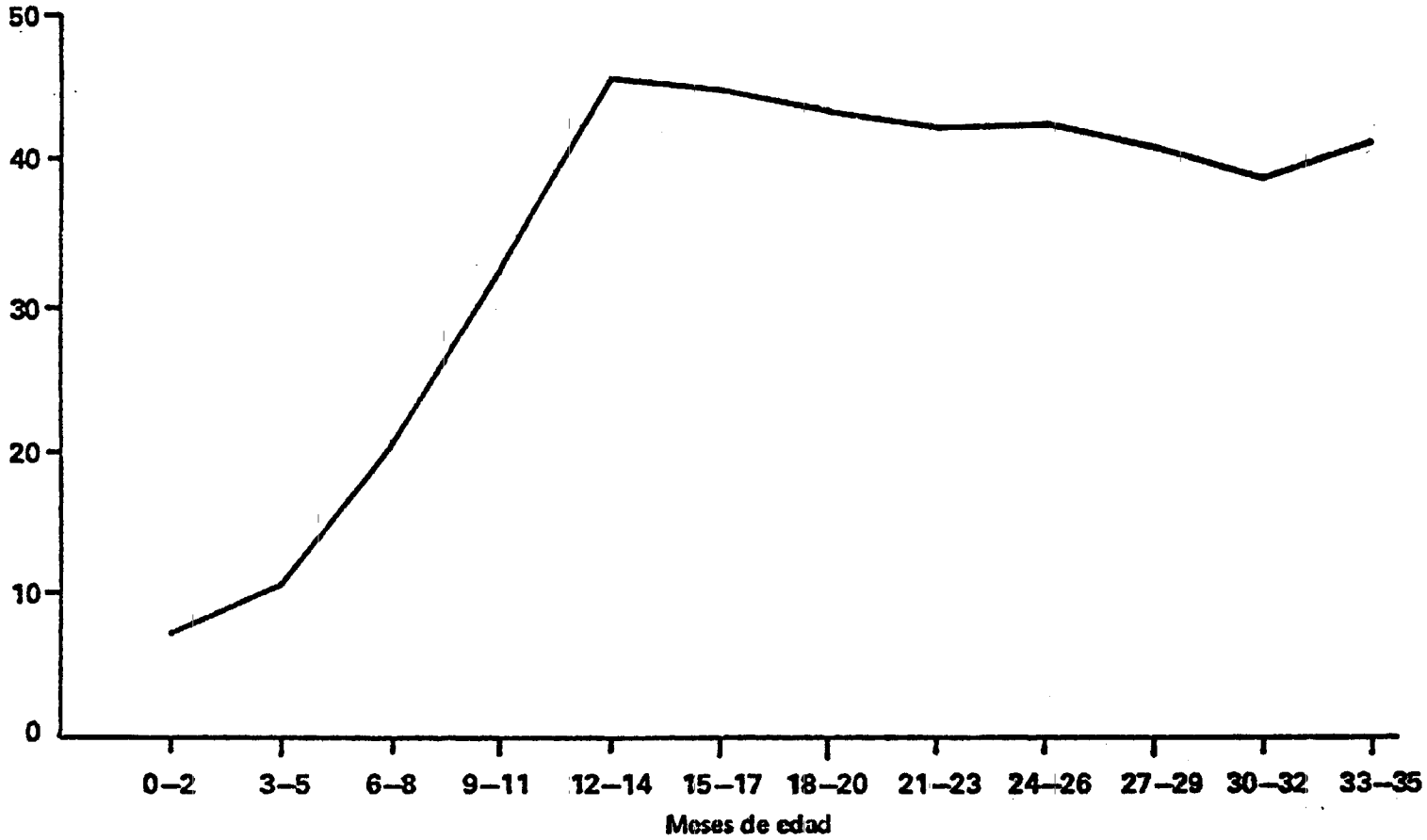


Incap 86–563

105

GRAFICA 5

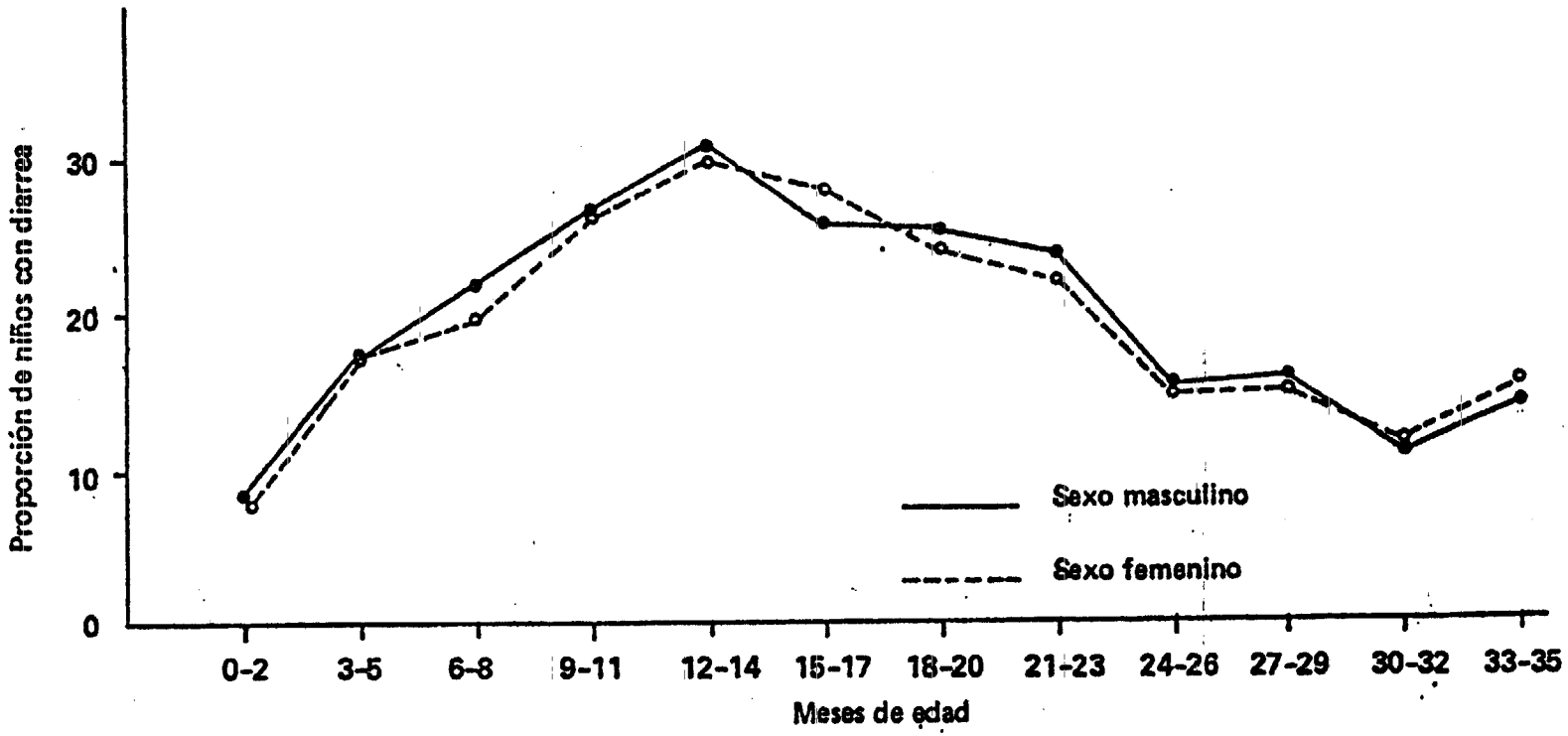
PROPORCION DE NIÑOS CON RETARDO EN PESO (PUNTAJE Z <–2.00), AMBOS SEXOS
AREAS RURALES, GUATEMALA, 1985–86



Incap 86–557

GRAFICA 6

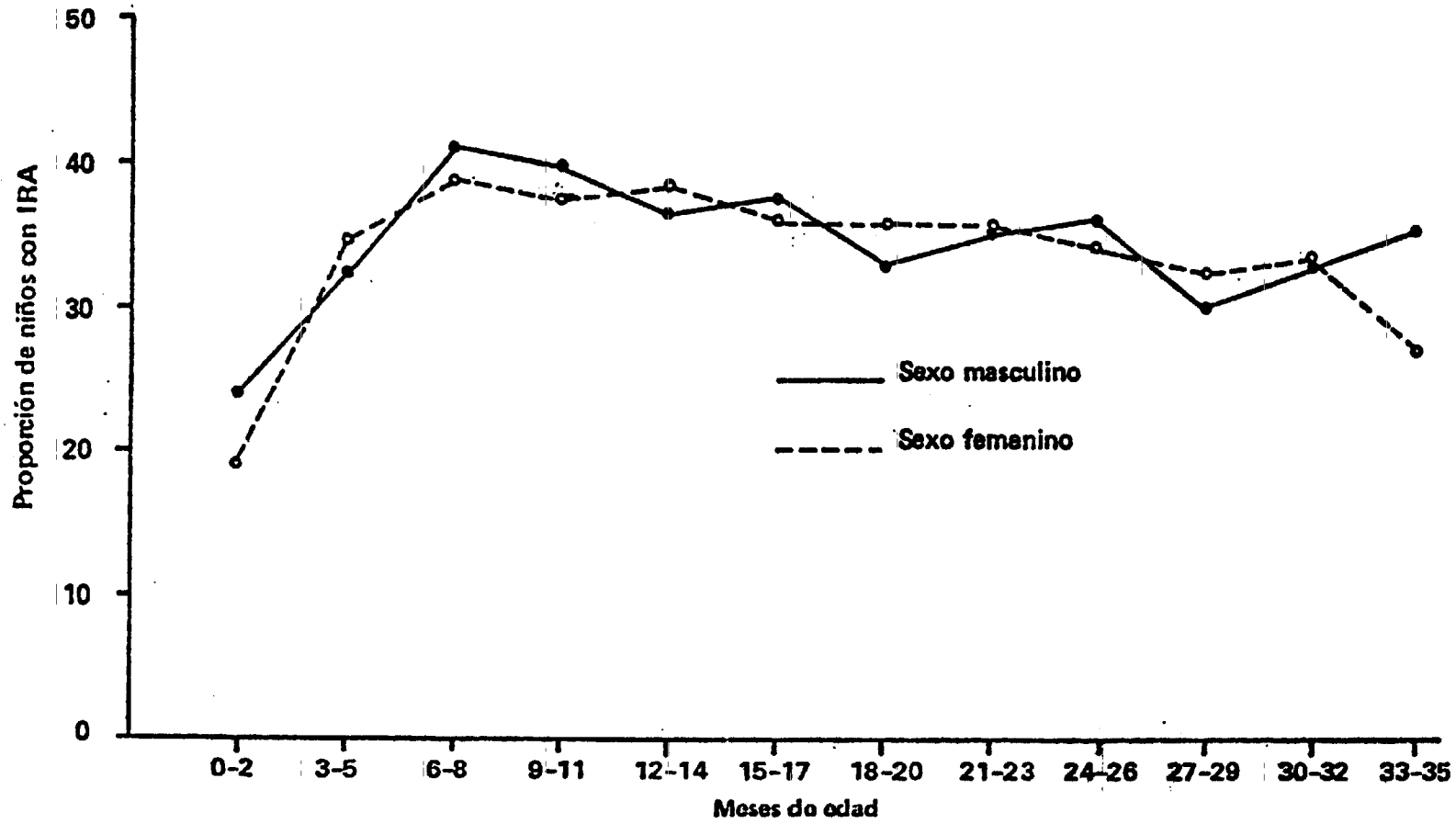
PROPORCION DE NIÑOS CON DIARREA EN LA ULTIMA QUINCENA
AREAS RURALES, GUATEMALA, 1985–86



