

PN-ACB-043
94676

**Propuesta de Documento Base. Modelo de
Atención Integral
a la Niñez a Nivel de la Comunidad
Propuesta de Discusión**

Tegucigalpa MDC, 8 de mayo de 1996

Preparado para
División de Salud Materno Infantil
Ministerio de Salud Pública de Honduras y
Proyecto BASICS/1200

Por
Dr. Gustavo A. Corrales

Directivo Técnico de BASICS: 000-HN-01-036
Asistencia Técnica con fondos de USAID con arreglo del Proyecto BASICS:
(Contrato No. HRN-6006-C-00-3031-00)

INDICE

AGRADECIMIENTOS

ACRONÍMICOS

RESUMEN EJECUTIVO 1

INTRODUCCIÓN 5

1 BASES CONCEPTUALES 7

Un modelo de atención integral a la niñez en el contexto del desarrollo humano 7

Un enfoque contra la pobreza. El AIN-C y su papel en ese contexto 8

La seguridad alimentaria y el modelo de atención integral a la niñez en la comunidad 10

2 REDEFINICIÓN DE LOS CONCEPTOS SOBRE CRECIMIENTO Y ESTADO NUTRICIONAL 11

Crecimiento inadecuado y desnutrición. Dos conceptos que forman parte del mismo fenómeno 11

Control del crecimiento y vigilancia del estado nutricional. Cómo compatibilizarlos 16

3 CAMBIO DE PRIORIDADES. POR QUÉ SON MÁS IMPORTANTES LOS NIÑOS/AS MENORES Y LOS DESNUTRIDOS LEVES Y MODERADOS 19

Comportamiento del proceso de crecimiento de los niños/as menores de 5 años. Por qué son prioritarios los menores de 2 años 19

Por qué son prioritarios los desnutridos no severos 21

4 IMPLEMENTACIÓN DEL AIN A NIVEL DE LA COMUNIDAD. ETAPAS PARA SU DESARROLLO Y ORGANIZACIÓN 23

Capacitación del personal local de salud 23

Selección de las comunidades donde se iniciará y continuará el AIN 24

Capacitación de las monitoras comunitarias del AIN 25

Contenidos específicos. Recomendaciones a las madres sobre como crecer sanos a sus hijos/as 47

5 SEGUNDA REUNIÓN CON LA COMUNIDAD 52

6 ORGANIZACIÓN DE LAS REUNIONES SUBSIGUIENTES CON LA COMUNIDAD 53

Hechos claves a considerar. Cantidad, tiempo, procedimientos, acceso 53

Objetivos de la reunión 54

Organización de la reunión 54

7	ACTORES Y SUS FUNCIONES EN EL DESARROLLO, IMPLANTACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL AIN COMUNITARIO	56
	Actores a nivel de la comunidad	56
	Actores a nivel del centro de salud	59
	A nivel de sector de salud	61
	A nivel de área y región	61
8	RECOMENDACIONES	62

ANEXOS

- A Personas Contactadas
- B Cumplimiento de los Objetivos
- C Documento Complementario

AGRADECIMIENTOS

Un especial agradecimiento a las madres con quienes tuve la oportunidad de platicar acerca de la salud de sus hijos, y de aprender mucho sobre las razones de su correcto o incorrecto crecimiento. A las monitoras cuyo entusiasmo trasciende cualquier duda sobre el poder y los beneficios del AIN-C como un valioso instrumento de cambio en las comunidades para mejorar la salud de los niños/as.

Mis agradecimientos al Dr. Carlos Villalobos y su equipo técnico en el Departamento de Atención Integral a la Niñez, las licenciadas en enfermería Norma Mejía y Alba Sánchez por su confianza y apoyo. A la Dra. Mirtha Ponce, directora de la DSMI, por su amistosa y franca recepción, así mismo por su invitación a participar en una serie de eventos claves relacionados con el AIN. Al Dr. Jorge Meléndez por sus siempre oportunas y apropiadas observaciones. Al Dr. Gustavo Flores por sus comentarios sobre la integralidad de la atención y el desarrollo de los programas a nivel local.

A David Losk, Barry Smith y Alvaro Gonzáles por su permanente solidaridad y confianza en que cada vez se pueden hacer mejor las acciones en salud. Un especial agradecimiento a Marcia Griffiths tanto por sus comentarios en su visita a Honduras como por sus innumerables artículos sobre la salud integral a nivel mundial; es un honor poder aprender de ella. A Elizabeth Fox por haber confiado y apoyado este trabajo.

A nivel regional agradezco a los doctores Francisco Rodríguez y Oscar Aguilar por su apertura y apoyo en la realización de las visitas de campo. En La Paz a Guadalupe Contreras por su continuo interés y reconfortante estímulo para hacer bien las cosas en la salud pública y mostrarla en la práctica. Al Dr. Noé Cruz y su equipo del Área 1 de la Región 5 por sus muchos y oportunos comentarios sobre el AIN-C y sacrificar su tiempo para mostrar el proceso a nivel local. Finalmente a la Dra. Delia Tercero y las licenciadas Marta Elena Sabillón y Rosa Chesa de la Región 3 por su siempre entusiasta apoyo.

ACRONÍMICOS

AIN-C	Atención integral a la niñez en la comunidad
BPN	Bajo peso al nacer
CELADE	Centro Latinoamericano de Demografía
CESAR	Centro de salud rural
CESAMO	Centro de salud con médico
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología
DE	Desviaciones estándar
DSMI	División de salud materno infantil
INCAP	Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
IRA	Infeción respiratoria aguda
LINVI	Listado de niños para la vigilancia integral
MSH	Management Sciences for Health
MSP o MS	Ministerio de Salud Pública
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PROALMA	Proyecto de Apoyo a la Lactancia Materna
UCI	Unidad de cuidados intermedios
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

RESUMEN EJECUTIVO

Antecedentes

Desde 1991, el Ministerio de Salud Pública de Honduras inició un proceso de atención integral a la niñez a nivel institucional basado en la promoción del crecimiento y el desarrollo de los niños/as menores de cinco años. Nuevos conceptos, instrumentos, y procedimientos han sido desarrollados y están siendo aplicados en los servicios de salud. Los esfuerzos se han centrado en el niño menor de dos años con énfasis en el menor de uno, y la vigilancia se ha basado en cambiar como marco de referencia de las categorías de estado nutricional hacia el comportamiento de la curva de crecimiento en cada niño/a en forma individual.

La implementación de este proceso ha puesto al descubierto un hecho muy importante: para lograr el objetivo de un sano crecimiento de todos los niños/as es necesario un intenso involucramiento y participación de la comunidad, de sus familias y especialmente de las madres, en todo el proceso de vigilancia y discusión de los problemas del crecimiento y sus soluciones. La transferencia de conocimientos a voluntarios comunitarios de salud es una condición clave para lograr que estos conocimientos y prácticas lleguen a las madres de los niños/as que se desean proteger. El crecimiento de los niños/as y por ende su estado nutricional es un fenómeno tan intensamente enraizado en las condiciones y estilo de vida de las familias—sus creencias, temores, expectativas, prácticas—que su abordaje exitoso tiene que abreviar en esa fuente de hechos concretos, y que, evidentemente, la desnutrición no es sólo un problema de falta de alimentos.

El país ha iniciado desde hace poco más de tres años experiencias para desarrollar el enfoque de la atención integral a la niñez a nivel de la comunidad. Estas experiencias han mostrado hasta ahora algo sumamente importante: que el nivel de motivación de las voluntarias en la comunidad es alto. En reuniones sostenidas con ellas, luego de estar participando por más de tres años, se evidenció un continuo interés en el proceso. Fue extremadamente grato y reconfortante ver la seriedad e interés con que las monitoras desempeñan su papel, y su sobresaliente nivel de liderazgo.

Por otro lado, es notable el reconocimiento del personal local a nivel de los centros de salud, sectores y áreas del valor de esta estrategia para mejorar las condiciones de salud de los niños/as. En general hay un consenso entre los actores a los varios niveles del MSP que es necesario sistematizar y ordenar este proceso de transferencia a la comunidad de los conocimientos y habilidades sobre cómo deben crecer los niños/as en forma saludable.

Honduras, según un análisis realizado hace unos cuatro años, es el país que en la década de los ochenta logró el descenso mas notable en su mortalidad infantil junto con Trinidad y Tobago, entre los países latinoamericanos y del Caribe. Este descenso de mortalidad en un país rural como Honduras según un análisis de CELADE (Centro Latinoamericano de Demografía) es la intense dedicación del país a la atención primaria y a la participación comunitaria. Por tanto este

✍

esfuerzo de desarrollar la atención integral a la niñez se inserta dentro de una larga tradición de trabajo comunitario en el país.

Resultados

Para observar el AIN-C se realizaron visitas a las regiones de salud 2, 3 y 5 a nivel de las áreas, centros de salud y en las mismas comunidades donde el AIN-C (atención integral a la niñez a nivel de la comunidad) está implantado. Hay varios elementos relevantes que surgen al explorar el actual desarrollo del AIN-C.

Sistematización del proceso de implantación. Este proceso no está sistematizado haciendo falta una base conceptual clara, de procedimientos, y de objetivos. Para esto, en el documento actual, se incluyen una serie de propuestas de manejo conceptual y de procedimientos para normalizarlos. Debido a esta falta de operacionalización de los conceptos, no hay claridad sobre los objetivos del modelo, lo cual también se aborda en la propuesta actual.

Contenidos y metodología de capacitación. Relacionado con lo anterior no hay una metodología ni contenidos apropiados al enfoque del AIN-C. Las capacitaciones se han basado en los materiales existentes de los programas que no son suficientes para los objetivos del AIN-C. Esta es una de las situaciones que necesitan de pronta intervención.

Impacto del AIN-C. A pesar del entusiasmo de las voluntarias y el personal institucional en el AIN-C, no es posible saber con toda claridad del impacto del mismo si los niños/as realmente están creciendo mejor ahora. Existe la percepción de que sí hay mejoría pero es necesario evidenciarlo con mayor precisión.

Sistema de información y monitoría. Aun cuando las voluntarias usan el LINVI (Listado de Niños para la Vigilancia Integral) los datos que produce no son consistentemente consolidados, analizados ni circulados, por lo que no es posible saber que está pasando en forma sistemática.

Supervisión y logística de apoyo. No es claro quién y con qué regularidad debe ser visitadas las voluntarias, y cuál es la capacidad del sistema de salud de desarrollar un buen sistema de apoyo logístico a las monitoras. Tampoco existen los instrumentos de supervisión de apoyo a las visitas. Este es un punto que debe ser analizado exhaustivamente para definir tareas y responsabilidades y porque es clave para el éxito del proceso.

Los anteriores puntos aparecen como los hallazgos más relevantes. Sin embargo hay uno más que es tal vez una percepción del consultor pero confirmada por varias de las personas con quienes se platicó. El potencial del AIN-C, como un instrumento de cambio a nivel de las comunidades y de lucha contra la pobreza, aun falta por manifestarse. Y esto plantea algunos problemas filosóficos para el sector salud ya que debe en cierta manera modificar su *modus operandi*: de la idea entregar acciones o cosas a un proceso basado en la transferencia de conocimientos a la comunidad para su propio cambio. Este es un cambio profundo y el personal de salud debe estar

atento a eso; tal como una de las personas entrevistadas mencionó esto puede ser una revolución en el modelo de atención de salud. Afortunadamente con su nueva política de acceso con pleno involucramiento local en las decisiones de salud el MSP abre una amplia oportunidad para el desarrollo del enfoque del AIN-C.

La necesidad de este enfoque parece debe ser así porque el problema nutricional es tan complejo y ligado al estilo de vida de las personas, que un cambio en los comportamientos de las familias y las madres se vislumbra como la avenida más clara a corto y mediano plazo para lograr que los niños y niñas hondureñas tengan un crecimiento y desarrollo más saludables.

INTRODUCCIÓN

“La mitad de los casos de niños desnutridos se encuentran en hogares en que no existe una escasez absoluta de alimentos”

Este es un comentario del Estado Mundial de la Niñez de 1984 y muestra una realidad que debe ser tomada en toda su magnitud para la definición de las actividades sobre el crecimiento y desarrollo saludable de la niñez.

En la propuesta expresada en este documento se muestran dos cambios de paradigmas importantes: uno, es un cambio hacia enfatizar en la modificación de los comportamientos humanos, es decir el saber, como alternativa al tener, como se verá adelante. El segundo es el cambio a la prevención de la desnutrición como alternativa a la detección y tratamiento de casos.