Incap 86–560

GRAFICA 7

PROPORCION DE NIÑOS CON INFECCION RESPIRATORIA AGUDA EN LA ULTIMA QUINCENA
AREAS RURALES, GUATEMALA, 1985–86

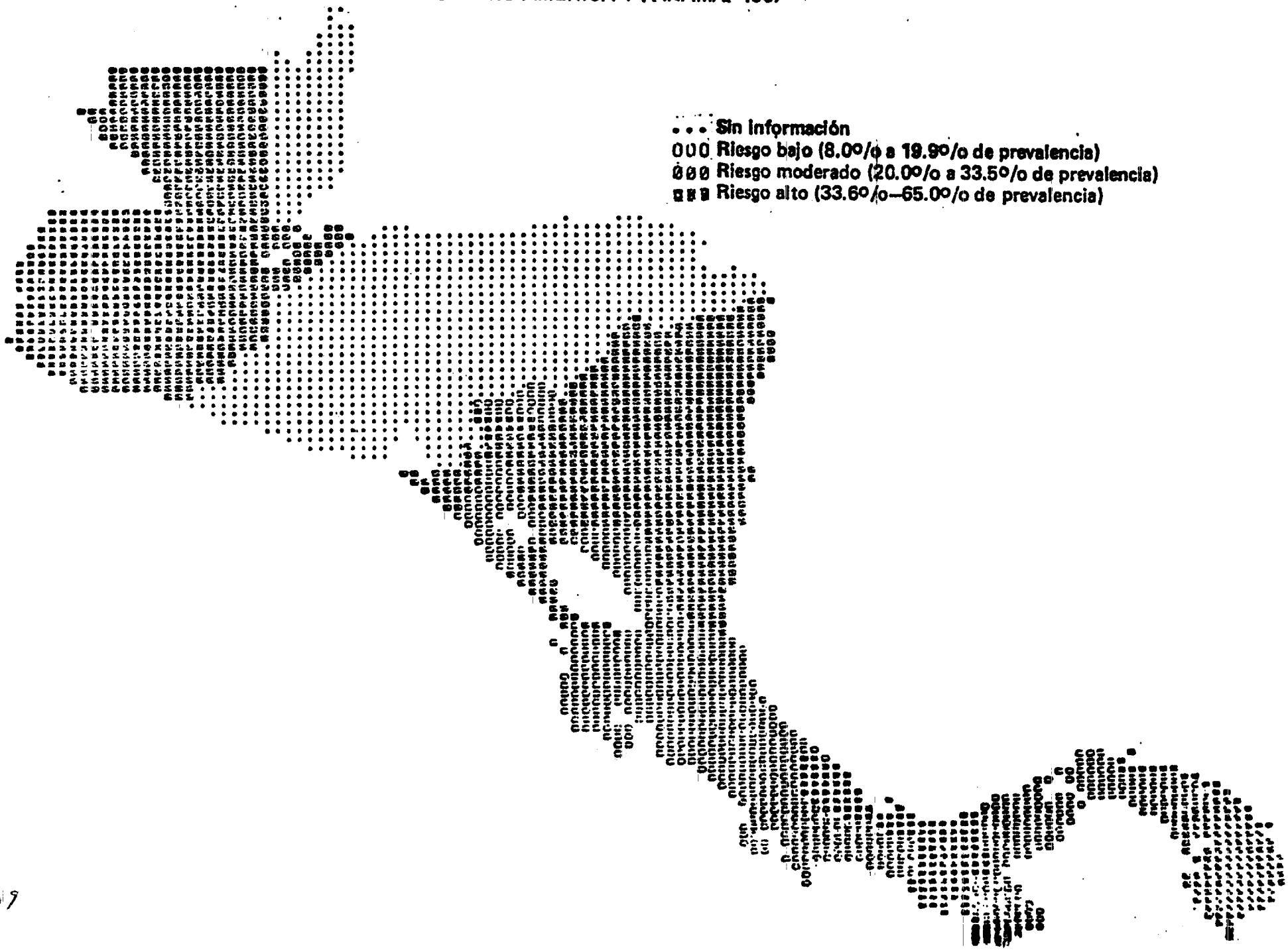


Incap 86–561

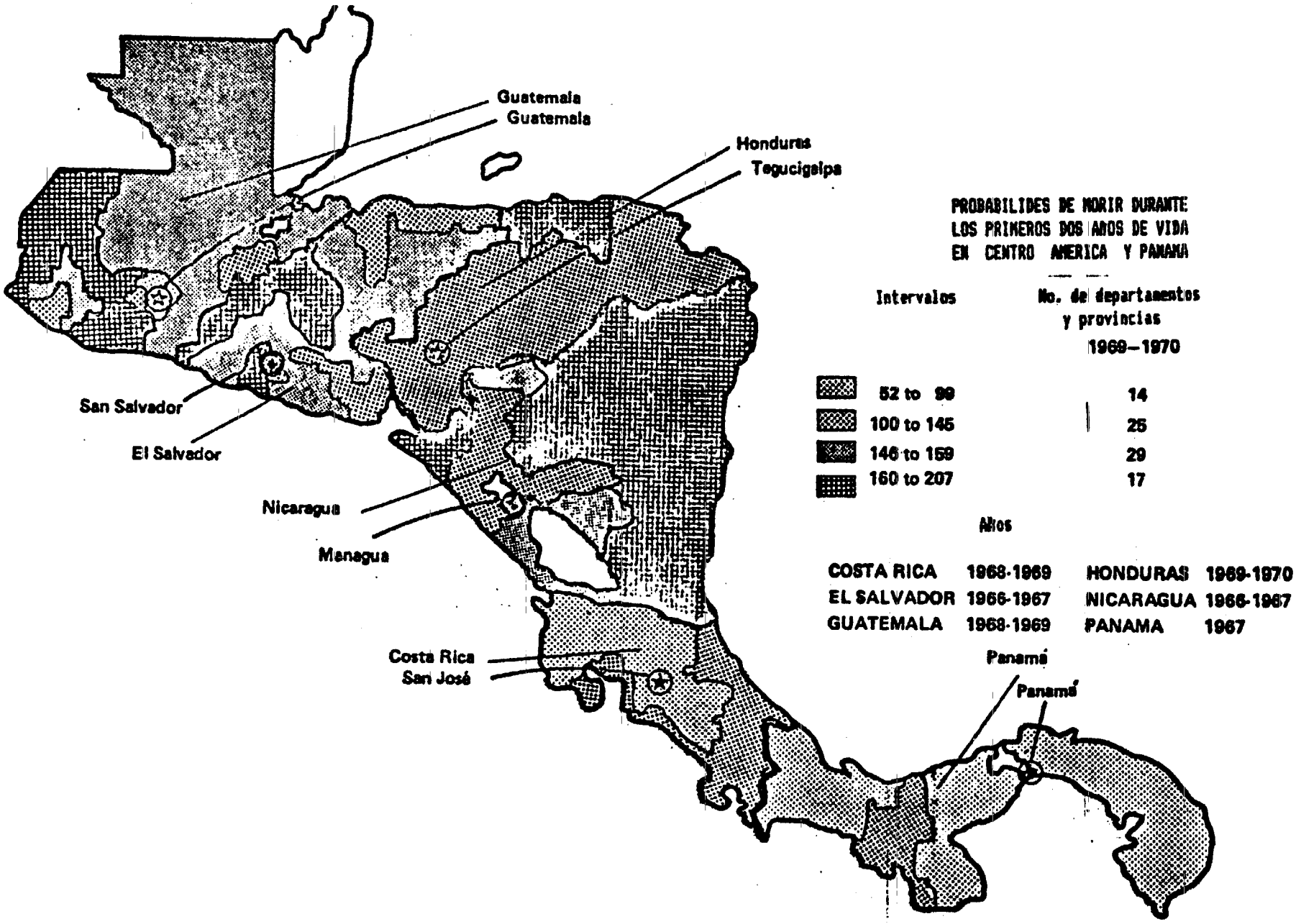
105

GRAFICA 8

DISTRIBUCION DE LA PREVALENCIA DE RETARDO EN TALLA EN ESCOLARES DE CENTRO AMERICA Y PANAMA. 1987

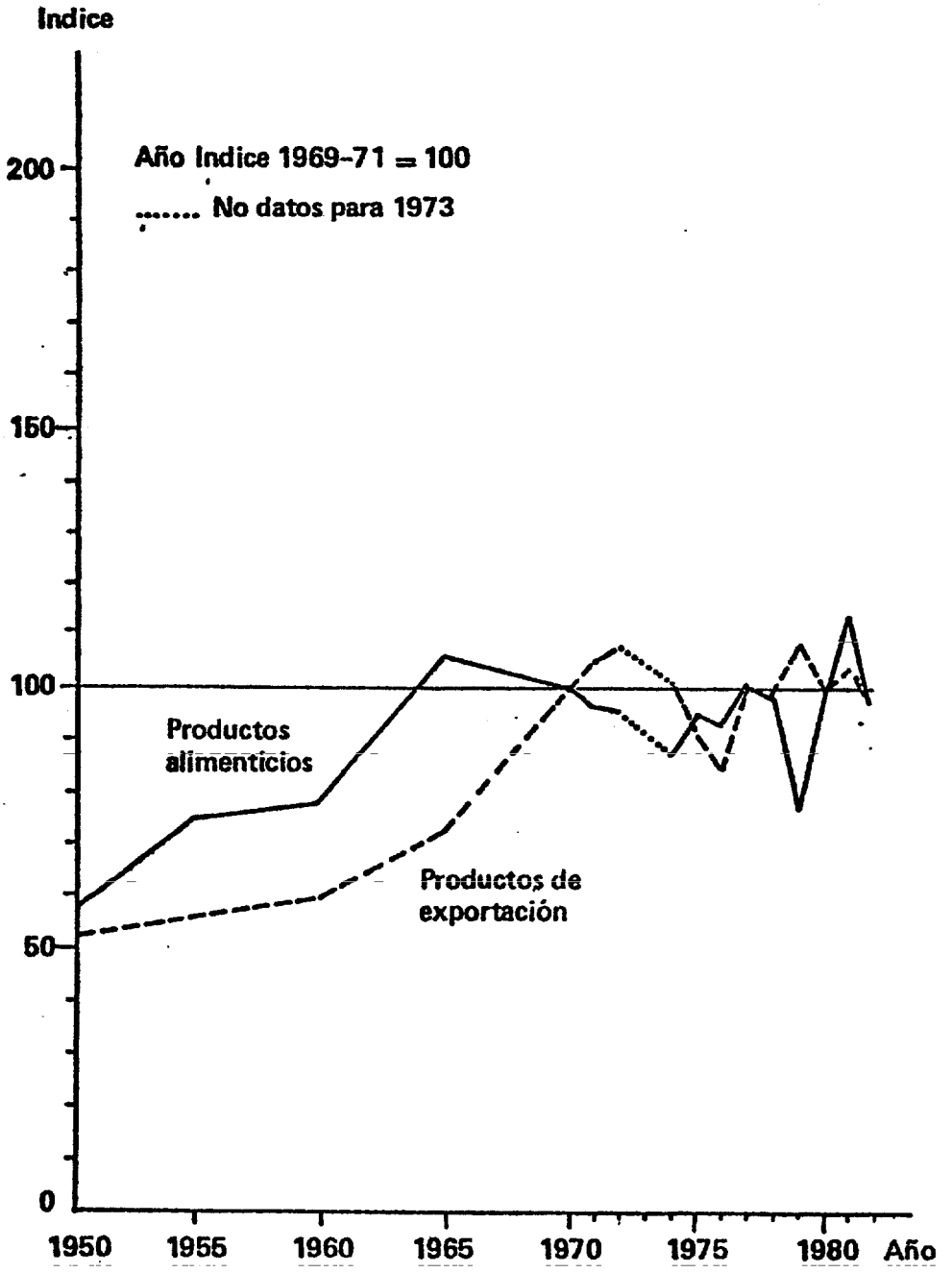


GRAFICA 9


Guatemala
Guatemala
Honduras
Tegucigalpa
San Salvador
El Salvador
Nicaragua
Managua
Costa Rica
San José
Panamá
Panamá
PROBABILIDES DE MORIR DURANTE
LOS PRIMEROS DOS AÑOS DE VIDA
EN CENTRO AMERICA Y PANAMA
Intervalos
No. de departamentos y provincias 1969–1970
52 to 99 14
100 to 145 25
146 to 159 29
160 to 207 17
Años
COSTA RICA 1968-1969
EL SALVADOR 1966-1967
GUATEMALA 1968-1969
HONDURAS 1969-1970
NICARAGUA 1966-1967
PANAMA 1967