Tradicionalmente el problema de la desnutrición se ha enfocado como una cuestión de tener: la desnutrición es consecuencia de si se tiene o no los alimentos disponibles en el hogar para una adecuada nutrición. Llegar a la conclusión que donar de alimentos era la solución fue sólo cuestión de tiempo. Sin embargo, la experiencia hasta la fecha ha mostrado que la ecuación no es tan simple. El comportamiento, o sea las prácticas de las madres y los miembros de la familia sobre como alimentar a los niños/as aparecen, a la luz de las evidencias recientes, ser determinantes para el sano crecimiento de los niños/as.

En la tabla siguiente de dos por dos se trata de resumir esta situación. Se construye seleccionando dos variables claves: saber, en el sentido que éste determina en buena manera el comportamiento (actitudes y prácticas); y tener, en el sentido concreto de disponibilidad de recursos en la familia para una alimentación adecuada. Hasta la fecha los sistemas de salud han hecho énfasis en el tener. El modelo de atención integral a la niñez a nivel de la comunidad (AIN-C) propone poner el énfasis en el saber, es decir en el cambio de los comportamientos, especialmente en la madre, que contribuyen al mal crecimiento de los niños/as, como opción importante al enfoque del tener, y que se traduce, por ejemplo, en la donación de alimentos a las familias de los desnutridos.

Tener	Saber	
	Sí	No
Sí	Sí/Sí	No/Sí
No	No/Sí	No/No

Un estimación aproximada, en una comunidad promedio del país, indica que entre un 20-30 por ciento de los niños/as se ubican en el grupo Sí/Sí. Este grupo tiene con qué y sabe cómo; aquí en

general no habrá desnutridos. Las madres—y la familia—tienen los conocimientos apropiados y los recursos para corregir cualquier problema agudo que inicie un crecimiento inadecuado (pérdida de la velocidad de crecimiento por ganancia insuficiente de peso).

Las actividades de crecimiento y desarrollo se han volcado, paradójicamente, casi exclusivamente hacia este grupo a través de las llamadas clínicas de crecimiento del niño sano. El desnutrido ha sido enviado a los programas de suplementación alimentaria y/o recuperación nutricional (UCI), y el enfermo a morbilidad.

El grupo Sí/No son los que tienen pero no saben; sus recursos son apropiados pero sus prácticas o comportamientos no les permiten aprovecharlos plenamente. **Este es el grupo objetivo primordial del AIN-C.** Este grupo puede ser de un 40-50 por ciento de todos los niños/as. Es el objetivo fundamental del AIN-C, a través de la vigilancia sistemática del crecimiento y su vinculación estrecha con la educación nutricional, innovar los comportamientos adecuados en este grupo que los lleven al mejor uso de sus recursos para una saludable crianza de sus hijos,

El grupo No/Sí, los que no tienen pero saben, es muy pequeño (menos de 5 por ciento) porque usualmente hay una correlación directa entre saber y tener. Este grupo es sujeto de otras intervenciones que no son tema en este momento del AIN-C.

El último grupo—en toda la acepción de la palabra—es el No/No: no saben y no tienen. Este grupo se estima es de 15-35 por ciento; los pobres entre los pobres. Este grupo, aun cuando es también objetivo del AIN-C, sus posibilidades de mejorar a través del cambio en el comportamiento son más limitadas; pero aun así se puede lograr que sus insuficientes recursos los usen mejor y puedan producir un impacto favorable en el crecimiento de sus hijos/as. Este grupo necesita de otras intervenciones de otros sectores del desarrollo.

Finalmente, el AIN-C propone abandonar las categorías de clasificación del estado nutricional como medida del comportamiento del crecimiento de los niños/as y su vigilancia. Aunque tal vez nunca fue esa la intención, en la práctica de los servicios de salud eso ha ocurrido, lo que es fuente de confusión, por un lado, pero especialmente porque no es coherente con el sentido preventivo de la desnutrición basado en la vigilancia del crecimiento de cada niño/a.

En resumen, el AIN-C es una intervención destinada a dar el poder a las madres, a través de la vigilancia del peso y la educación nutricional, para lograr que sus hijos crezcan bien. Esto es un cambio fundamental en los paradigmas actuales del manejo del problema nutricional: la causa del problema no es necesariamente—y en muchos casos no tiene ninguna relevancia—la disponibilidad de los alimentos en la familia, sino que los conocimientos y las prácticas de la madre y la familia sobre cómo crecer saludable a sus hijos. Y la cuestión es prevenir y no tratar, lo cual ciertamente no es tan nuevo.

1 BASES CONCEPTUALES

La idea de la participación comunitaria en las acciones de salud ciertamente no es nueva. Honduras tiene una larga tradición en este campo; pero como ocurre en todos los campos del saber y hacer humano, las formas previas evolucionan hacia maneras diferentes y más apropiadas de enfrentar problemas comunes, que por la misma evolución adquieren formas y posibilidades diferentes. En los últimos años se ha gestando una forma diferente de ver la participación comunitaria o social: de una visión básicamente de apoyo a las acciones institucionales—vacunación, información de hechos vitales, referencia, etc. a un marco en el cual se busca la transformación cualitativa de los miembros de las comunidades.

Se cambia del concepto de intervenir y entregar (por ejemplo, el paquete básico, o alimentos) al de transformar, fundamentalmente a través del empoderamiento de los miembros de la comunidad en cómo conocer mejor su ambiente social y biológico y su relación con su estado de bienestar, y en cómo buscar soluciones dentro de su contexto de posibilidades reales.

Se trata de investigar y actuar sobre las situaciones en una forma ordenada y activa. Despertar en las personas el sentido—consustancial al ser humano pero frecuentemente limitado en su expresión—de que la calidad de vida en buena manera está condicionada a los conocimientos y actitudes, y evidentemente, a los comportamientos en cada evento de la vida. Se trata de combatir el predestinismo que limita la voluntad transformadora e incapacita al ser humano para tomar las riendas de su futuro.

Aun cuando hay muchos eventos externos que afectan el curso de la vida humana (por ejemplo, carencia de agua potable) hay otros que pueden neutralizar sus efectos negativos (por ejemplo, lavarse las manos en forma higiénica) y esto último está al alcance de todos una vez que el conocimiento se ha convertido en actitudes y prácticas apropiadas. La vida, y su calidad, es un balance de esas fuerzas externas, la mayoría de ellas oportunidades, y de las energías transformadoras del ser humano. Cuando esto último está menguado las posibilidades de cambiar en forma positiva el ambiente se ven muy disminuidas.

Un modelo de atención integral a la niñez en el contexto del desarrollo humano

No es exagerado asegurar que un modelo de atención integral a la niñez (AIN), de cuidado integral, debe inscribirse dentro de la idea del desarrollo humano y social como fuente de inspiración y guía. Y esto es muy importante. El AIN-C podría ser visto como una clásica intervención institucional de salud, o como una alternativa transitoria debido a la limitada capacidad actual del sistema institucional para poder extender sus servicios y mejorar el acceso. Aun cuando estos objetivos son válidos, el AIN en esencia debe ser visto como un proceso permanente, integrado y producto de la organización y desarrollo de las comunidades.

Fundamentalmente, debe ser un proceso que genere sus propias energías y elementos de transformación basado en la transferencia de conocimientos y técnicas para el propio reconocimiento de la comunidad de sus necesidades y potencial. Por tanto, lo esencial del proceso es el despertar de las energías y recursos propios de las comunidades.

El sector salud, como una institución que dispone de los recursos del conocimiento científico, procura a través de él revelar y descubrir el enorme caudal de soluciones apropiadas que yacen en el seno de las comunidades. Se debe procurar hacer mayor énfasis en el proceso de conocimiento que en el poseer o tener; en aquél que lleva a la consecución del segundo, basado en el propio proceso creativo inherente al ser humano, y en el reconocimiento de la tendencia natural humana hacia la perfección.

El AIN debe ciertamente ser un proceso enfocado y motivado para el desarrollo humano. Es crucial el fortalecimiento del valor y la autoestima de la mujer sobre su papel de madre en la protección de la salud de su hijo/a. Atención integral al niño/a es sobre todo educación transformadora de la mujer-madre: ciertamente la salud y bienestar del niño/a dependen en buena manera de la habilidad de la madre para lograrlos.

Por otro lado, no se puede abstraer el conocimiento del crecimiento y desarrollo de los niños/as de las realidades circundantes. Este análisis indefectiblemente llevará a escudriñar el entorno, sus relaciones e influencias, lo cual a su vez, generará los elementos necesarios de cambio. Este proceso reflexivo creará progresivamente un caudal de innovaciones y soluciones que tendrán el valor de la verdad, del apropiamiento implícito, y los cimientos de un desarrollo genuino local.

Un enfoque contra la pobreza. El AIN-C y su papel en ese contexto

La sabiduría convencional afirma de la pobreza como la consecuencia de la falta de recursos materiales—económicos, bienes, etc.. Sin embargo, la pobreza es básicamente un estado de complejas interacciones de valores, recursos materiales e intelectuales, y ordenamiento social que se consolidan en un patrón de conducta que limita la natural capacidad del ser humano de gestar sus propias necesidades y soluciones.

Por tanto, la creación de los recursos económicos en los cuales se basan las transacciones de bienes de la sociedad, es un producto secundario de la ruptura de la pobreza y de su marco antropogeosocial que la constituye. La fuerza más poderosa para romper el círculo de hierro de la pobreza es la educación para el cambio. Los conocimientos que generen la toma de acciones—cambios de comportamiento—que rompan el curso predestinado de los eventos y convierten al ser humano en el conductor de su destino.

Aunque parezca extraño, un proceso como el AIN es un factor de lucha contra la pobreza, en la medida que genere y fortalezca la habilidad de los miembros de la comunidad para conocer y tomar decisiones informadas y apropiadas para proteger la salud de sus hijos. Niños/as sanos

producirán sujetos más aptos para producir y apropiarse de más conocimiento y consecuentemente transformar favorablemente su entorno.

Por eso es tan importante no considerar el AIN como una simple y rutinaria actividad de “pesar a los niños/as cada mes en la comunidad.” Verlo de esta manera no sólo no podría conducir al logro de los resultados mínimos esperados sino que sus posibilidades de sobre vivencia serán menores y podrían disminuir a corto plazo.

Por otro lado, es necesario ver la trascendencia de un proceso de esta naturaleza. Se está hablando de los futuros individuos que se convertirán en las fuerzas creativas y productivas de la sociedad hondureña. Por tanto, los niños/as actuales son la realidad verdadera y el futuro no depende de ellos sino que de la habilidad de los adultos para criarlos apropiadamente. No es posible verlo de otra manera. El AIN tiene que ser una fuerza transformadora y tiene que necesariamente trascender el activismo clásico del enfoque clínico de salud.

La desnutrición es un proceso tan íntimamente inserto dentro de ese contexto complejo que configura la pobreza que un enfoque intervencionista y puntual poco resultado tendrá, como efectivamente se ha visto en las últimas décadas: a pesar de los enormes esfuerzos desplegados contra este problema, los resultados son tan desalentadores que el problema se ha considerado casi intratable y muy refractario a las acciones emprendidas.

Saber es poder; y poder es saber. El AIN debe ser un proceso de transferencia de saber. Esto es muy diferente de transferir el tener- cosas. La alternativa se plantea entre dar, como usualmente se ha hecho, o el dar poder necesario a través de una visión diferente de la vida para su mejor comprensión y por la capacidad de actuar para su cambio. Hacer sesiones de pesado, sin pensar en la toma de decisiones como consecuencia de esa nueva información no producirá mayores resultados, más que frustración y la sensación de impotencia al no verse los resultados que se desean.

Se trata por tanto de cambiar de considerar a la gente como incapaz de cambiar su estado de vida y actuar paternalísticamente sobre ellos, a actuar para contribuir a un cambio de fondo en la percepción de su papel conductor de los eventos que le efectúan. La madre debe convencerse—y actuar en consecuencia—que el adecuado crecimiento y en general el estado de salud su hijo depende en buena manera de sus acciones, y que no es un fenómeno que se escapa irremisiblemente de su influencia.

Manejar este enfoque es de suma importancia para el personal de salud que tiene el papel de conducir este proceso de transferencia y transformación. Se trata de poner en manos de la madre la capacidad, hasta donde las condiciones locales establezcan un límite momentáneamente insuperable, de defender la salud de su hijo. Y esto es realmente una lucha clara y precisa contra la pobreza. Por tanto, el AIN debe estructurarse de tal manera que permita esa transferencia a las madres: el poder de decidir y actuar positivamente sobre la salud de su hijo/a.