GRAFICA 10

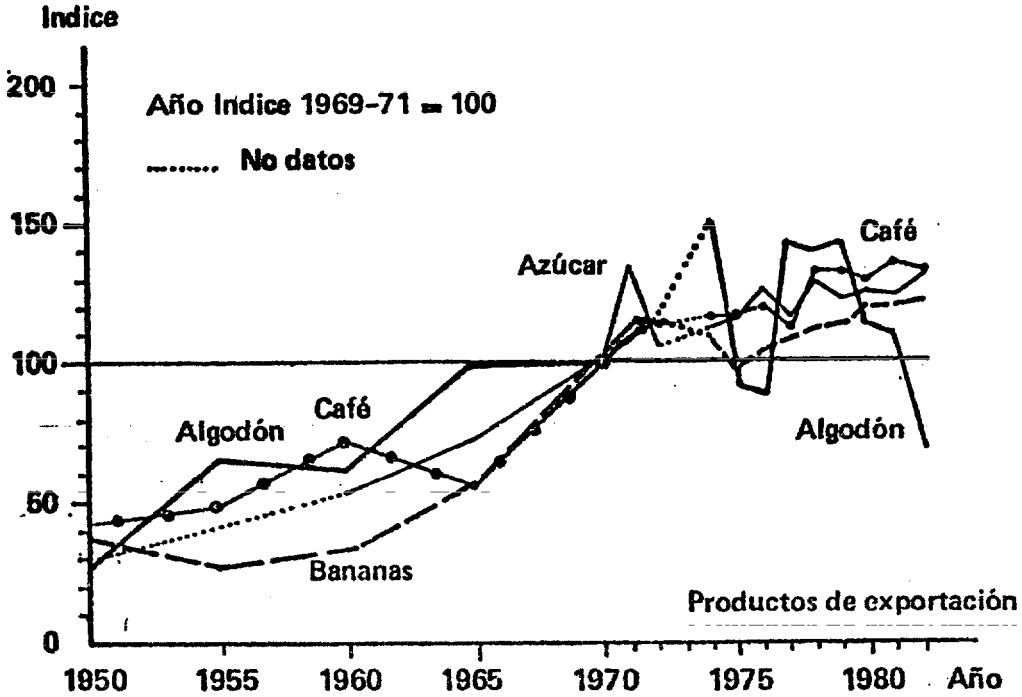
DESARROLLO DE AREAS DE CULTIVO DE PRODUCTOS ALIMENTARIOS Y DE EXPORTACION

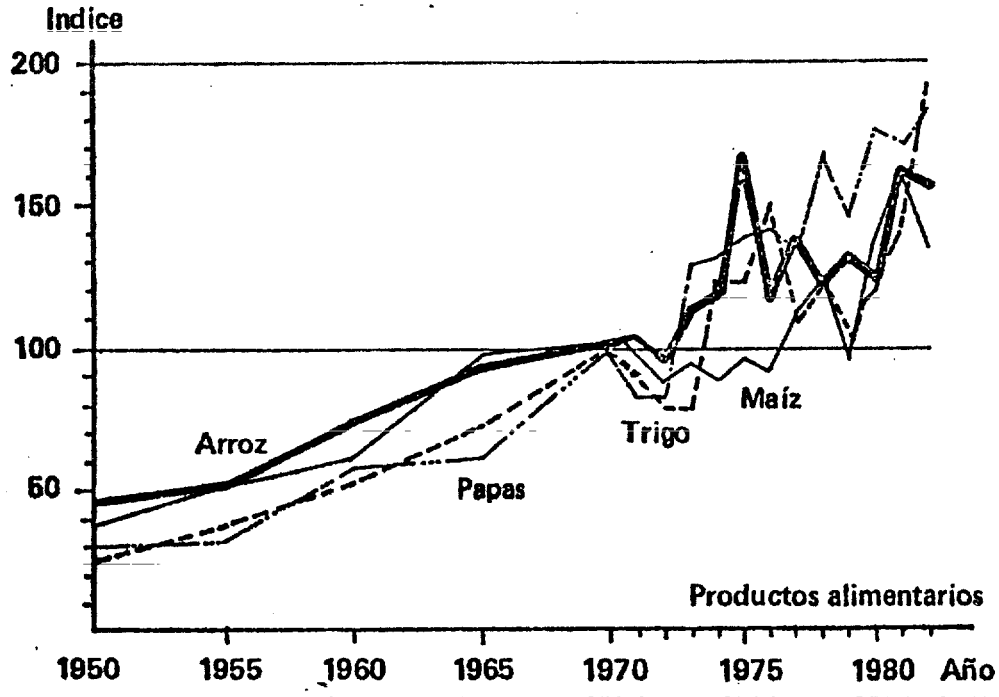


Incap 87-157

GRAFICA 11

DESARROLLO DE LA PRODUCCION DE BIENES ALIMENTARIOS Y DE EXPORTACION



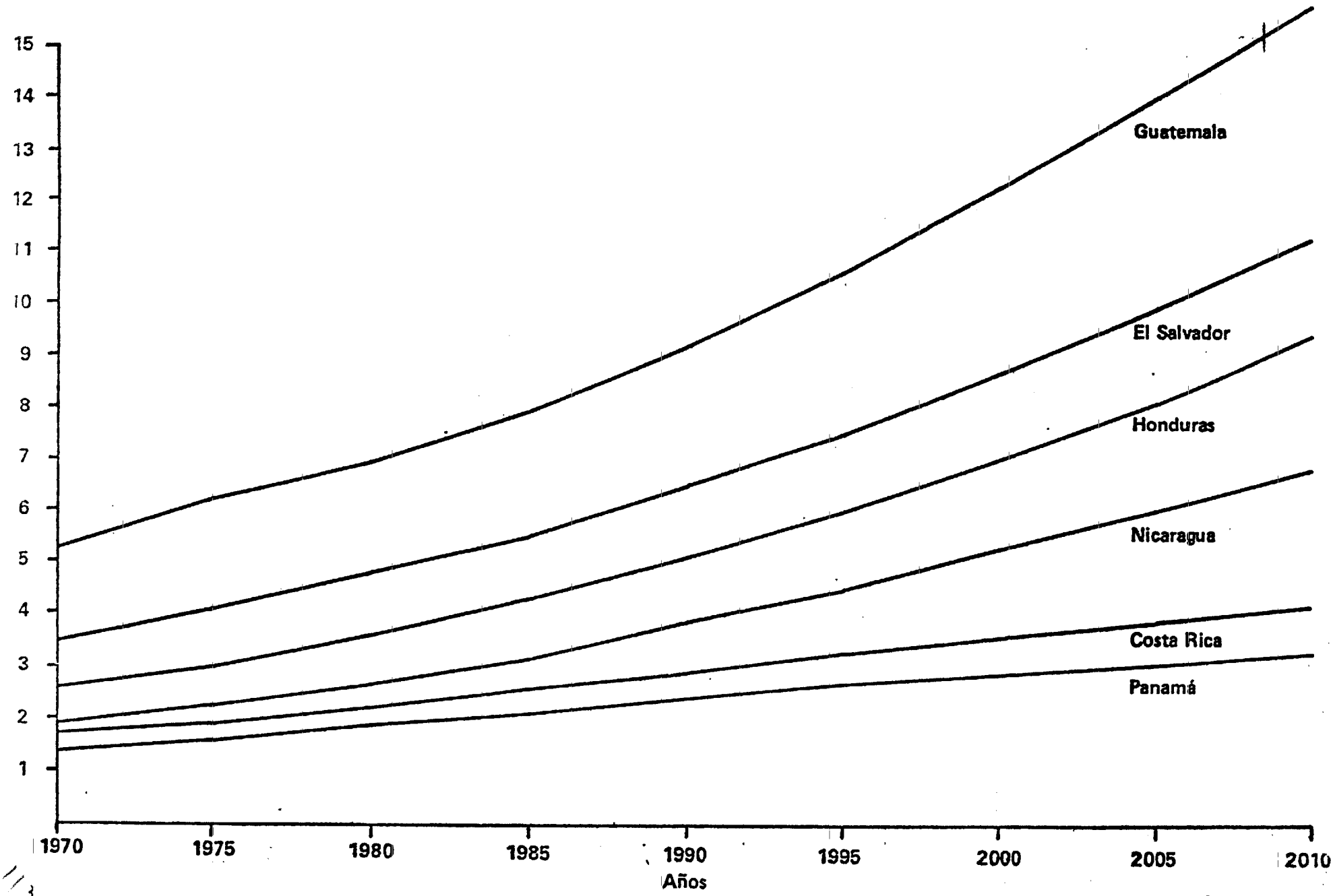


Incap 87-158

112

GRAFICA 12

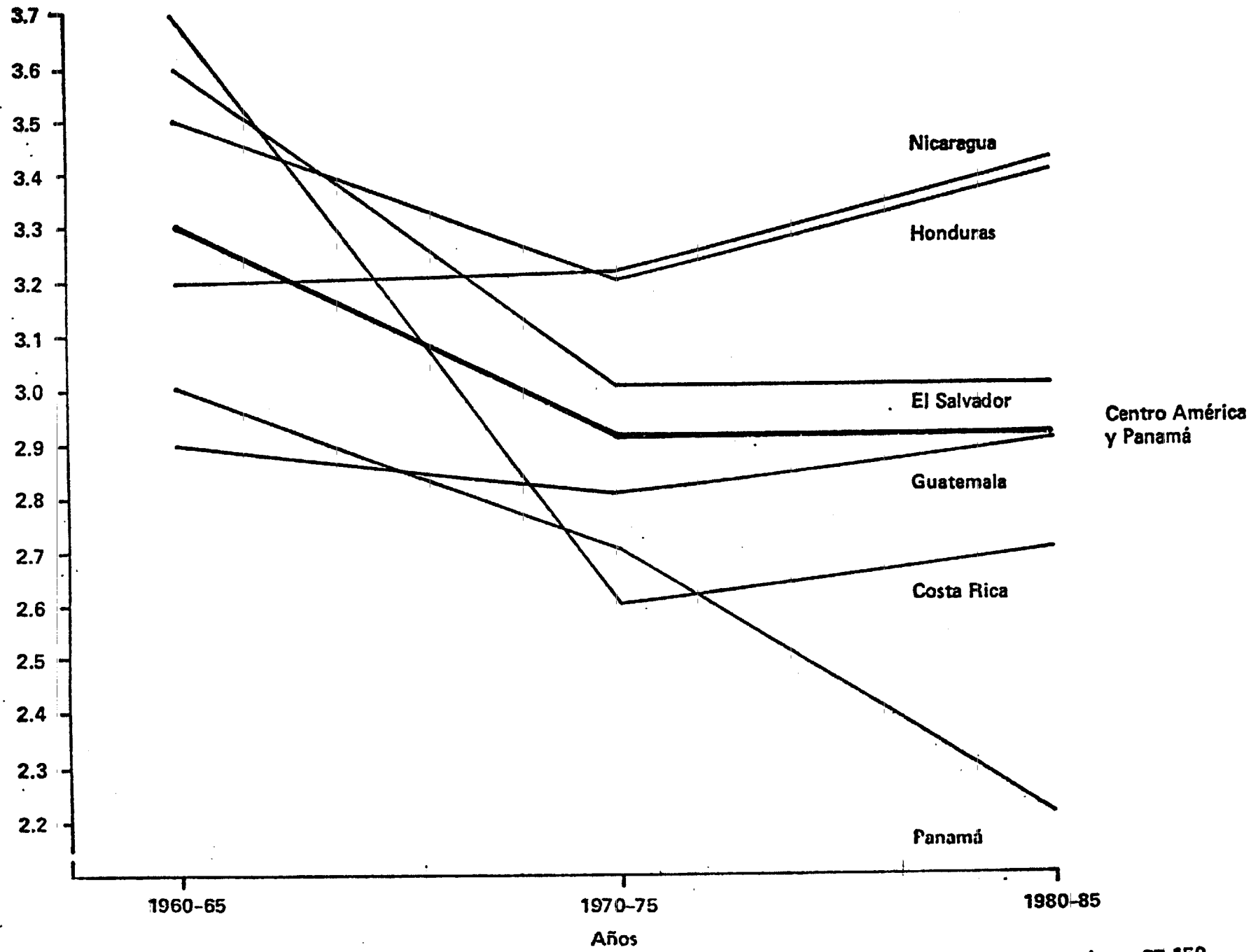
POBLACION TOTAL EN CENTRO AMERICA Y PANAMA
1970 – 2010



Incap 87-160

GRAFICA 15

CRECIMIENTO POBLACIONAL EN CENTRO AMERICA Y PANAMA.
TASAS ANUALES MEDIAS POR 100 HABITANTES.



114

Incap 87-159

CUADRO 1

PREVALENCIA DE DEFICIENCIA DE VITAMINA A (< 20 μg/dl) EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS EN CENTRO AMERICA Y PANAMA

País	Período[1]	Prevalencia (%)		Reducción anual promedio
		Encuesta previa	Encuesta más reciente	
Costa Rica	1966-1981	32.5	1.6	2.06
El Salvador	1966-1976	50.0	33.3	1.67
Guatemala	1965-1977	26.2	9.2	1.42
Honduras	1967-1980	39.5	2.8	2.82
Nicaragua	1966	19.8	—	—
Panamá	1967	18.4	—	—

1 Años de la primera encuesta y la encuesta más reciente.

Incap 85-201

CUADRO 2

PREVALENCIA DE BOCIO ENDEMICO EN DIFERENTES PERIODOS EN CENTRO AMERICA Y PANAMA

País	Período[1]	Prevalencia (%)		Reducción anual promedio
		Primera encuesta	Encuesta más reciente	
Costa Rica	1969-1979	18	4	1.1
El Salvador	1967-1973	48	24	4.0
Guatemala	1954-1979	38	10	1.1
Honduras	1966	17	—	—
Nicaragua	1978-1981	33	20	4.3
Panamá	1967-1975	16	6	1.2

1 Años de la primera encuesta y la encuesta más reciente.

Incap 85—203

CUADRO 3

MORTALIDAD INFANTIL Y DE NIÑOS DE 1-4 AÑOS EN CENTRO AMERICA Y PANAMA

País	Año	Mortalidad infantil	Año	Mortalidad 1-4 años
Costa Rica	1982	18.8	1982	0.8
El Salvador	1980	74.7	1982	3.1
Guatemala	1983	64.9	1983	15.5
Honduras	1983	102.0	1979	4.3
Nicaragua	1982	80.2	1979	10.4
Panamá	1982	20.0	1982	2.0