La seguridad alimentaria y el modelo de atención integral a la niñez en la comunidad

La seguridad alimentaria es un proceso complejo y variado. Implica la producción, procesamiento, distribución, almacenaje, costo,... hasta el aprovechamiento biológico final de los alimentos, cuando éstos se convierten en nutrimentos para mantener la vida humana. La magnitud de este proceso involucra muchas actividades humanas, sin embargo, el producto final del mismo se puede medir de una manera relativamente simple: cómo están creciendo los individuos en la sociedad y cómo afecta a los diversos grupos.

La calidad del crecimiento de los niños/as es una buena medida final del éxito de este proceso. De poco servirá aumentar la producción de alimentos si al fin este fenómeno no contribuye a cambiar el patrón de calidad del crecimiento infantil en forma favorable. Hay experiencias que muestran que en familias en las cuales hay un aumento de la disponibilidad de alimentos, éste no se traduce automáticamente en una mejor nutrición. Se puede mejorar la comercialización y el acceso, pero al final tampoco se ven los resultados en aquellos cuyo patrón de aprovechamiento al final de este proceso no es adecuado.

El ejemplo más notable de esta situación es precisamente la lactancia materna. La leche materna es la sustancia más apropiada para la nutrición infantil, teniendo la capacidad de soportar por sí sola el crecimiento infantil durante los primeros seis meses de vida. Está disponible en general en la cantidad y calidad que se necesita; no necesita de intermediarios, excepto la madre; no requiere refrigeración ni preparación especial. Es fácil llegar a la conclusión de que no hay razón alguna—en términos de disponibilidad de alimentos—para que un niño/a tenga un crecimiento inadecuado en esa fase de su vida, excepto que existan casos especiales en los cuales la lactancia esté totalmente impedida.

La leche materna sigue siendo la base de la alimentación por los próximos seis meses de vida cuando el niño/a ya requiere de alimentos adicionales en pequeñas cantidades y que usualmente forman parte de la dieta familiar. Sin embargo, como se verá más adelante, a pesar de esta disponibilidad de alimentos infantiles (la leche materna afortunadamente no tiene un precio en el mercado ni necesita de almacenamiento, conservación y distribución típico del resto de alimentos), una gran cantidad de niños/as atraviesan un lamentable proceso de crecimiento inadecuado que finalmente conduce a un estado nutricional inadecuado y frecuentemente crónico e irreversible con todas sus consecuencias personales y sociales.

La vigilancia del crecimiento a nivel comunitario es entonces la mejor medida del éxito o fracaso de los esfuerzos en asegurar la seguridad alimentaria—en toda su magnitud, y debe ser usado por todas las instituciones como indicador final. Si no se cambia la situación final nutricional, poco beneficio tendrán los esfuerzos en ese sentido, al menos en términos de la seguridad alimentaria. Por tanto, el AIN debe ser el sistema de vigilancia epidemiológica que evidencia los éxitos de la sociedad en proteger a sus niños/as y garantizarles un crecimiento apropiado.

2 REDEFINICIÓN DE LOS CONCEPTOS SOBRE CRECIMIENTO Y ESTADO NUTRICIONAL

Experiencia ganada en los últimos años en la lucha contra la desnutrición ha producido una gran cantidad de información que afecta en forma considerable el enfoque y las prioridades sobre el tema. Conocer e integrar estos conceptos renovados es importante para lograr avances sustanciales en el futuro. Esto es tan importante que una base conceptual inapropiada puede convertirse en el valladar más importante para el desarrollo de un nuevo enfoque de la salud integral a través del crecimiento y desarrollo.

Ciertamente el AIN-C es un nuevo enfoque que busca cambiar de ver la desnutrición como un cuadro final, crónico y severo a un proceso que se inicia en forma leve y poco notorio pero que es cuando puede ser corregido con prontitud, eficiencia y con un sentido preventivo de un daño permanente y severo, es decir, prevenir la instalación de un cuadro de desnutrición persistente en lugar de tratarlo. Por eso, el AIN debe ir precedido de una nueva y clara conceptualización técnica.

Crecimiento inadecuado y desnutrición. Dos conceptos que forman parte del mismo fenómeno

La postulación de la categorización de Gómez sobre la desnutrición basada en los porcentajes de adecuación de la mediana de los índices de talla/edad y peso/edad—usada para determinar el riesgo de muerte de niños desnutridos hospitalizados, y el uso de la curva normal estandarizada (desviaciones estándar), han sido los modelos básicos usados para determinar y medir el estado nutricional de las poblaciones. Este enfoque ha buscado trascender la pura observación clínica de la desnutrición como un cuadro patológico florido y caracterizado por una serie de síntomas y signos claramente tipificados y que recibieron denominaciones específicas como marasmo y kwashorkor, además de diversas combinaciones e intensidad. De esta situación se han derivado las denominaciones de desnutrición que han predominado en los últimos años. A la luz de los conocimientos actuales estas categorizaciones parecen resultar insuficientes para apoyar el enfoque preventivo de la nutrición y en función del crecimiento y el desarrollo de cada niño como unidad específica sólo comparable consigo mismo. De hecho

Cada niño/a tiene su propio patrón de crecimiento que sólo es comparable consigo mismo. Esto significa en términos prácticos que su situación nutricional individual debe ser determinada en base a ese patrón particular y específico que le es peculiar.

Definiciones actuales de la desnutrición

La desnutrición ha sido clasificada básicamente de dos maneras siendo las formas más difundidas y de amplio uso en los servicios de salud:

◆ Desnutrición como un cuadro clínico patológico

Esta clasificación es la que tradicionalmente se ha enseñado en las escuelas de medicina como una situación final con un cuadro florido y caracterizado por una serie de signos y síntomas. Evidentemente se trata de cuadros severos en los cuales ha ocurrido un largo proceso de daño continuo. Este enfoque de daño final y severo ha limitado el fenómeno de la desnutrición a un estado en lugar de un proceso, que tiene un inicio insidioso y poco llamativo.

Esta definición de uso común dio lugar a un enfoque eminentemente recuperativo de los cuadros establecidos de desnutrición; en la práctica, esto se manifestó en la institución de las salas de nutrición de los hospitales para la fase aguda de la recuperación, y en unidades de cuidados intermedios (UCI o hospitalización de baja intensidad) para la fase de recuperación sin riesgos adicionales de enfermedades concomitantes.

Siguiendo ese enfoque, la causa de la desnutrición se simplificó significativamente como una falta de alimentos y su solución, por tanto, consecuente con lo mismo. De allí a considerar las donaciones de alimentos como la solución eficaz al problema fue sólo cuestión de tiempo. La solución dentro de la lógica formal aparecía clara y precisa. Lo ocurrido en los últimos años se ha encargado de demostrar que parece no ser así.

◆ Desnutrición como un evento estadístico

El uso de las adecuaciones de la mediana de Gómez y las desviaciones estándar de la curva normal, considerando que el peso y la talla son dos variables cuyas frecuencias se distribuyen de tal manera, han constituido recientemente la base del análisis nutricional en la niñez, y es en la actualidad el sistema de medición prevalente. Sin embargo, su uso ha llevado a identificar el buen o mal estado nutricional como una situación posicional en la curva de crecimiento. Es un axioma y un credo de la verdad en el sistema de salud que los niños/as ubicados por abajo de la -2 desviación estándar de la curva normal están desnutridos. Aunque lo anterior en gran parte es cierto—con la excepción de una 2.5 por ciento que normalmente deben estar allí—el mensaje contrapuesto es que los que están por arriba de ese corte necesariamente están normales porque van por el llamado “camino de la salud.” Los niños con crecimiento inadecuado en este espacio no son considerados desnutridos.

Hay que considerar que no todos los niños/as que están por arriba de la -2 desviación estándar están normales. Este grupo puede tener problemas de crecimiento—y por ende nutricionales—al igual que el grupo por abajo de ese nivel.

De cualquier manera, casi todos los que llegan abajo del 3er percentilo vienen, obviamente, de los percentiles superiores y es aquí, entonces, donde se puede impedir que lleguen abajo. Una verdad simple y así lo son las alternativas: se les procura detener arriba o, se les espera abajo. Hasta ahora se ha hecho lo último.

En la práctica de los servicios de salud esta situación ha llevado a considerar el crecimiento como un fenómeno separado y sin mayor relación con el llamado estado nutricional producto de los cortes de la curva normal estandarizada. Se considera al crecimiento inadecuado—niños que no logran la ganancia mínima de peso esperado entre dos controles en un período definido—como un fenómeno sin una clara vinculación con el hasta ahora llamado estado de desnutrición, es decir, los niños/as que están por abajo de la -2 DE.

Esto ha llevado a análisis francamente contradictorios: niños con un ritmo de crecimiento sumamente deficiente—por ejemplo con una pérdida de peso entre controles sucesivos—que son clasificados y manejados como en estado nutricional normal si se encuentran por arriba de la -2 desviación estándar.

Es evidente que es necesario clarificar el uso de conceptos para adecuarlos al enfoque del AIN que se fundamenta en la prevención a través de la **vigilancia del crecimiento de cada niño/a** como un fenómeno único y particular, y cuyo crecimiento sólo puede y debe ser comparado consigo mismo. Lo importante no es dónde se encuentra el niño/a en la distribución de la curva normal sino que el comportamiento de su crecimiento determinado por su ganancia de peso (velocidad de crecimiento) entre períodos definidos y que se evidencia por la tendencia de la curva.

Es importante aquí recordar que todos los niños/as en una distribución normal de peso o talla son ciertamente normales; es decir, no hay un solo niño/a anormal no importa dónde esté ubicado en esa curva de distribuciones normales. Se sabe que los niños/as se distribuyen en esa curva de una manera conocida de tal forma que la mayoría se concentran alrededor de un promedio y el resto se alejan hacia los valores positivos y negativos con respecto a ese promedio. Los muy altos comprenden un 2.5 por ciento y se ubican por arriba de la 2 DE, en el lado positivo; los muy bajos, que también son un 2.5 por ciento, se ubican por debajo de la -2 DE, en el lado negativo. Pero, recuérdese, **todos** son normales, lo cual indica que sus riesgos son similares. En el Documento Complementario (vea anexo) a esta propuesta, se explica en forma práctica este fenómeno en el capítulo sobre evaluación.

Todos los niños/as en una distribución normal son ciertamente normales no importa dónde estén ubicados en esa curva, aun los ubicados por abajo de la -2 DE o del 3er percentilo. Por eso, esta curva sirve de referencia como grupo pero no a nivel individual.

Crecimiento inadecuado y desnutrición son en esencia lo mismo

En esencia, la desnutrición se inicia cuando el cuerpo se ve privado—por las razones que sean—de los nutrientes necesarios para su crecimiento y funcionamiento apropiado. En general pueden identificarse tres estadios iniciales:

1. Disminución de la actividad La deprivación de nutrientes produce como primera consecuencia la disminución de la actividad física; es una manera de ahorrar energía. Esto se puede evidenciar como un cambio en el comportamiento del niño/a. Si la situación es aguda, por ejemplo secundaria a un cuadro diarreico, es fácil identificar este signo; si el proceso es lento y larvado, la falta de actividad puede ser considerada normal o no muy perceptible y asociar que el niño/a es así. Por tanto, no es signo fácil de medir en forma confiable.

2. Disminución de la velocidad de aumento de peso (velocidad de crecimiento ponderal) Cuando el estado de deprivación continúa, el cuerpo inicia la deplesi3n de su panículo adiposo; las reservas energéticas ganadas durante los primeros meses de vida empiezan a ser sacrificadas. Igualmente, si el cuadro es agudo, esto se evidencia por una brusca disminuci3n de la ganancia de peso que puede ser de cero o negativa: el niño/a pesa igual o menos entre dos controles sucesivos. Si el cuadro es larvado, la única evidencia puede ser un crecimiento insuficiente; se gana peso pero no en la cantidad esperada.

Esta situaci3n es lo que debería ser llamada como la fase aguda inicial de la desnutrici3n: aún no hay daño permanente y las posibilidades de correcci3n son altas; se puede identificar más fácilmente la causa o causas de no crecimiento adecuado, y se pueden establecer las medidas correctivas en forma oportuna y con grandes posibilidades de revertir el proceso morboso. Aquí entra en juego el principio base de la atenci3n integral fundamentada en las múltiples causas que pueden iniciar y gestar el proceso de desnutrici3n. En estas condiciones el niño/a tiene ciertamente un cuadro agudo de desnutrici3n: su peso es menor para su edad (es decir hay una inadecuaci3n peso/edad), y también lo es para su talla porque ésta no ha sufrido deterioro aún (hay una inadecuaci3n peso/talla; en ese momento el peso es menor del esperado para la talla actual).

En resumen, los niños/as en esta situaci3n, para fines prácticos, están desnutridos y éste es el inicio de lo que puede convertirse en un tortuoso viaje hacia un continuo deterioro físico y mental, si no se corrige oportunamente, y que al final desemboca en el cuadro clínico florido de desnutrici3n descrito antes y clásico en los libros de texto; y claro desde luego, acaba llegando por abajo de la curva de la -2 DE y siendo clasificado como desnutrido grado alto.

Para fines de esta propuesta, por tanto, los niños/as con ganancia de peso insuficiente entre dos controles sucesivos serán considerados como desnutridos sin importar su ubicación en la curva de crecimiento, y éste será el criterio base de definición de desnutrición para los fines del proceso de atención integral a la niñez en la comunidad.

La tendencia de la curva de crecimiento es clave y constituye el basamento de la salud integral alrededor de la vigilancia del crecimiento del niño/a. Tiene la ventaja de que puede ser fácilmente medida y su determinación es un proceso muy objetivo, comparable y susceptible de cambio. La gráfica de la curva de crecimiento actual en uso tiene precisamente ese propósito.

3. Disminución del crecimiento estatural Si la deprivación continúa, el cuerpo como una medida de sobre vivencia disminuye su ritmo de crecimiento estatural para proteger sus funciones y órganos vitales (ciertamente, un niño/a pequeño necesita de menos insumos para su funcionamiento). Esto se manifiesta como una pérdida de talla de acuerdo con los valores esperados con respecto a la edad. Esto es lo que se ha llamado desnutrición crónica porque ocurre luego de un daño continuado y se usa como medida resumen del proceso nutricional en un grupo humano ya que el retardo estatural tiende a ser permanente.

Eventualmente, si este proceso de deterioro continúa la distribución de valores de la curva peso/edad y talla/edad, se irá sesgando hacia la izquierda o valores negativos de la curva normal: a mayor edad cada vez habrá más niños/as en los valores negativos y sucesivamente aparecerán más casos por debajo de la -2 DE donde, como se recordará, sólo debe estar el 2.5 por ciento normal. Pero también los niños/as que no llegan a ese nivel permaneciendo sobre la curva de la -2 DE y que han sufrido un proceso de crecimiento inadecuado no corregido también tienen daño nutricional, como antes se señaló.

Por tanto, la desnutrición es un proceso de inicio agudo o larvado, dependiendo de la causa que la desencadena. Ciertamente pareciera que todos los niños/as están sujeto a padecer cuadros agudos de desnutrición irrestrictamente de su nivel socioeconómico. Por ejemplo, una diarrea aguda viral o una IRA en un niño de un familia que tiene los recursos y sabe como crecer a su hijo/a, esta enfermedad podrá producirle una súbita disminución de peso—por la fiebre, vómitos, inapetencia, etc., que llevará a un peso que será inadecuado para su edad y talla, es decir, una desnutrición aguda. Este niño será recuperado nutricionalmente del problema y volverá a su curva de crecimiento que potencialmente le corresponde. A diferencia, el niño que se deteriora no logra su recuperación de este cuadro agudo y avanza hacia estadios más graves. Por tanto

Todos los niños/as están sujetos, por razones diversas, a padecer cuadros de desnutrición aguda (disminución de su ritmo de ganancia de peso). Algunos recuperaran el ritmo y nivel de crecimiento que le es propio, y otros continuarán el proceso de deterioro hacia la desnutrición crónica. Cambiar esto último es el objetivo fundamental del AIN.

Y es aquí donde el enfoque del AIN debe hacer la diferencia proporcionándole a la madre la capacidad de

1. identificar el problema en su fase aguda–ganancia de peso insuficiente–antes de cualquier clasificación nutricional clásica
2. identificar la o las causas del problema (por qué)
3. identificar las soluciones a las causas del problema y generar las acciones
4. dar seguimiento para verificar y fortalecer los cambios positivos
5. decidir acciones más profundas ante situaciones difíciles de cambiar

Todo esto a través de un proceso de apropiación de la madre y de transformación de sus conductas y su entorno. Esto es en resumen la promoción del crecimiento y desarrollo como eje que articula la atención integral a la niñez.

Control del crecimiento y vigilancia del estado nutricional. Cómo compatibilizarlos.

La pregunta que surge de inmediato es cómo se va ahora a ordenar e informar del estado nutricional de los niños/as si ya no se usará la clasificación clásica de

- normal o no desnutrido (por arriba de la -1 DE)
- desnutrición leve (entre la -2 y -1 DE)
- desnutrición moderada (entre al -3 y -2 DE)
- desnutrición severa (por abajo de la -3 DE)

Es evidente que esta clasificación es inapropiada para los fines del AIN orientada hacia un enfoque preventivo de la desnutrición, por una oportuna y dinámica vigilancia del proceso de crecimiento. La clasificación anterior es como una fotografía, como un imagen congelado de un

proceso; el crecimiento es, para hacer un símil, como un video, un proceso necesariamente dinámico, cambiante y modificable.

Como ya fue mencionado antes, el ser clasificado como desnutrido no dependerá de la ubicación entre los límites de la clasificación anterior; un niño ubicado en el tramo de “normal” puede estar en un franco proceso de desnutrición con poca o ninguna ganancia de peso e incluso con deterioro ya de su talla. A la inversa, un niño en el tramo de los llamados desnutridos no necesariamente lo está; puede ser pequeño y nada más, perfectamente sano.

Sin embargo, la utilidad de esta clasificación persiste como un indicador global de la situación nutricional de una zona geográfica o una población definida, para fines de evaluación y comparabilidad. Por ejemplo, el porcentaje de niños ubicados por abajo de la -2 DE (los llamados desnutridos moderados y severos) denotan la situación global de nutrición del grupo al cual pertenecen. Si allí en condiciones normales sólo debe haber un 2.5 por ciento del total, un aumento en este porcentaje indica que hay un proceso generalizado de deterioro nutricional en todo el grupo en su conjunto.

Por tanto, saber que por debajo de la -2 DE (o 3er percentilo) hay, por ejemplo, un 30 por ciento de niños/as menores de dos años, indica que hay un serio problema de crecimiento inadecuado en ese grupo, mucha más serio del que muestra ese valor, porque otros niños ubicados arriba de ese corte también, como ya se vio antes, tendrán daño nutricional. Podría ocurrir que el 50 por ciento de sujetos que deberían crecer por arriba del percentilo 50, o promedio, podrían haber descendido por abajo del mismo sin alcanzar a bajar del nivel de -2 DE, y de hecho estar con problemas nutricionales aunque permanezcan en el rango denominado de normalidad.

Una mejoría en ese indicador—porcentaje de sujetos por abajo del 3er percentilo—indicará una mejoría de todo el grupo en su conjunto, porque será difícil mejorar a aquéllos sin un enfoque global para todos los sujetos. Es decir que cuando la curva de distribuciones de peso o talla se desplaza hacia la izquierda, producto del crecimiento inapropiado, lo hace en una forma global pudiendo afectar a todos los sujetos sin importar el percentilo en que se encuentran, y no sólo a los que se encuentran en los percentilos más bajos. Evidentemente, sin tener la historia de crecimiento de cada niño/a es imposible saber cuáles están ciertamente desnutridos en un rango definido, así como cuáles realmente pertenecen a ese grupo y sólo son un poco más pequeños pero no desnutridos. Pero este problema lo resuelve la vigilancia del crecimiento a través del AIN.

Por tanto

La situación o estado nutricional basado en los cortes de la curva normal—desviaciones estándar—debe ser usado como un indicador global para la evaluación de los cambios en poblaciones específicas. La proporción de sujetos por abajo de la -2 DE o 3er percentilo, donde normalmente se espera no haya más de un 3 por ciento de sujetos, es el indicador apropiado para mostrar esta situación siendo innecesario usar otros rangos.

Corolario de la afirmación anterior es que para que ese indicador mejore será necesario que la promoción del crecimiento por la atención integral funcione; es decir, que prevenga la evolución de los cuadros agudos de desnutrición (ganancia de peso insuficiente) hacia formas crónicas irreversibles de las cuales algunas llegarían por abajo de la -2 DE. De esta manera, la mejoría-disminución del valor-de ese indicador será un claro reflejo del éxito del AIN.

Lo que se debe evitar es continuar llamando al grupo que queda encerrado en este indicador como los únicos desnutridos; el criterio de desnutrición como ya ha sido ampliamente discutido antes se modifica, basándolo en el comportamiento de la curva de crecimiento sin importar su ubicación en la distribución de la curva normal estandarizada.

Finalmente, vale la pena señalarlo, éste no sólo es un problema de clasificación o conceptos, el hecho práctico es que paraliza la acción preventiva y oportuna, reduciendo las probabilidades de un cambio favorable con mayor eficiencia y eficacia. Por tanto

Niño/a que crece es niño/a sano; niño/a que no crece está enfermo.

3 CAMBIO DE PRIORIDADES. POR QUÉ SON MÁS IMPORTANTES LOS NIÑOS/AS MENORES Y LOS DESNUTRIDOS LEVES Y MODERADOS

En el enfoque hasta ahora prevalente del problema nutricional se han sentado dos prioridades básicas:

- Los desnutridos severos basado en observación de que su riesgo de muerte es mayor. Hacia éstos se han enfocado los esfuerzos de recuperación y tratamiento.
- Los niños mayores de dos años precisamente porque en ellos los cuadros de desnutrición son más severos y francos.

Evidentemente las motivaciones de estas prioridades radican como se ha mencionado antes, en la visión de la desnutrición como un cuadro terminal y clínicamente notable, o estadísticamente bien definido. Como se verá más adelante, para el apropiado desarrollo del AIN estas prioridades deben ser cambiadas.

Comportamiento del proceso de crecimiento de los niños/as menores de 5 años. Por qué son prioritarios los menores de 2 años

De los estudios sobre antropometría en el país y de los análisis del AIN a nivel institucional se puede apreciar el comportamiento del crecimiento de un grupo de niños/as menores de cinco años y menores de un año. Se pueden identificar tres etapas bastante bien definidas.

Etapas 1. De sostenimiento y recuperación

Esta etapa se extiende desde el nacimiento hasta los seis meses de vida. Se caracteriza por una franca recuperación de aquellos que nacen con un peso inferior a su potencial biológico, no sólo de los que están por abajo de los 2,500 gramos de peso y que son clasificados estadísticamente como con bajo peso al nacer (BPN). Además, los niños/as que nacen con un buen peso se mantienen. Es evidente que en los primeros meses hay una serie de eventos que protegen y aseguran el crecimiento apropiado de la enorme mayoría de niños que sobreviven. A los tres o cuatro meses, la tasa de niños/as con problemas de crecimiento puede ser igual a cero.

¿Cuáles son los eventos que ejercen tan beneficiosos efectos sobre los niños/as durante este período? Esta es seguramente una de las preguntas más valiosas que requieren de una respuesta apropiada. La lactancia materna debe tener un papel preponderante, combinado con el cuidado más intenso de la madre, y la menor prevalencia de las enfermedades sobre todo infecciosas agudas como la diarrea y las IRA.

A partir del cuarto mes y hasta el sexto, se observa un leve deterioro y un grupo de niños empiezan a presentar problemas de crecimiento inadecuado. A partir del sexto mes, este proceso

se acelera notablemente y se entra en la segunda etapa. En esta primera etapa no se observan niños/as por abajo del 3er percentilo indicando que en general el proceso de deterioro no es intenso aún.

El comportamiento del crecimiento grupal en esta primera etapa tiene una conclusión importante: la mayoría—prácticamente el 100 por ciento—de los niños/as tienen la combinación adecuada de factores que les permite crecer saludablemente, independientemente del nivel social, económico y educativo de sus madres, incluso en buena manera independiente del estado en que nació, si ha logrado sobrevivir. ¿Cómo mantener y perdurar estas condiciones que ya existen en seno familiar adecuándolas y/o fortaleciéndolas con las demandas cambiantes del niño mayor? Esta es otra pregunta que el AIN debe dar una respuesta satisfactoria para llegar a tener el impacto que se desea.

Etapa 2. De deterioro

A partir del sexto mes de vida el porcentaje de niños con crecimiento inadecuado tiene un aumento explosivo, tanto que al final del primer año de vida más de un 60 por ciento ha tenido uno o varios eventos de disminución de su ritmo de crecimiento. En la medida que este proceso se acelera—básicamente a partir del octavo mes—porcentajes cada vez mayores de sujetos aparecen por abajo del 3er percentilo, y llegando hasta un 30 por ciento al final del primer año. Este proceso continúa hasta más o menos los 18 meses de vida, iniciándose aquí la tercera etapa.