Incap 85-197

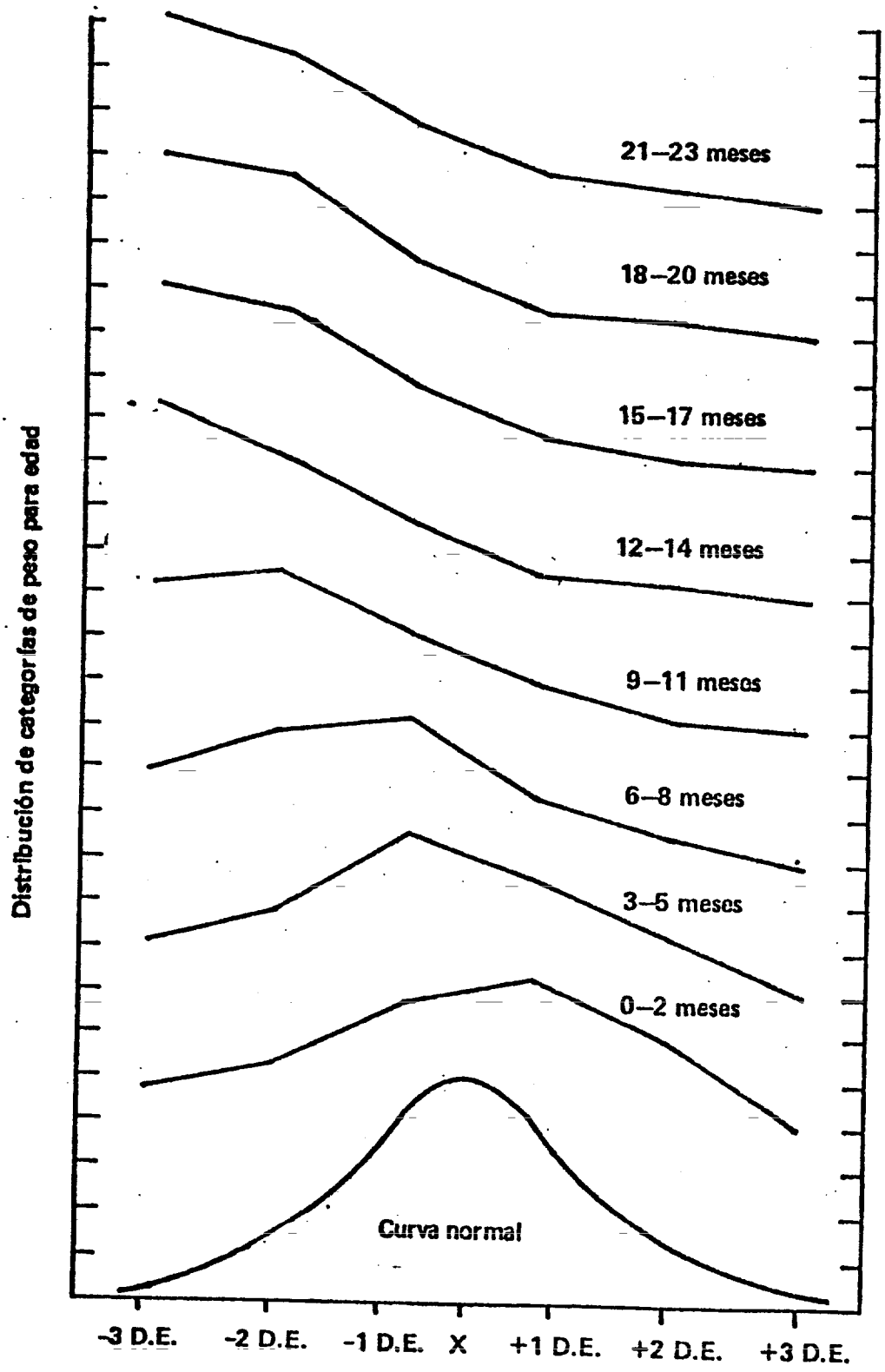
PREVALENCIA DE ANEMIA Y DEFICIENCIA DE RIBOFLAVINA EN CENTRO AMERICA Y PANAMA 1965–1967

País	Prevalencia (o/o)	
	Deficiencia de Riboflavina (Niveles bajos y deficientes en glóbulos rojos)	Anemia (Saturación de transferrina <20o/o)
Costa Rica	16.1	46
El Salvador	54.7	42
Guatemala	14.5	49
Honduras	31.6	48
Nicaragua	9.7	49
Panamá	18.5	60

Incap 85-198

GRAFICA 4

PESO DE NIÑOS MENORES DE 24 MESES DE EDAD, COMPARADO CON LA POBLACION DE REFERENCIA DE LA OMS AREA RURAL, GUATEMALA, 1985–86



Incap 86–563

CUADRO 5

PREVALENCIA DE RETARDO EN TALLA DE ESCOLARES* EN BASE A LOS CENSOS DE TALLA DE COSTA RICA DE 1979, 1981, 1983 y 1985

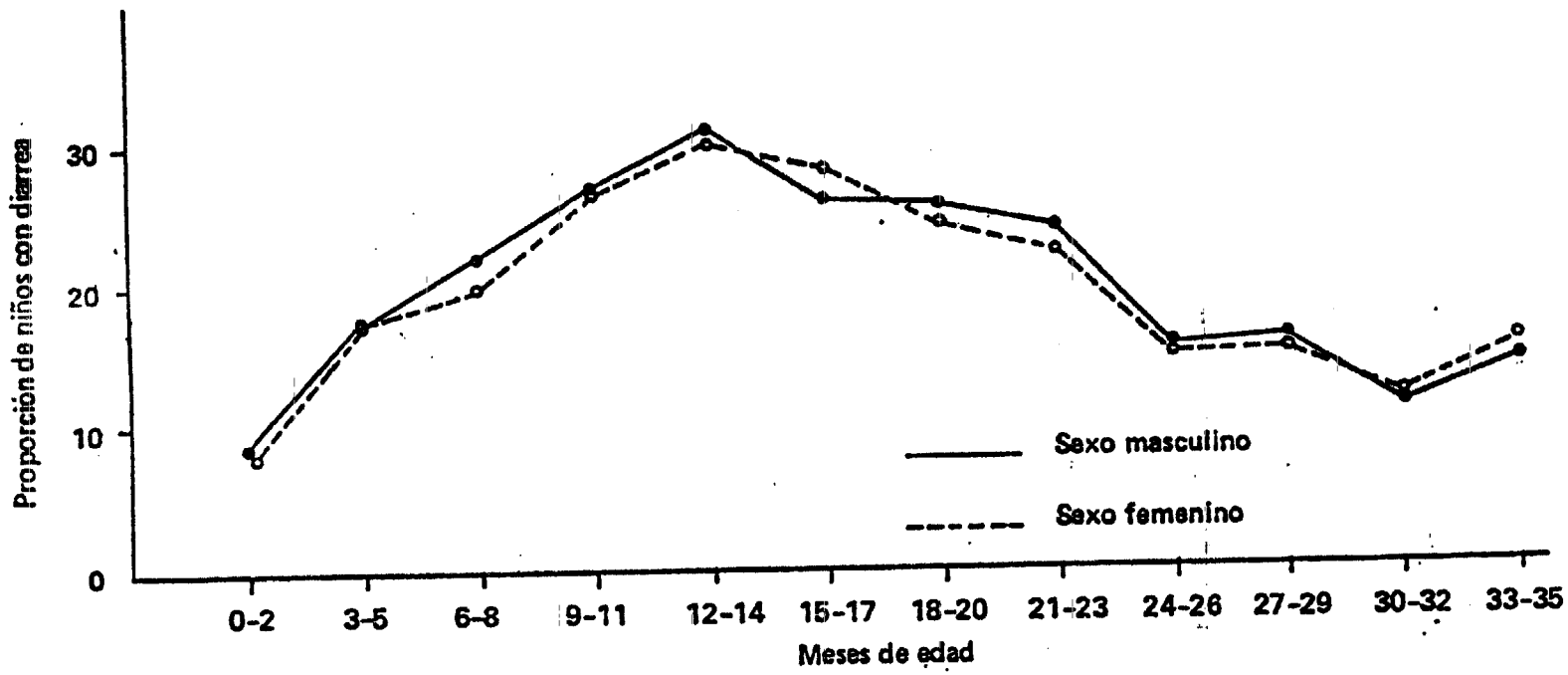
Provincia	Años censados			
	1979	1981	1983	1985
San José	18.6	14.6	11.7	10.0
Alajuela	18.4	14.1	11.0	9.7
Cartago	22.6	18.1	15.0	13.4
Heredia	16.1	10.7	8.6	9.3
Guanacaste	19.5	14.1	11.9	10.6
Puntarenas	25.8	19.3	16.7	14.6
Limón	24.7	17.0	15.1	14.4
Promedio Nacional	20.4	15.4	12.7	11.3
Total de niños	52,117	55,572	59,510	64,547

* Talla < -2 D.E. de la población de referencia de la OMS.
Fuente: Arce, T. Sistema de Información en Nutrición (SIN). Costa Rica, 1986.

Incap 87-152

GRAFICA 6

PROPORCION DE NIÑOS CON DIARREA EN LA ULTIMA QUINCENA
AREAS RURALES, GUATEMALA, 1985–86



Incap 86–560

CUADRO 7

NUMERO Y PROPORCION DE LA POBLACION EN AGRICULTURA EN CENTROAMERICA Y PANAMA 1970–1984

País	Proporción trabajadores en actividades agrícolas como porcentaje del total de trabajadores			Cambios porcentuales ocurridos entre 1970–1984 en:	
				proporción del número total de trabajadores	número de trabajadores en agricultura
	1970	1982	1984		
Costa Rica	42.4	33.7	32.4	–20.9	25.4
El Salvador	56.1	49.2	48.1	–14.3	31.6
Guatemala	61.0	53.6	52.4	–14.1	29.8
Honduras	66.5	61.8	61.0	–7.1	41.8
Nicaragua	51.3	41.1	39.4	–23.2	17.7
Panamá	41.4	33.1	31.8	–23.2	6.0

Fuente: FAO Production Yearbook, Vol. 38, 1984. Roma 1985.

Incap 87-156

CUADRO 8

DISPONIBILIDAD DIARIA DE ENERGIA (kcal) Y PROTEINA (g) POR PERSONA, EN BASE A LAS HOJAS DE BALANCE DE ALIMENTOS PARA CENTROAMERICA Y PANAMA

País	Período previo (1969-1971)		Período más reciente (1979-1981)	
	Energía (kcal)	Proteína (g)	Energía (kcal)	Proteína (g)
Costa Rica	2408	57.0	2635	63.8
El Salvador	1852	49.7	2060	56.3
Guatemala	2063	56.6	2115	58.2
Honduras	2152	53.8	2156	52.1
Nicaragua	2536	76.8	2268	57.9
Panamá	2448	59.8	2498	54.4

Incap 87-154

CUADRO 9

TASAS DE ANALFABETISMO EN CENTRO AMERICA

Y PANAMA

PAIS	AÑOS 1970	1980
Guatemala	51.8	45.6
El Salvador	40.3	42.9
Honduras	47.5	33.2
Nicaragua	46.9	12.1
Costa Rica	10.2	10.2
Panamà	20.7	11.9
Centro Amèrica y Panamà	39.3	28.8

CUADRO 10

PROPORCION DE FAMILIAS EN DIFERENTES CATEGORIAS DE POBREZA EN CENTRO AMERICA Y PANAMA 1979–1980

Categoría de pobreza	Familias en diferentes categorías de pobreza (o/o)					
	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá
Extrema	13.6	50.6	39.6	56.7	34.7	53.9*
No satisfacen necesidades básicas	11.2	17.5	31.5	11.5	26.8	
No pobres	75.2	31.9	28.9	31.8	38.5	46.1

Fuente: CEPAL – Boletín Demográfico. Año XIV, No. 28.

* Incluye familias en extrema pobreza y las que no satisfacen las necesidades básicas.

Incap 85–202

CUADRO 11

EFECTO ALIMENTARIO-NUTRICIONAL EN EPOCA DE CRISIS

CRISIS

Disminuye la capacidad de ahorro

↓

Empieza a utilizar ahorro como gasto diario

↓

Disminuye en gastos superfluos

↓

Aumenta la proporción del gasto en alimentación

↓

Mayor aprecio y aprovechamiento de las comidas

↓

Cambio en la estructura o calidad nutricional de la dieta (↓ proteína animal ↑ cereales)

↓

Disminución de la ingesta energética

↓

↑ Dieta monótona

Desnutrición moderada → ↑ Pérdida de peso

↓ Actividad física

Desnutrición grave → ↓ Productividad

Fuente: Dr. José M. Béngoa

Incap 86–562

EVALUACION DE LOS PROGRAMAS DE SALUD Y NUTRICION MATERNOINFANTIL

Hernán L. Delgado,[1] Ricardo Sibrián,[2] y Víctor V. Valverde[1]

---

[1] Científico de la División de Planificación Alimentaria y Nutricional del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), Apartado Postal 1188, Guatemala, Guatemala, C.A.

[2] Estadístico, Unidad de Estadística, Coordinación de Investigación del INCAP.

126

INTRODUCCION

En la mayoría de los países en vías de desarrollo se están fortaleciendo los programas de atención primaria de salud, con énfasis en la salud y nutrición maternoinfantil, con el objeto de reducir las tasas de morbi-mortalidad y desnutrición en esos grupos poblacionales. Las actividades de salud que se están fortaleciendo incluyen el control de las enfermedades diarreicas, el control de las enfermedades respiratorias, el monitoreo del crecimiento y el desarrollo, el espaciamiento entre hijos, la alimentación y la nutrición maternoinfantil, la educación en salud y nutrición y las inmunizaciones, variando en cada país la prioridad que se ha asignado a cada una de las actividades. Sin embargo, con base en la importancia que tienen las enfermedades diarreicas, y las respiratorias, las causas perinatales y la desnutrición proteínico-energética en la mortalidad de los niños menores de cinco años, la mayoría de los programas de salud fortalecerán inicialmente esas actividades.

Sin embargo, aún cuando las prioridades de acción están bien definidas y existe la decisión de implementarlas en relativamente corto plazo, se tiene únicamente información fragmentaria acerca del impacto esperado de actividades integradas de educación, salud y nutrición, en especial las orientadas a controlar las enfermedades infectocontagiosas, como sería el caso de las respiratorias, las gastrointestinales y las prevenibles por vacunación. Igualmente, se ha postulado que las actividades de monitoreo del crecimiento y desarrollo promoverán la participación de la familia en la atención del niño y contribuirán al mejoramiento de su estado nutricional y de salud; sin embargo, esta suposición, generalmente aceptada, aun no ha sido documentada adecuadamente. El propósito del presente documento es revisar algunos aspectos

metodológicos relacionados con la evaluación del proceso y del impacto de programas integrados de atención primaria de salud que están siendo desarrollados en los países en vías de desarrollo.

EVALUACION DE LOS PROGRAMAS DE SALUD

Identificación de problemas y selección de programas

Las investigaciones sobre problemas de salud, independientemente de su rigurosidad científica, deben contribuir a la formulación de programas de solución. La prioridad que se asigne a cada problema identificado dependerá, entre otros, de criterios tales como la frecuencia y severidad del problema, de la existencia de medidas de prevención, del costo, de la interrelación de ese problema con otros de diferentes sectores y de la importancia que la comunidad asigna al problema. Este análisis evaluativo permitirá definir la relevancia de los problemas y, por lo tanto, cuán prioritarios deberían ser los programas para corregirlos. Esta evaluación se conoce como "evaluación de lo apropiado", tanto del problema identificado como de la prioridad del programa de solución (1).

Con relación al programa de solución, en primer término deberá identificarse el sector a partir del cual se debería desarrollar el programa. Por ejemplo, en el caso de una comunidad rural con altas tasas de mortalidad infantil, en el orden de 150 por mil nacidos vivos, podrán recomendarse programas de salud u otros programas originados en sectores diferentes, dependiendo de las causas de la mortalidad infantil. Si la mortalidad es principalmente atribuible a tetanus neonatorum, la vacunación con toxoide tetánico a las mujeres de edad fertil sería lo más indicado. Por otra parte, si el problema es atribuible a bajo peso al nacer y prematuridad por causas

nutricionales, los programas de salud curativa podrían relegarse a segundo término, dándose prioridad a los programas que incrementen la disponibilidad de alimentos a nivel familiar. Por lo tanto, con base en la naturaleza y las causas del problema, podrán seleccionarse programas de solución más o menos apropiados, originados en diferentes sectores. Para identificar ese programa deberá contarse con información de experiencias previas, así como acerca del impacto esperado de ese programa. Debe insistirse en este punto que los problemas de salud no se resolverán única y necesariamente a través de acciones del sector salud.

El segundo aspecto evaluativo a considerar en la identificación del programa de solución se refiere a su adecuación, es decir, la medida en la que el programa propuesto reducirá el problema (1). El más adecuado será aquel que más contribuya a la reducción del problema. Para reducir las tasas de mortalidad por diarrea, por ejemplo, es más adecuado ejecutar actividades de terapia de rehidratación oral que desarrollar un programa terapéutico con antidiarreicos. Por el contrario, si se propone reducir la morbilidad por diarrea, serían más adecuados programas que disminuyan la contaminación y la suceptibilidad del huesped, como los de letrinización, educación sanitaria y promoción de la lactancia y de una adecuada alimentación que otras opciones. Estos dos aspectos evaluativos, lo apropiado y lo adecuado, permitirán identificar los problemas más importantes y los programas con mayor probabilidad de solucionarlos.

Ejecución del programa

Un programa comprende el conjunto de actividades organizadas para reducir o eliminar un problema. Los programas tienen uno o más objetivos generales que representan los productos finales que se desean alcanzar. Los

programas cumplen tres supuestos básicos:

a. La utilización de los recursos resultará en el desarrollo adecuado de las actividades planeadas;

b. El desarrollo adecuado de las actividades permitirá alcanzar los objetivos específicos; y

c. Los objetivos específicos deberán alcanzarse, y si todos se cumplen, el programa alcanzará los objetivos generales deseados.

Los objetivos generales y específicos, las actividades y los recursos necesarios para el desarrollo del programa deben establecerse con el máximo detalle previo a la implementación del programa. Con base en esta información, podrá también formularse el plan de evaluación del programa, tanto en cuanto al proceso, vale decir los aspectos operacionales (también denominada evaluación presuntiva), como en relación al impacto (o evaluación definitiva) o de los resultados.

El evaluador deberá decidir, además, el diseño de la evaluación y la información basal a recolectar previo al inicio del programa. En relación a diseños de evaluación, existen en la literatura excelentes manuales de complejidad variable. Basta mencionar en esta ocasión que los diseños más frecuentemente utilizados en la evaluación de los programas de salud son semi-experimentales. Esto se debe en parte a que en el ámbito de las evaluaciones de los programas de salud, no es ético que queden grupos de población sin servicios de salud. Además, el evaluador de los programas de salud generalmente no está muy interesado en evaluaciones complejas que podrían ser de muy alto costo, con excesivo control sobre factores interferentes y de larga duración.

Los diseños semiexperimentales más utilizados en las evaluaciones de los programas de salud son los que comparan el estado de salud posterior a la intervención con un período anterior (sin intervención) en la misma población (diseño antes-después) y los que contrastan los cambios en poblaciones que reciben un programa específico con los que reciben los servicios tradicionales. El grupo que recibe los servicios tradicionales servirá de control (diseño control-experimental) (1-5). En ausencia de otros programas que puedan afectar el estado de salud y nutrición, los cambios detectados en los grupos que reciben los beneficios del programa de salud, o grupos "intervenidos", podrían ser atribuidos a esos programas, pero esta interpretación puede no ser necesariamente la más correcta.

Medidas de evaluación

Una vez ejecutado el programa, el responsable estará interesado en analizar la relación entre los insumos (o recursos) con los productos y medir los logros alcanzados por el programa con relación a las metas planeadas, o efectividad del programa, y en las medidas del costo incurrido para alcanzar los objetivos, o eficiencia del programa. Además, deberá poner atención en los efectos colaterales o secundarios del programa, tanto positivos como negativos (6-7).

El impacto de un programa de salud se mide en términos del efecto que tiene sobre el estado de salud de los individuos. Así, se han propuesto medidas tales como la recuperación, el restablecimiento de la funcionalidad y la sobrevivencia (8), como medidas del impacto de los programas de salud, mientras otros han recomendado utilizar indicadores como mortalidad, enfermedad, invalidez, insatisfacción y despido (9). Más recientemente, Starfield (10) sugirió la utilización de un esquema que incluye siete parámetros que miden

diferentes dimensiones del estado de salud. Estos comprenden: longevidad, como estimación de la expectativa de vida; actividad , como expresión de la capacidad funcional del individuo; satisfacción y agrado; morbilidad, como medida de enfermedad; realización, como indicador del grado y potencial de desarrollo en relación con grupos de referencia; y elasticidad, como indicador de la capacidad para responder a daños o lesiones a la salud.

Estas medidas no son fáciles de obtener en el contexto de los programas de salud. Por esta razón, se ha recomendado que las medidas de cobertura sean incluídas entre las estimaciones de efectividad de los programas de salud (11). La cobertura se ha definido como la interacción existente entre los servicios de salud y la población a la cual se dirigen los servicios, que en su contexto más amplio incluye todo el proceso, desde la organización y utilización de los recursos hasta el logro de los objetivos deseados. De acuerdo a lo planteado por Tanahashi (12), las medidas de cobertura incluirían las que estiman la cobertura potencial, tales como la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad, y los que mide la cobertura actual, como es el caso del contacto real con los servicios y el contacto efectivo o satisfactorio con los servicios de salud. Estas distintas medidas de cobertura pueden presentarse como una gráfica de barra, en la que las barras representan las diferentes medidas de cobertura y la altura de las mismas, la proporción en que esos parámetros están siendo alcanzadas. La Figura 1 representa gráficamente la propuesta de Tanahashi con relación a la utilización de las medidas de cobertura como indicadores en la evaluación de la entrega de los servicios de salud.