Esta segunda etapa es de un terrible efecto para el niño/a promedio hondureño. Sus logros del primer semestre de vida son rápidamente sacrificados y su integridad física y mental es agredida; es el inicio para muchos del largo peregrinaje que lleva finalmente a un sujeto menguado en sus capacidades para transformar su ambiente y convertirse en fuerza de desarrollo y crecimiento intelectual para sí mismo, su familia y la nación.

¿Qué ocurre en este período que hace tanto daño? Suspensión o disminución o sustitución de la lactancia materna; introducción inapropiada de alimentos complementarios; incremento de la morbilidad con diarrea, IRA, y otras; disminución del cuidado de la madre; incapacidad de la madre de manejar la situación alimentaria durante y después de la enfermedad. El AIN tiene como estrategia primordial descubrir esas causas para cada niño que muestra un crecimiento insuficiente y tratar de corregirlo.

Etapa 3. De estabilización

Después de los 18 meses, y especialmente a partir de los 24, viene una fase de estabilización. El indicador de talla/edad tiende a horizontalizarse o sea que no aparecen más niños/as por abajo de la -2 DE; la adecuación peso/edad tiende a corregirse es decir hay menos niños/as por abajo de la -2 DE (el peso se adecua a la edad actual); y el peso/talla denota la adecuación entre el peso y la talla tendiendo hacia los valores cero, mostrando una adecuación del peso a la nueva talla disminuida. El deterioro nutricional, al menos visto a través de los indicadores antropométricos,

parece disminuirse sustancialmente en esta etapa: la proporción de niños/as por abajo de la -2 DE no parece aumentar ulteriormente.

De este análisis se pueden sacar unas conclusiones muy importante:

- los niños prioritarios son los menores de 2 años, por dos razones fundamentales:
 - Primero, porque el proceso de la desnutrición se inicia desde el segundo trimestre de vida, acentuándose drásticamente durante el segundo semestre hasta el tercero, siendo por tanto en esos períodos cuando se pueden realizar las acciones preventivas que eviten la evolución hacia un cuadro crónico irrecuperable.
 - Segundo, porque después del segundo año de vida, aun cuando la proporción de desnutridos es mayor, las posibilidades de recuperarlos son pocas por ser un estado de desnutrición ya establecido, y porque el deterioro ulterior no parece ser importante que ocurriera un proceso de adecuación prácticamente sin la intervención de nadie fuera de la familia misma.

Las causas de esta adecuación pueden ser la disminución relativa del crecimiento en esta fase comparado con los dos primeros años de vida que puede hacer que las agresiones tengan un efecto menos desastroso; el desarrollo de resistencia a las enfermedades infecciosas más comunes como la diarrea y sus consecuencias sobre la nutrición; hasta la capacidad del niño/a de buscar y apropiarse sus propios alimentos, podrían explicar este fenómeno. Por tanto, para el AIN:

La prioridad son los niños/as menores de 2 años, y su vigilancia debe ser estrecha durante los primeros 18 meses de vida, especialmente entre los 3 y 18 meses que es cuando la desnutrición se inicia e instala y cuando es posible corregirla en forma oportuna, eficiente y eficaz.

Por qué son prioritarios los desnutridos no severos

Tradicionalmente se ha declarado como prioritario de ataque contra la desnutrición los desnutridos severos, aquellos que han traspasado el límite de la -3 DE y donde normalmente sólo se debe encontrar menos del 0.5 por ciento de los sujetos normales. Aun cuando los sujetos ubicados en este tramo son los que tienen el daño mayor, no son ciertamente los más importantes tanto en el sentido de prevenir la desnutrición (estos niños/as son la evidencia de eso), como en prevenir la muerte como se verá más adelante.

Desnutrición y mortalidad infantil

Tradicionalmente el sector salud ha hecho énfasis en los niños/as desnutridos severos, considerando con fundamento que es el grupo que tiene un mayor riesgo de morir. Las intervenciones planeadas y realizadas en este grupo se han basado en la recuperación nutricional y la dotación de alimentos, actividad sumamente costosa, de difícil sostenibilidad, prácticamente sin impacto a corto y largo plazo, y de un carácter paternalista. El requisito para recibir ayuda alimentaria es tener uno o mejor dos niños desnutridos en la familia.

Estudios recientes muestran que los niños/as con cuadros de clásica desnutrición leve y moderada también tienen un aumento del riesgo de muerte comparado con aquellos no desnutridos; y que estos cuadros leves y moderados de desnutrición constituyen el sustrato sobre el cual germina la mortalidad infantil. Por tanto, una disminución ulterior de la mortalidad infantil en el país debe de estar fuertemente ligada a la prevención de la desnutrición infantil en general.

Por otro lado, aun cuando los desnutridos no severos presentan un riesgo menor de muerte como grupo, al constituir un grupo mucho más numeroso que los desnutridos severos, la cantidad de niños/as que mueren en ellos son al final el grueso de los muertos totales.

Lo anterior, por un lado, no debe indicar que el país debe volcar sus esfuerzos hacia los desnutridos leves y moderados, porque sería volver a lo mismo. Se ha dicho que se trata de prevenir cualquier tipo de desnutrición asegurando su crecimiento adecuado antes de que lleguen a cualquiera de estas categorías de estado nutricional, y de esta manera contribuir a prevenir la muerte prematura.

La mejor manera de lograr lo anterior es desarrollando actividades preventivas basadas en la vigilancia del crecimiento y logrando que las agresiones a un sano crecimiento—y por ende a una nutrición apropiada—sean rápidamente corregidas y su daño nutricional superado. Evidentemente para lo anterior es necesario manejar y analizar la multicausalidad de inicio del proceso de desnutrición y las acciones para corregirlas. Aquí está el secreto del éxito.

4 IMPLEMENTACIÓN DEL AIN A NIVEL DE LA COMUNIDAD. ETAPAS PARA SU DESARROLLO Y ORGANIZACIÓN

La siguiente es una propuesta sobre los pasos generales para llegar a la organización de la comunidad y la implantación del AIN a ese nivel. Es un producto de las experiencias locales y busca una lógica operativa coherente. Cada etapa será descrita más exhaustivamente después. Este proceso de organización presupone que los conceptos, contenidos, procedimientos, instrumentos y materiales educativos del AIN-C estén ya listos.

- Capacitación del personal local de salud
- Selección de la(s) comunidad(es) donde se iniciará y continuará la implantación del AIN
- Primera reunión con la comunidad para explicar el proceso y seleccionar a las monitoras del AIN-C
- Capacitación de las monitoras
- Segunda reunión con las madres y otras personas de la comunidad para realizar la encuesta de línea base
- Tercera reunión para el seguimiento del AIN-C

Capacitación del personal local de salud

La capacitación del personal institucional tiene dos objetivos:

- El primero es dar a conocer al personal de salud el modelo, conceptos y contenidos de AIN que será implantado a nivel de la comunidad.
- El segundo es aprender haciendo en la cual se implanta el AIN en una comunidad y se le da seguimiento.

En esta capacitación se debe considerar la inclusión de ONG que estén trabajando en el área geográfica en actividades de salud.

Duración

De dos a tres días

Contenido

- Conceptos y filosofía del AIN comunitario
- Organización. Selección de comunidades, monitoras, etc.
- Instrumentos y procedimientos
- Resultados. Indicadores. Encuesta de línea-base y evaluación
- Supervisión y apoyo. Seguimiento
- Capacitación de monitoras. Material de apoyo

Participantes

- Personal de la región
- Personal de las áreas (médico, enfermera, promotor, otro)
- Personal de los sectores (médico, enfermera, promotor, otro)
- Personal de las UPS (médicos, enfermeras, auxiliares, promotores, otros)

Esta es una capacitación para familiarizar a personal clave del nivel regional, área y sector con los contenidos e instrumentos del AIN comunitario. Explicar su filosofía, procedimientos y logros que se esperan; su vinculación con el sector institucional y las necesidades de apoyo y supervisión. En la medida que el personal de la región y las áreas esté capacitado, asumirá las capacitaciones ulteriores.

Condición previa de esta etapa es tener listo, a nivel de prueba, todos los elementos doctrinarios, de procedimientos, e instrumentos del AIN comunitario, lo cual forma parte de la propuesta en este documento.

Selección de las comunidades donde se iniciará y continuará el AIN

Para la selección de las comunidades debe definirse una serie de criterios de selección considerando varias variables:

- Capacidad logística y técnica de los recursos institucionales y de las ONG de implantar, apoyar, supervisar y dar seguimiento al proceso en cada comunidad elegida.
- Condiciones de las comunidades que puede basarse en los siguientes criterios
 - Selección de las que muestran el mayor índice de necesidades insatisfechas o daño nutricional.
 - Selección de las que muestran un menor acceso a los servicios institucionales. Esta estimación se puede hacer por medio del uso de los

servicios, lo que implica un trabajo de investigación adicional, aunque se puede basar en observaciones empíricas del personal local. También la distancia puede ser un indicador de acceso.

También se puede argumentar que no es conveniente empezar por las comunidades más alejadas y marginadas; éstas son usualmente comunidades pequeñas, poco accesibles, con mayor porcentaje de personas en situaciones de pobreza extrema en las cuales las probabilidades de producir impacto son mucho más reducidas. Tal vez debería darse un segundo pensamiento a esto porque el costo beneficio sería mayor con esta segunda opción que con la primera.

Capacitación de las monitoras comunitarias del AIN

La capacitación de las monitoras comprende la esencia del proceso. Aquí se deben introducir todos los conceptos, procedimientos, e instrumentos que se usarán regularmente en el AIN comunitario. Estos conocimientos deberán ser de amplio conocimiento del personal de enfermería quienes tendrán la responsabilidad directa de la capacitación, seguimiento y apoyo a las monitoras comunales. Esta capacitación debe tener dos clases de contenidos: los básicos que se refieren a los procedimientos propios del crecimiento y desarrollo, y los específicos que tienen que ver con las intervenciones.

Procedimientos básicos

Los contenidos claves son

- Conceptos y filosofía del AIN comunitario
- Técnica de pesado
- Técnica de tallado
- Tarjeta del AIN
- Listado de niños/as comunitario; sistemas de información, monitoría, supervisión y evaluación
- Punteado del peso/edad
- Trazado de la curva de crecimiento
- Interpretación de la tendencia.
- Causas de no crecimiento.
- Recomendaciones para acciones de corrección.

Conceptos y filosofía del AIN comunitario

Aquí se deberán introducir los conceptos que forman parte de los primeros tres capítulos de este documento.

- El desarrollo de la comunidad; cambio de comportamiento de las madres.
- La lucha contra la pobreza.
- Seguridad alimentaria.

Técnica de pesado

Este es un proceso ampliamente conocido por lo que sus detalles se pueden encontrar en una serie de documentos disponibles.

- Descripción de la balanza. Uso general de la misma.
- Técnica de colgado de la balanza.
- Técnica y frecuencia de calibración de la balanza.
- Preparación del niño (desnudar). Colocación en la bolsa o hamaca.
- Lectura del peso. Inmovilidad de la aguja marcadora.
- Anotación del peso.

Técnica de tallado

- Descripción del infantómetro. Uso general del mismo.
- Colocación del infantómetro.
- Técnica de movilización del cardón del infantómetro.
- Preparación del niño. Colocación en el infantómetro.
- Lectura de la talla.
- Anotación de la talla.

Tarjeta del atención integral a la niñez

Estos contenidos son parte del documento del sistema de información base del atención integral a la niñez.

- Descripción general de los contenidos de la tarjeta.
- Datos generales. Ejercicio de llenado.
- La curva de crecimiento y desarrollo. Contenidos y estructura.
- Cuadro de alimentos.
- Antecedentes perinatales.
- Cuadro de vacunas.
- Cuadro de vitamina A.

Listado comunitario de niños/as. Sistema de información, monitoría, supervisión y evaluación

La descripción de estos instrumentos y su llenado se encuentra detallado en el Documento Complementario(vea el anexo).

- Descripción general de los contenidos del listado.
- Nombre del niño/a.
- Fecha de nacimiento.
- Meses. Fecha de la reunión. Registro del peso y esperado. Tendencia del crecimiento. Causa de no crecimiento adecuado. Decisiones. Definir fecha de próxima reunión.
- Uso del instrumento de flujo. Construcción de indicadores. Análisis e interpretación.
- Construcción de gráficas de cumplimiento.

Punteado del peso edad en la gráfica

Estos contenidos también forman parte del documento de técnicas de llenado de la tarjeta e historia clínica del AIN.

- Cómo leer la línea de la edad.
- Cómo leer la línea del peso.

- Técnica del trazado del punto de intercepción de los dos valores.

Trazado de la curva de crecimiento. Cómo decidir entre un trazo en azul o rojo

Este es uno de los puntos sobre los cuales hay aun cierta incertidumbre. A continuación se presenta un análisis del mismo y las posibles opciones de decisión.

Para que se pueda trazar la curva de crecimiento de cada niño/a es necesario al menos dos valores de peso. Para el trazo de la línea, hay en general dos posibilidades:

- ▶ **Línea en tinta azul.** Cuando el crecimiento es adecuado, la ganancia de peso es igual o mayor que la mínima esperada entre dos medidas de peso en un período definido de tiempo, usualmente de 30 días. Esto indica que el niño/a va bien.
- ▶ **Línea en tinta roja.** Cuando la ganancia de peso entre dos medidas sucesivas es menor del mínimo esperado, entonces la línea se traza en color rojo, lo que indica peligro y que el niño ha iniciado un proceso de desnutrición o que éste se está acentuado.

Para decidir cuando trazar la curva en color azul o rojo se puede recurrir a tres maneras. Sucesivamente cada una es más compleja pero más precisa. Mayor precisión indica que se disminuye la posibilidad de identificar como creciendo inadecuadamente a un niño/a que sí lo está haciendo bien, es decir un positivo falso (niño sano clasificado como enfermo); así como los negativos falsos: niños que están creciendo mal pero no son identificados como tales (niños enfermos clasificados como sanos).

Es necesario un balance entre simplicidad y precisión; que la técnica no sea tan compleja que la ganancia en precisión se pierda en confusión; o tan simple que la falta de precisión sea muy alta y los falsos positivos o negativos sean también muy altos. A continuación se discuten varias formas para llevarlo a cabo.

Modelo más simple. Asumir que cualquier aumento de peso es adecuado

El problema concreto radica que entre ganar el peso mínimo esperado entre dos medidas espaciadas en un tiempo definido, y no ganar nada de peso, hay un rango amplio. Si se espera que un niño/a gane como mínimo 500 g entre dos medidas separadas por un mes, cualquier valor entre 1 y 500 g se considerará apropiado hasta que la ganancia sea de cero gramos (0) que es cuando será considerado como problema.

Evidentemente es una forma fácil de decidir porque los parámetros son productos obvios de la toma de peso; no requieren cálculos adicionales, ni tablas o instrumentos auxiliares. Pueden facilitar mucho el trabajo y el nivel de complejidad de la monitora. Si la mayoría de los cuadros

de pérdida del ritmo de ganancia de peso fuesen drásticos en el sentido que paren el crecimiento agudamente—lo que se manifestaría por un peso actual igual o menor al previo—el problema de la falta de precisión en este rango sería intrascendente y por tanto no valdría la pena el esfuerzo de determinarlo.

Sin embargo, la evidencia empírica acumulada indica que hay casos de crecimiento inadecuado que ocurren de una forma larvada y progresiva sin un cuadro agudo severo, lo que hace pensar de que este intervalo—entre ganar peso óptimamente y no ganar nada—es crítico para una detección precoz del problema, sus causas y soluciones. Se necesita de más evidencia científica de su comportamiento en el país para asegurar que la medición precisa de este intervalo no vale el esfuerzo.

Modelo de complejidad intermedia. Tasa de incrementos de peso por intervalos de edad

Se asume un promedio de incremento de peso esperado cada 30 días para ciertos intervalos de edad. Por ejemplo:

- de 0 a 5 meses.....500 g
- de 6 a 11 meses.....400 g
- de 12 a 23 meses.....200 g

Nuevamente surgen los problemas de precisión. Por ejemplo, para los niños/as de menos de 3 meses de edad, la posibilidad de ser detectados como falsos negativos (creciendo mal e identificados como sanos) es alta ya que su velocidad de crecimiento esperado es mayor del 500 g por lo que un descenso moderado no será detectado, especialmente en los niños/as por arriba del 50 percentilo. Si se quiere evitar esto los valores deben incrementarse, lo que aumenta la sensibilidad (menos falsos negativos) pero disminuye la especificidad (más falsos positivos), como se verá más adelante.

Con estos valores la posibilidad de falsos positivos (creciendo bien y detectados como enfermos) es menor ya que los valores propuestos se acercan al comportamiento de incremento de peso de los percentiles más bajos, lo que hace difícil que un niño/a que tiene una adecuada ganancia de peso se ubique por abajo de esos valores, porque de hecho ya son de los más bajos esperados para los niños/as más pequeños. Estos valores, por tanto, dan una alta especificidad ya que identifican correctamente a la mayoría de los que están creciendo bien (sanos), evitando los positivos falsos; pero tiene baja sensibilidad ya que tiene más chance de incluir negativos falsos (enfermos como sanos). Si se quiere mejorar esto, se deben bajar los valores; así se aumenta la especificidad pero se baja la sensibilidad.

Estas decisiones numéricas tiene su utilidad e impacto en la práctica de la atención. Por un lado, una alta especificidad evita alarmar a la madre—y al sistema de salud—inneceariamente con los positivos falsos; es decir, el que está enfermo realmente así aparece. Por otro, demora la acción

sobre niños/as que si están creciendo mal pero se detectan como sanos—los negativos falsos; es decir, que no todo el que aparece sano realmente lo está. Entre más bajos los valores más alta la tendencia anterior; a la inversa entre más altos ocurre lo contrario.

Las ventajas de este método son obvias: reduce, por un lado, la enorme imprecisión del método anterior; y por otro, no requiere de un proceso sofisticado de cálculo ni de una tabla compleja para hacerlo, bastan tres números. Su inconveniente fundamental es, como ya se mencionó, que algunos enfermos se identifican como sanos, aunque al agravarse el proceso de desnutrición se evidenciaría posteriormente, o al menos, desde luego, que un niño/a supere el problema y reinicie su crecimiento normal. Otro inconveniente práctico es que sólo permite la medición en un intervalo de 30 días, aunque esto se puede corregir agregando más valores, lo que complejiza el proceso.

Método más complejo. El uso de la tablas de ganancia mínima de peso del CLAP

El uso de las tablas de ganancia mínima de peso, según períodos definidos basados en el peso previo, a intervalos de 100 g, es seguramente la forma más precisa de definir si un niño/a está o no creciendo bien, y en consecuencia usar un color azul o rojo para trazar la curva y determinar la tendencia. Las posibilidades tanto de falsos positivos como negativos se disminuyen sustancialmente mejorando la especificidad así como la sensibilidad del proceso de decisión. Al referirse a un mínimo implica que un descenso pequeño del ritmo de ganancia de peso en los niños/as grandes no será detectado (falsos negativos) pero prácticamente no habrá falsos positivos. O sea que la mayoría que está sano aparece como tal; pero una menor proporción de enfermos aparece como tal.

El inconveniente, como es obvio, es la complejidad del proceso al necesitar de cálculos y una permanente consulta de una tabla nutrida de números ordenados en varias columnas. La complejidad de la tabla se puede reducir usando sólo el intervalo de 30 días pensando en que ésa es la regularidad con que se espera se lleve a cabo la reunión del AIN en la comunidad. Sin embargo, cuando se presente un caso con un período diferente, se debiera tener un método alternativo para resolver el problema.

La decisión final del uso de esta tabla deberá ser un balance de los beneficios contra los inconvenientes, en estos últimos especialmente la habilidad de las monitoras de manejarla apropiadamente, y el tiempo que requiere su constante consulta. Es importante hacer una prueba en la realidad para ver su viabilidad visto su gran nivel de precisión.

Otras formas

Hay otras formas de hacer este proceso. Algunas como el uso de las tablas de percentiles implican también el uso de una tabla llena de números y ciertas reglas de decisión que ahorran los cálculos pero que también pueden oscurecer el proceso. Otros métodos implican modificaciones en la gráfica recién puesta en operación, tal como el trazado de líneas de

referencia cada decil, y el uso de las burbujas con valor de 100 g cada una. Eventualmente son métodos que deberán ser considerados al hacerse una revisión de la gráfica.

Interpretación de la tendencia de crecimiento

Esta interpretación está condicionada a lo que se decida en el punto anterior en cuanto a la precisión con que se espera determinar si la tendencia es adecuada o no. En el caso de que el manejo sea con un alto nivel de precisión, las posibles interpretaciones de la curva son las siguientes:

Crecimiento adecuado

El niño/a muestra una ganancia de peso igual o mayor al mínimo esperado para el intervalo de tiempo especificado entre dos medidas. Este trazo se hace evidentemente en tinta azul y se registra con un número 1 (ver Documento Complementario). Por ejemplo

- Peso anterior 4,100 g
- Ganancia de peso esperada para un mes 680 g
- Peso mínimo actual esperado $4,100 \text{ g} + 680 \text{ g} = 4,780 \text{ g}$
- Peso actual 4,800 g

Por este proceso matemático se llega con precisión, y sobre todo con objetividad (la decisión es independiente del observador), a determinar la tendencia, lo que le da una gran validez a la decisión.

En el caso de que en el punto anterior se decidiera no usar cálculos, la regla de decisión sería simple: basta que gane algo de peso sin importar cuánto.

Crecimiento pero no suficiente

En este caso el niño/a ha ganado peso entre dos medidas pero no el mínimo esperado para el período. Este trazo se hace en tinta roja y se registra con un 2 en rojo (ver Documento Complementario). Por ejemplo

- Peso anterior 4,100 g
- Ganancia de peso esperada para un mes 680 g
- Peso mínimo actual esperado $4,100 \text{ g} + 680 \text{ g} = 4,780 \text{ g}$
- Peso actual 4,500 g

Esta situación debe desencadenar una reacción de alarma para identificar la causa de este retardo y tomar las medidas consecuentes. Por ejemplo, si el niño/a no está enfermo y no muestra ningún signo de problemas adicionales como enfermedad aguda, las recomendaciones deben ser muy conservadoras y esperar al próximo control para ver el comportamiento ulterior. Para el caso

cuando un niño/a inicia otros alimentos además de la lactancia puede tener un descenso esperado en su curva de crecimiento y habrá que esperar para ver si reinicia su crecimiento.

Sin embargo, esta decisión puede ser un poco más compleja porque no es lo mismo que la ganancia de peso sea de 400 g que de, por ejemplo, 50 g. Este último está más cerca de la categoría de “no crecer” que el anterior que se acerca más a la categoría de “creciendo adecuadamente.” Por tanto, el observador deberá igualmente desarrollar su propio juicio basado en esta evidencia; por ejemplo, si la ganancia de peso es al menos la mitad de lo esperado, la conducta será diferente a si la ganancia es menor de la mitad de lo esperado (para este ejemplo, mayor o menor de 340 g, respectivamente). El propósito de estas observaciones no es complejizar el proceso sino que más bien desarrollar la sensibilidad hacia hechos que se presentan en la realidad y sobre los cuales eventualmente el personal de salud y las monitoras tendrán que enfrentar y resolver.

No crecimiento. Peso igual entre dos controles

En este caso, la regla de decisión es obvia y producto del acto de pesar por lo que no requiere de cálculos ulteriores. Evidentemente, este trazo se hace en tinta roja y se registra con un 3 rojo. Siguiendo el ejemplo anterior

- Peso anterior 4,100 g
- Ganancia de peso esperada para un mes 680 g
- Peso mínimo actual esperado $4,100 \text{ g} + 680 \text{ g} = 4,780 \text{ g}$
- Peso actual 4,100 g

El niño/a sólo ha mantenido peso. Evidentemente, está en problemas serios y se deberá actuar en consecuencia.

Decrecimiento. Peso actual menor que el anterior

En este caso, la regla de decisión es también clara producto del acto de pesar por lo que no requiere de cálculos ulteriores. Evidentemente este trazo se hace también en tinta roja y se registra con el número 4 rojo. Siguiendo el ejemplo anterior

- Peso anterior 4,100 g
- Ganancia de peso esperada para un mes 680 g
- Peso mínimo actual esperado $4,100 \text{ g} + 680 \text{ g} = 4,780 \text{ g}$
- Peso actual 3,800 g

El niño/a no ha logrado mantener su peso en el período. Este niño es el que está en problemas más serios y se deberá actuar en consecuencia. Su proceso de deterioro es acelerado.