FUENTES DE INFORMACION PARA LA EVALUACION DE PROGRAMAS DE SALUD

Con el objeto de evaluar en forma integral el proceso y el impacto de los programas de salud y nutrición, debería contarse con información del proceso y

del impacto de los servicios, de diferentes fuentes, incluyendo las siguientes:

Sistema de información rutinario de salud

En todos los países se recolecta información sobre el proceso y el impacto de las actividades de salud y nutrición maternoinfantil, tanto a través de los sistemas de información de salud como de los de manejo gerencial de los programas. El sistema de información, en grado variable de desarrollo en cada país, está recolectando información rutinaria en relación a las consultas a los servicios de salud y los egresos hospitalarios, por causas y grupos etáreos. Aún cuando esta información está limitada a la población que demanda servicios, a partir de su análisis podrían obtenerse bases para la planificación y la evaluación de las actividades de salud maternoinfantil. Sin embargo, debido a la cantidad de información recolectada rutinariamente, generalmente los sistemas no tienen capacidad para procesar y analizar la información recolectada. Por esa razón, para el propósito de monitoreo y evaluación de las actividades de salud maternoinfantil sería necesario priorizar el procesamiento y análisis de la información de menores de cinco años de edad, para los problemas de salud y nutrición más importantes. Para el caso particular de la mayoría de los países latinoamericanos, las infecciones respiratorias agudas y la enfermedad diarreica en niños de 0 a 5 años de edad y los problemas perinatales constituyen los problemas más frecuentes de salud, y por lo tanto en ellos debería concentrarse el análisis de la información.

En algunos países el sistema de información de salud recolecta además datos sobre mortalidad, por grupos etáreos y causas, en aquellos lugares donde existen establecimientos de salud.

El sistema de información sobre el manejo gerencial de los programas está menos desarrollado y la información sobre recursos humanos y materiales

existentes, nivel de capacitación del personal, sistema de información y análisis de las actividades de comunicación interpersonal y a grupos, supervisión, logística, etc., no están disponibles a nivel nacional o se encuentran desagregados en áreas o regiones de salud. Como parte de las actividades de monitoreo y evaluación es recomendable que se fortalezcan los sistemas de información sobre el manejo gerencial de los programas de salud maternoinfantil.

Encuestas nacionales de morbi-mortalidad, desnutrición y tratamientos

Debido a las limitaciones de los sistemas de información de salud, muchos países han estado efectuando encuestas nacionales de salud maternoinfantil, a través de las cuales se recolecta información representativa a nivel nacional y en algunos casos a nivel de regiones geográficas y político administrativas de los países, acerca de las causas de morbilidad y mortalidad más prevalentes en madres y en niños, así como en cuanto a conocimientos, actitudes y prácticas de la población y a la utilización de servicios.

Sin embargo, además de estas encuestas especiales de salud y nutrición maternoinfantil, a nivel de los países se realizan con periodicidad variable, encuestas de hogares sobre ingresos y gastos, en muestras de población con representatividad urbano-rural y de otros grupos poblacionales de interés. Para fines de evaluación de las acciones de los programas de salud materno infantil, en estas encuestas de hogares se han introducido módulos específicos para la recolección de información sobre salud maternoinfantil.

La información recolectada a través de estas encuestas, en muestras comparables de población, permitiría detectar cambios en la situación de salud, que pudieran atribuirse a las acciones de los programas de salud en ejecución.

Evaluación de las condiciones de eficiencia de los programas de salud maternoinfantil

Recientemente varios países latinoamericanos comenzaron el estudio de las condiciones de eficiencia de los programas de salud maternoinfantil (13, 14).

Se define por "condiciones de eficiencia" el conjunto de características que deben reunir los recursos humanos, físicos, tecnológicos y de conocimiento de un servicio para atender con eficiencia las necesidades de salud de una población.

La evaluación de condiciones de eficiencia es un procedimiento administrativo por el cual se comparan las características de los servicios con un modelo normativo, que se considera un óptimo posible. Es un tipo de evaluación que combina técnicas de encuesta y discusión en grupos con visitas a terreno, en la que se analizan las condiciones que todo servicio debiera cumplir para brindar una atención acorde con los conocimientos científicos actuales, las tecnologías aceptadas y las expectativas de la comunidad. El análisis no es exhaustivo y se concentra en aquellos elementos que son de mayor importancia para el funcionamiento de los servicios. El cumplimiento de cada uno de esos requisitos otorga un puntaje, relacionado con la importancia del mismo, y cuyo valor se establece en consulta con expertos y se reajusta en sucesivas experiencias. La suma de todos los puntos correspondientes a respuestas positivas, da el puntaje total del servicio que, expresado porcentualmente, daría una medida de las condiciones para una atención satisfactoria, en relación al modelo normativo propuesto.

A su vez, las condiciones analizadas se agrupan en categorías o

135

variables de estudio, siendo las más frecuentes: recursos (físicos, materiales, financieros y humanos); planificación, organización y administración; supervisión; capacitación de personal; sistema de información, logística; educación y promoción de la salud y participación comunitaria.

A cada rubro se le asigna el punteo máximo cuando las condiciones son óptimas; si no existen se considera 0. Un valor intermedio se otorga cuando existen parcialmente. Lógicamente, estos rubros tienen algunas variaciones según el servicio de que se trate, tanto en su composición como en la importancia de su valor numérico. De esta manera, un servicio cuyo valor global estuviera en 60% podría tener rubros por encima y por debajo de ese promedio. Esto permite identificar rubros o recursos limitantes para el desarrollo del servicio y conduce a decisiones racionales para su mejoramiento.

Este tipo de evaluación, aplicado a un sistema de salud regional o nacional, permite tener una visión concreta de las restricciones principales, y posibilita la reorganización y adecuación de los servicios. Además, la evaluación seriada de las condiciones de eficiencia de los servicios de salud permitirán medir el cambio que ocurre en respuesta al fortalecimiento de los programas, y, por lo tanto, explicar parcialmente los cambios detectados en la situación de salud y nutrición de la población. Además, permiten la recolección de información basal y de los cambios que ocurren en los programas en respuesta a las acciones de supervivencia infantil. Esta metodología se está implementando para su aplicación rutinaria en los servicios de salud maternoinfantil, de modo que anualmente se puede evaluar el funcionamiento de los servicios y corregir los problemas encontrados. Dos aspectos deben tomarse en consideración cuando se aplique esta metodología, la validez y la confiabilidad de la información obtenida. Por lo tanto, condiciones de

13

eficiencia no deben ser diferentes de otras encuestas de salud y nutrición.

Análisis de la calidad de la prestación de los servicios de salud maternoinfantil

El propósito del análisis de la calidad de los servicios de salud maternoinfantil, por medio de la técnica de muestreo binomial por control de calidad (LQAS: Lot quality assurance sampling), es determinar si se aplican correctamente las normas nacionales de atención de la madre y niños. En este sentido el personal de salud estará interesado en determinar, en una pequeña muestra de la población atendida si, por ejemplo, el manejo clínico de niños con infección respiratoria aguda o con enfermedad diarreica, estuvo ajustado a las normas de atención. La metodología propuesta por la Organización Mundial de la Salud permite que del examen de 10 a 15 casos (niños o madres, tratados por ejemplo por problemas respiratorio y diarreico o examen prenatal, respectivamente), se pueda establecer si en general los casos fueron adecuadamente manejados. Si más de un número predefinido de casos, entre los 10 a 15 seleccionados, se identifican como inapropiadamente manejados, se puede concluir, con alta probabilidad de estar en lo correcto, que el manejo de los casos en ese puesto o centro de salud es inadecuado.

Esta metodología para el análisis de la calidad de la atención puede aplicarse a una gran variedad de acciones de salud, utilizándose siempre un número reducido de casos. Por esa razón podría también tomarse en consideración para la supervisión rutinaria de los servicios de salud, en las evaluaciones de las condiciones de eficiencia y en las áreas y los sitios centinelas, que se describen a continuación.

Sistema Centinela: Areas y sitios centinelas

Las áreas de vigilancia centinelas (áreas de población, tales como pueblos, aldeas, etc.) y los sitios de vigilancia centinelas (establecimientos, tales como centros o puestos de salud, hospitales, farmacias, etc.), se han utilizado desde hace mucho tiempo en investigaciones epidemiológicas para recolectar más información o de mejor calidad que la que se obtiene rutinariamente a través de los sistemas de información en salud. Las áreas y sitios de vigilancia centinelas pueden seleccionarse como muestras por conveniencia, tratando de utilizar en la medida de lo posible los recursos humanos y materiales y el sistema de información existente, o bien por medio de muestreo aleatorio de comunidades y establecimientos a nivel de un país o una región (15-18).

Para el caso de áreas de vigilancia centinelas, en Honduras y Nicaragua, en Centroamérica, se han seleccionado 36 comunidades de 200 - 250 habitantes, que se han estudiado como universos, de modo que el total de la población estudiada permita la estimación confiable de medidas de impacto, como sería el caso del estado nutricional o de la mortalidad infantil (18). En Guatemala se han estudiado 120 comunidades rurales y urbano marginales con poblaciones entre 750 y 1,250 habitantes (19). Si la desnutrición proteínico-energética en niños menores de cinco años de edad es 30-35% en un área rural dada, estimada como bajo peso-para-edad (proporción de niños menores de cinco años por debajo de dos desviaciones estándar de la mediana de la población de referencia de la Organización Mundial de la Salud), para tener una precisión de 5%, se deberán estudiar aproximadamente 800 niños residentes en comunidades rurales. Los cambios detectados en la prevalencia de la desnutrición comparando la línea de base con estudios posteriores, permitirá determinar el impacto de las acciones de nutrición y alimentación infantil, luego de controlar por el

impacto que pudieran tener otras intervenciones, en la misma población. Para detectar un cambio del orden del 40% en la prevalencia antes y después de la intervención, se debería estudiar aproximadamente 900 niños en esas mismas comunidades.

La selección de sitios de vigilancia centinelas, tales como puestos o centros de salud, hospitales, etc. también puede hacerse al azar o por conveniencia. En cualquier caso, en el sitio seleccionado se obtendrá información periódica acerca de los servicios prestados y su calidad, así como del funcionamiento de los programas de salud materno infantil. Encuestas sobre conocimientos, actitudes y prácticas de salud maternoinfantil en los proveedores de servicios pueden utilizarse en estos sitios de vigilancia centinelas, así como encuestas de la población en general que utiliza y no utiliza esos servicios. Con el objeto de reducir la probabilidad de introducir errores sistemáticos por las revisitas de una muestra fija, se puede establecer un sistema rotativo de muestras, que luego de varias revisitas, complete el universo de las instituciones de interés.

Sistemas de vigilancia epidemiológica

Este sistema permite la recolección prospectiva de información como parte de la visita domiciliaria que realiza periódicamente el personal de salud. En este caso, puede recolectarse información demográfica, de morbi-mortalidad y del estado nutricional de la población residente en áreas geográficas en las que se realizan visitas domiciliarias periódicas. El sistema de vigilancia puede constituir una extensión de las actividades de monitoreo del crecimiento físico realizadas a nivel domiciliario, que actualmente están siendo ejecutadas en varios países en vías de desarrollo.

Estudios comunitarios

Otra información de gran utilidad en las actividades del monitoreo y la evaluación de los programas de salud maternoinfantil se refiere a los conocimientos, actitudes y prácticas de la población usuaria y beneficiaria de las acciones de salud, de los proveedores de esos servicios de salud y de la interacción existente entre proveedores y usuarios de los servicios. La aplicación de técnicas de investitación antropológica, de grupos focales y encuestas comunitarias permitirá conocer el cambio de actitudes, conocimientos y prácticas de la población en respuesta a las acciones curativas, preventivas y promocionales de salud maternoinfantil. Recientemente se han iniciado en países de la región centroamericana esfuerzos concretos orientados a recolectar información antropológica de utilidad para la programación operativa, en la ejecución de los programas de salud, en las actividades de comunicación y educación y para la evaluación de los programas de salud.

COMENTARIOS FINALES

El monitoreo y la evaluación de las actividades de salud maternoinfantil, podrá efectuarse utilizando en mayor o menor grado, la información derivada de las fuentes de información anteriormente descritas, dependiendo de los recursos disponibles en cada uno de los países de la región. De igual manera, las actividades rutinarias de supervisión pueden utilizar los mismos instrumentos y técnicas descritas, que deberían ajustarse de acuerdo a las condiciones nacionales e institucionalizarse con base en programas y recursos disponibles. En aquellos países en los que el sistema rutinario de información de salud y del manejo gerencial de los programas está bien desarrollado, la mayor parte de los datos requeridos para evaluar el proceso y el impacto de los programas de salud

140

maternoinfantil puede obtenerse de esas fuentes. En estos casos, se debería fortalecer el sistema, a modo de asegurar la adecuada cobertura y la calidad de la información.

En el caso de países con sistemas de información no tan desarrollados, la utilización de las otras fuentes, acompañado del fortalecimiento de los sistemas y la extensión de la cobertura de los servicios, permitirá el monitoreo y evaluación adecuado de los programas. Además de la información de los servicios, se requerirá información acerca de la comunidad, tanto en términos de tasas de morbi-mortalidad y desnutrición, como de los conocimientos, las actitudes y las prácticas de la población con relación a salud maternoinfantil.

En algunos países se están implementando proyectos específicos de salud y nutrición maternoinfantil que incluyen extensión de los servicios a través de la visita domiciliaria y la recolección periódica de información. Esta estrategia de entrega de servicios permite una vigilancia contínua de la población y del impacto de los servicios de salud.

Todas las actividades de monitoreo y evaluación de las acciones de salud maternoinfantil deben servir para la retroalimentación de los programas, de modo que puedan tomarse las decisiones necesarias para corregir tempranamente los problemas identificados.

RESUMEN

Los paises de la regiòn de las Amèricas estàn extendiendo la cobertura de los programas de salud y nutriciòn maternoinfantil a travès de la estrategiade atenciòn primaria. Las actividades que se estàn fortaleciendo en la mayoria de los paises incluyen el control de las enfermedades diarreicas y respiratorias, las inmunizaciones, el monitoreo del crecimiento y desarrollo y la alimentaciòn maternoinfantil. Conjuntamente con el fortalecimiento de la entrega de servicios, los paises han expreasdo su interès en evaluar cuidadosamente el proceso y el impacto de esas actividades de salud maternoinfantil. En este documento se révisan algunos aspectos metodològicos de esas evaluaciones, poniendo particular atenciòn en las fuentes de la informaciòn requerida para la evaluaciòn, incluyendo los sistemas rutinarios de salud, las encuestas periòdicas, el sistema de vigilancia centinela y otros estudios especiales, incluyendo los antropològicos y la vigilancia epidemiològica.

REFERENCIAS

(1) Kane, R. L., R. Henson, y O. L. Deniston. Program evaluation: Is it worth it? En: Kane, R. L. (ed.) The Challenge of Community Medicine, New York, Springer Publishing Company. 1974, pp. 213-233.

(2) Deniston, O. L. y I. M. Rosenstock. Evaluating Health Programs. Public Health Rep 85:835-840, 1970.

(3) Shortell, S. M. y W. C. Richardson. Health Program Evaluation. Saint Louis, MO. The C. V. Mosby Company, 1978, p. 143.

(4) Campbell, D.T. y J. C. Stanley. Experimental and Quasi-Experimentae Designs for Research. Chicago, Rand Mc Nally, 1973.

(5) Weiss, C. H. Evaluation Research. Methods of Assessing Program Effectiveness. New Jersey, Prentice-Hall, Inc. 1972.

(6) Deniston, O. L.; I. M. Rosenstock, W. Welch y V. A. Getting. Evaluation of program efficiency. Public Health Rep 83:603-610, 1968 (a).

(7) Deniston, O. L.; I. M. Rosenstock y V. A. Getting. Evaluation of program effectiveness. Public Health Rep 83:323-335, 1968 (b).

(8) Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milkbank Mem Fund Quart 44:166-206, 1966.

(9) White, K. L. Improved medical care statistics and the health services system. Public Health Rep 82:847-854, 1967.

(10) Starfield, B. Measurement of outcome: A proposed scheme. Milkbank Mem Fund Quart 52:39-50, 1974.

143

(11) White, K. L. Evaluation of medical education and health care. En: Lathan, W. (ed.). Community Medicine, Teaching, Research and Health Care. New York, Appleton-Century-Crofts, 1970.

(12) Tanahashi, T. Health service coverage and its evaluation. Bull. World Health Organization 56:295-303, 1978.

(13) Balassi, E. C. y cols. Condiciones de Eficienciade los Servicios de Atención Materno Infantil. Buenos Aires, Argentina. Ediciones S.M.I. 1971, p.206.

(14) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. ondiciones de Eficiencia de los Servicios de Atención Materno Infantil. Fascículo II HPD/HPM & HPD/HPM. Washington, D.C., 1985.

(15) WHO. Report on a WHO Inter-regional working group on management of MCH/FP Care: The use of data and indicators. Algiers, 16-20 December, 1978. FHE/79.2.

(16) WHO. WHO meeting on maternal and child health indicators for health for all by 2000: Evaluation of Alternative. Geneva, 8-12 November, 1982. WHO/HS/Nat.Com./83.383.

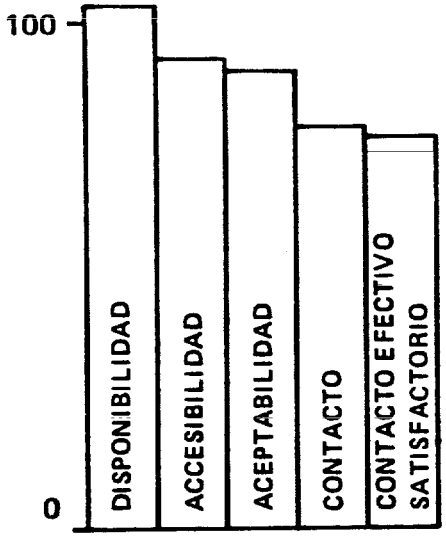
(17) WHO. Manual for the planning and evaluation of national diarrhoeal diseases control programmes. WHO/CDD/SER/81.5 Rev. 1, 1984, p. 118.

(18) Lesar, J., R. Northrup, y E. Elkins. Selected Sections from a Draft Report on Monitoring and Evaluation of the Child Survival Action Program. Documento preparado para el Task Force on Child Survival. US AID. Mayo, 1985.

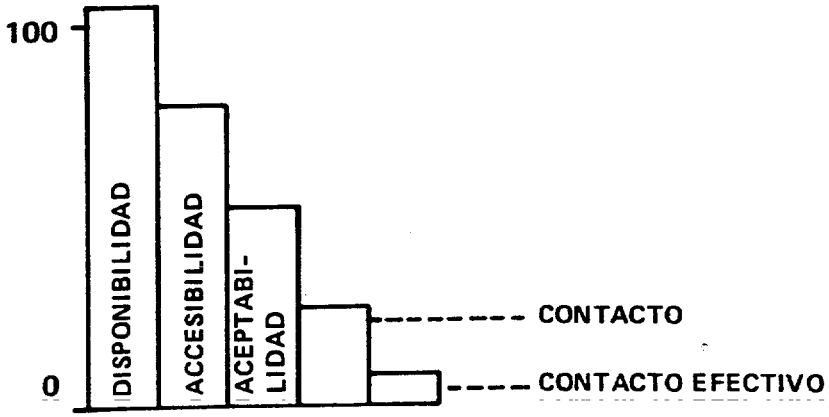
(19) Andersson, N. Medición de Supervivencia y Desarrollo Infantil. Un marco conceptual obtenido de dos proyectos apoyados por UNICEF en Centro América. UNICEF, Oficina de Area para Centro América y Panamá, 1985, p.43.

(20) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Monitoreo y Evaluación de los Planes de Supervivencia Infantil. Encuesta Simplificada de Salud y Nutrición Materno Infantil en Guatemala. Protocolo e instructivo. 1985.

Figura 1: Medidas de Cobertura de los Programas de Salud



Medidas de cobertura en un programa exitoso.



Programa menos exitoso.

* Fuente: Tanahashi, T. Bull. World Hlth. Org., 59:295-303, 1978.

Incap 86—328

FIGURA 1

140