Criterios para definir la tendencia cuando el crecimiento es ya inadecuado

Los criterios expresados en el punto anterior parten del hecho de que el sujeto ha estado creciendo bien, y que está iniciando un proceso de desnutrición aguda demostrada por la disminución de ganancia de peso con respecto a su edad (evidentemente también con respecto a su talla ya que ésta es, en ese momento, normal). Sin embargo, el criterio para definir la tendencia en un sujeto que ya no está creciendo bien tiene algunas disyuntivas. Estas están también determinadas por el nivel de excelencia o exigencia que se desee lograr en el AIN, y a su vez tiene mucho que ver con los indicadores para medir cambio que se usen.

Por ejemplo, el sistema podría plantearse como máxima meta de excelencia y de éxito que todos los niños/as que en algún momento hayan dejado de crecer, deban volver al nivel de la curva de crecimiento que mostraban antes del problema. Esto significa que no se considera un buen crecimiento hasta que llegue nuevamente a ese nivel previo. Una segunda posibilidad es que basta que vuelva a empezar a crecer para considerarlo apropiado. La decisión sobre este asunto tiene claras implicaciones para su manejo en los servicios de salud y la comunidad. Por tanto, podría haber varias opciones.

Uso del peso esperado de acuerdo con su crecimiento óptimo

En esta situación, un niño/a que muestra una disminución de su ganancia ponderal, lo adecuado de su tendencia se haría en base a su peso mínimo esperado tomando como referencia el peso previo que mostró inmediatamente antes de iniciar el problema. Esto implica que la tendencia no es adecuada mientras el niño/a no logra recuperar ese peso. Evidentemente, ésta es la forma más exigente de hacer esto. En términos del objetivo principal del AIN—lograr que todo niño/a crezca adecuadamente—ésta debería ser la forma de determinar este fenómeno. Sin embargo, tal vez, en este momento, puede ser una meta muy ambiciosa e inflexible. En la gráfica siguiente, es la situación del tramo b-c (azul) contra el b-d (rojo).

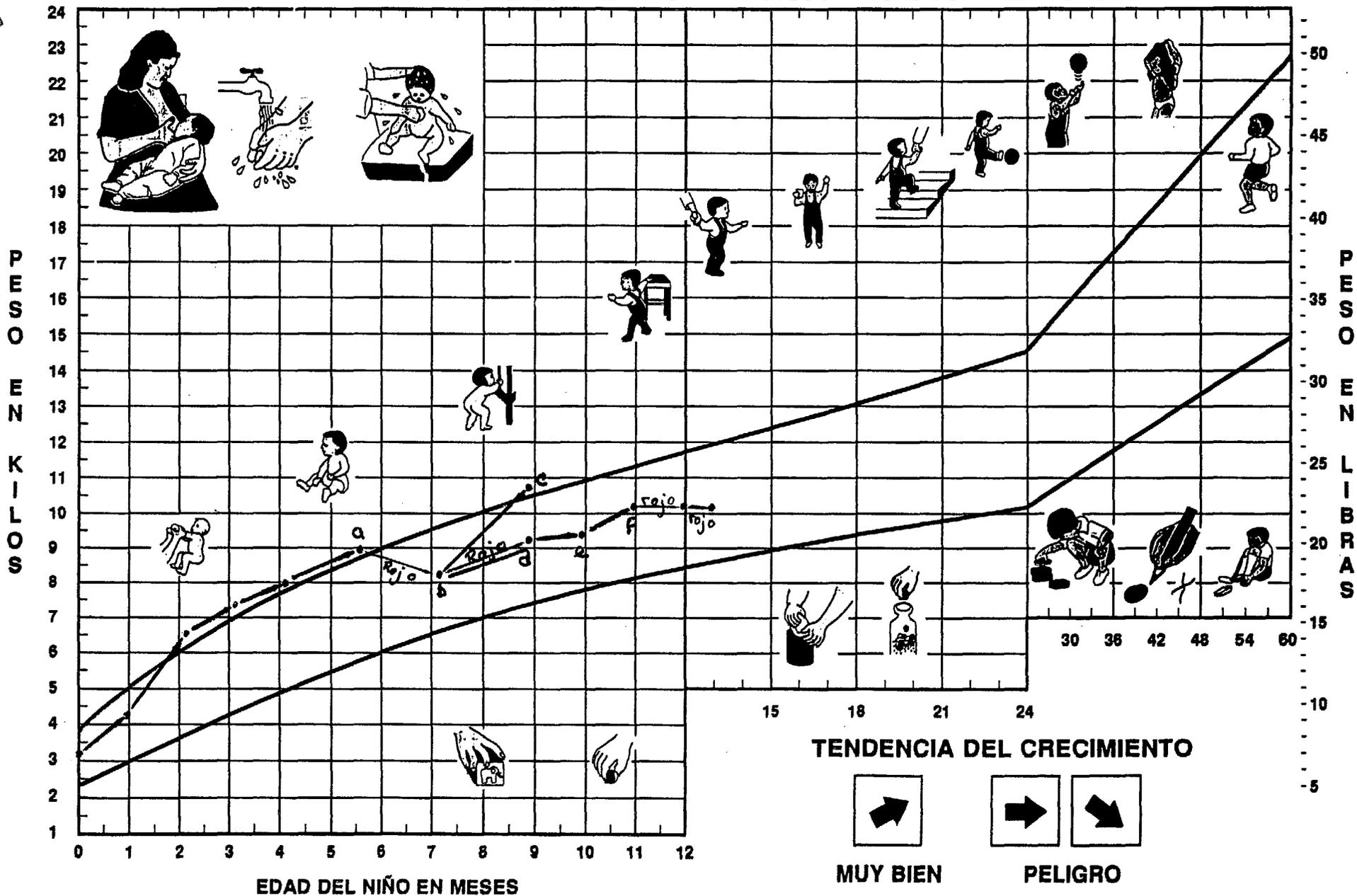
Si el logro de esta meta es difícil, puede plagar el sistema de fracasos haciendo que el personal de salud, las monitoras, y las mismas madres pierdan entusiasmo al obtener pocos éxitos. Por otro lado, puede provocar un reto para lograrlo e impulsar acciones apropiadas de recuperación.

Uso del peso esperado de acuerdo con su crecimiento actual

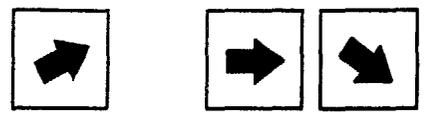
La alternativa es usar el nuevo peso deficitario como nuevo punto de referencia para construir el peso esperado. Esto indica que el sistema acepta el bajón y pone como su meta de excelencia detener ese proceso y lograr que el sujeto vuelva a crecer en ese nuevo nivel aun cuando no vuelva a su estado inicial. Como es claro, esta meta es menos exigente y, evidentemente, más fácil de obtener. Esta forma puede lograr más éxitos pero se corre el riesgo de ir adaptando el nivel de excelencia del sistema a cada bajón del peso; si se decide este método se debe poner un límite, por ejemplo, sólo para la primera caída. En la gráfica, la línea b-d se trazaría en azul porque del peso en el punto (b) la ganancia de peso en (d) es apropiada.

38

GRAFICA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO



TENDENCIA DEL CRECIMIENTO



MUY BIEN

PELIGRO

PESO AL NACER g.

PARA CUIDAR MEJOR A SU HIJO, ESPERE POR LO MENOS 2 AÑOS ANTES DE UN NUEVO EMBARAZO

Si se usan los datos del incremento de peso según edad o las tablas de incrementos mínimos en base al peso anterior (CLAP), se seguirían las mismas reglas antes señaladas. Si no hay una tercera opción.

Cualquier incremento en estas circunstancias es bueno

Si el niño/a ha dejado de crecer o está decreciendo, cualquier tendencia de volver a ganar algo de peso podría ser vista como un éxito. Evidentemente, ésta es la forma más fácil y menos exigente. Puede producir mayor gratificación en la monitora y la madre y estimularlas a continuar la lucha. En el fondo, esto sólo indicará el paro del proceso de deterioro, lo cual en una primera aproximación del AIN, puede ser su primera meta: lograr que cada niño/a que inicia un proceso de desnutrición aguda (pérdida de peso) reinicie su crecimiento, o sea, su ganancia de peso con respecto a su último peso cualquiera éste sea. Esta es la situación de d-e, el peso en (e) menor del esperado de acuerdo a (d), pero al fin y al cabo hubo un pequeño incremento.

Investigación de las causas de no crecimiento

Todo el proceso anterior debe reunir gran calidad y excelencia para llegar al siguiente paso: saber por qué un niño/a no crece adecuadamente. Es aquí donde el libro de la vida se abre para desentrañar todos sus secretos y donde el personal de salud y la monitora deben aprender a escudriñar. Este proceso no es fácil por tres razones:

1. Porque es complejo en sí mismo; se trata de averiguar de la multitud de hechos que han afectado al niño/a.
2. Porque es interiorizar en la vida de la madre, la familia y la comunidad con toda la carga emocional que esto trae; en cierta manera es cuestionar a la madre en su papel sobre la salud de su hijo.
3. Porque hay que luchar contra el fantasma de las preconcepciones formales y a veces técnicas que pueden limitar la capacidad creativa de solucionar los problemas.

Tal como se menciona en el inicio de este documento, la idea de que los pobres no tienen la capacidad—ni aun potencial—de resolver sus problemas por el hecho de ser pobres, y por la idea inserta, que detrás de cada niño/a desnutrido siempre y necesariamente hay una falta de disponibilidad de alimentos y no una gama de problemas que, aun en presencia de suficientes alimentos, pueden conducir a la desnutrición, son valladares sobre los cuales se debe alzar la determinación de cambiar este panorama de daño continuado a la niñez.

La monitora debe contar con una serie de materiales: fichas, despegables, láminas, que le ayuden y orienten en investigar las posibles causas directas y contribuyentes del crecimiento inadecuado. Los contenidos específicos de capacitación deben enfocarse sobre su influencia en la salud del niño y su crecimiento en función del enfoque de atención integral.

Para lo anterior será necesario desarrollar los contenidos de capacitación; los materiales de comunicación actuales deberán ser revisados para asegurar la consistencia en los siguientes aspectos:

Consistencia interna de cada programa. Que se enfatice en los puntos esenciales, por ejemplo, en el manejo de las IRA, neumonía.

Consistencia entre los programas. Que las recomendaciones de un programa no contradigan las de otro. Por ejemplo, que uno estimule la ingestión de diferentes líquidos y otro señale sólo la lactancia materna.

Consistencia con el enfoque de atención integral. Este debe basarse en la meta de crecimiento y desarrollo adecuado de cada niño/a como objetivo común a todos.

Este es un trabajo perentorio que debe tomarse como parte de la sistematización del AIN comunitario. Hasta ahora, las áreas de salud han estado utilizando para capacitar a las monitoras los planes de comunicación diseñados previamente por el MS, pero existe el consenso de que deben ser adecuados a corto plazo. Además es necesario desarrollar materiales específicos para el AIN-C. En general, según los estudios disponibles y con la información empírica en el país, las causas más importantes de crecimiento inadecuado parecen ser las siguientes:

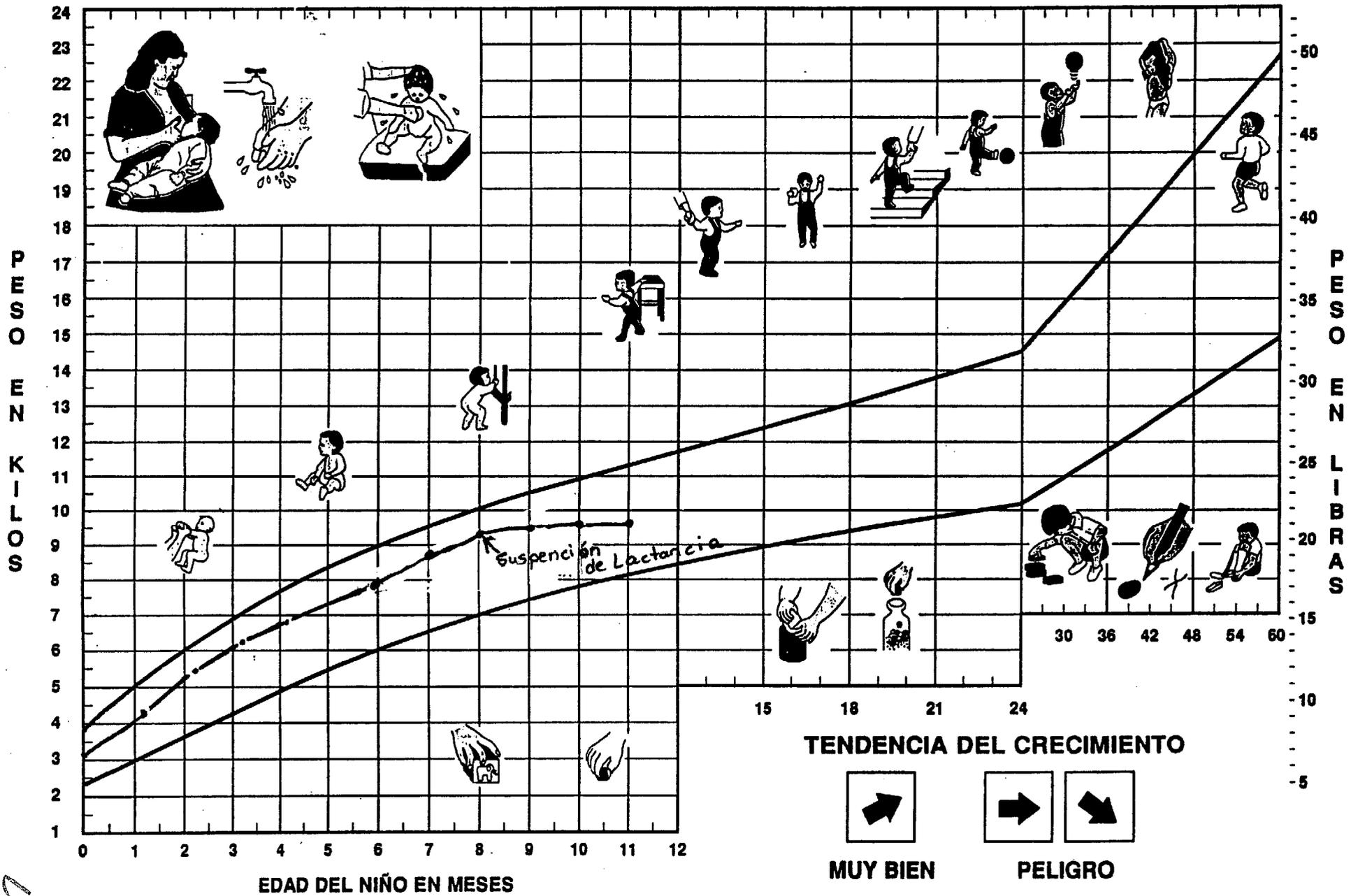
Alimentación: Supresión de la lactancia materna y alimentación complementaria inadecuada

En la gráfica siguiente, tomada de un caso en la comunidad, se puede ver el comportamiento de un niño que ha llevado un excelente crecimiento hasta los 8 meses, sin historia de enfermedad, y cuya proceso de crecimiento inapropiado empezó cuando la madre, que trabaja fuera de la casa en una compañía agrícola, decidió suspender la lactancia. Los tres meses de disminución de su ritmo de crecimiento corresponden exactamente con la ablactación total. El cuadro es larvado siempre con alguna ganancia de peso pero insuficiente.

La supresión brusca de la lactancia materna sumado a una introducción incorrecta de los alimentos complementarios aparecen como las causas más relevantes que han llevado a una privación de nutrientes. Permanece al cuidado de la abuela, lo cual puede ser un factor adicional que contribuye al problema. Esta madre, según la investigación rápida realizada, tiene un ingreso suficiente para aportar los alimentos que el niño necesita.

Este niño se ve saludable y activo, y a simple vista, excepto por una ligera opacificación del cabello, es difícil juzgar su estado nutricional.

GRAFICA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO



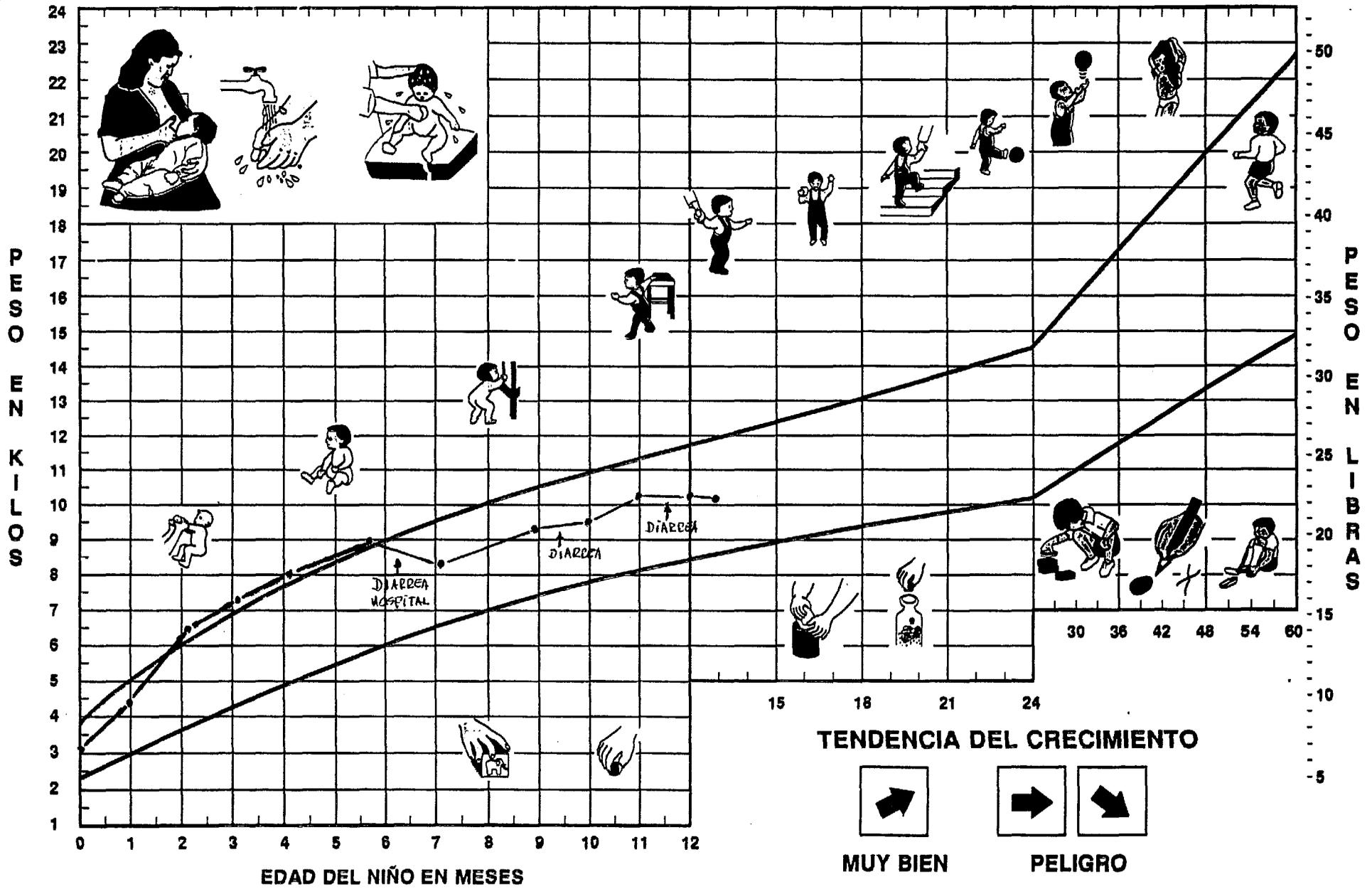
PESO AL NACER g.

PARA CUIDAR MEJOR A SU HIJO, ESPERE POR LO MENOS 2 AÑOS ANTES DE UN NUEVO EMBARAZO

41

27

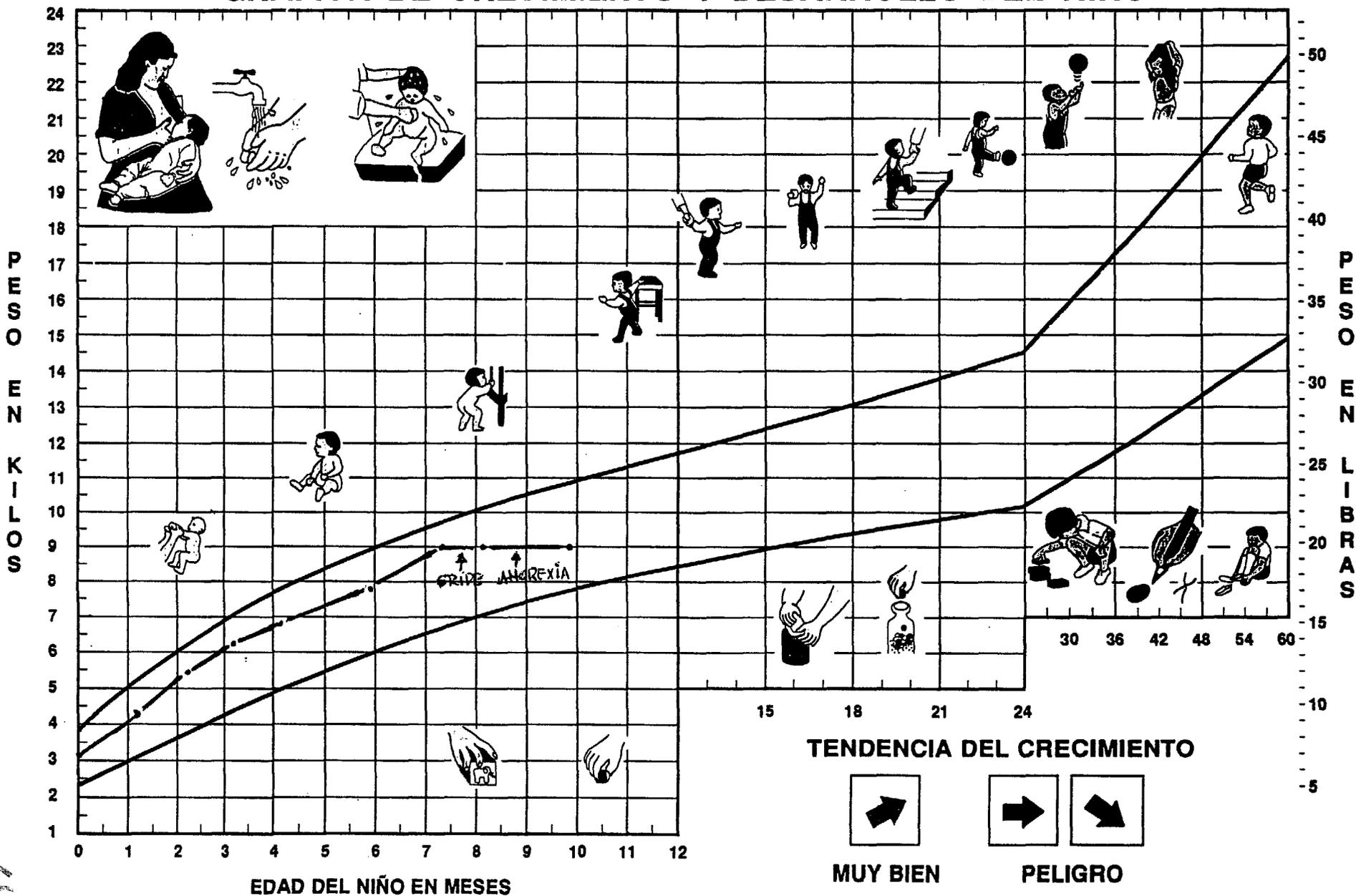
GRAFICA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO



PESO AL NACER g.

PARA CUIDAR MEJOR A SU HIJO, ESPERE POR LO MENOS 2 AÑOS ANTES DE UN NUEVO EMBARAZO

GRAFICA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO



43

PESO AL NACER

□ □ □ □

9.

PARA CUIDAR MEJOR A SU HIJO, ESPERE POR LO MENOS 2 AÑOS ANTES DE UN NUEVO EMBARAZO

Enfermedad aguda

Cuadro agudo de diarrea

Probablemente el cuadro más impresionante de crecimiento inadecuado se observa en el caso de un cuadro agudo de diarrea. En la gráfica siguiente, también tomada de un caso real, se puede ver la historia de un niño (nieto de una monitora y con una madre muy motivada) que aparentemente nació con un peso inferior a su potencial genético que muy rápidamente corrigió: su peso llegó por arriba del 97 percentilo. A los 6 meses, tuvo su cuadro diarreico agudo que incluso requirió hospitalización por varios días. Aun cuando inicio su recuperación no logró llegar a su estado previo; posteriormente ha sufrido tres nuevos cuadros agudos de diarrea que han sido sinérgicos con los períodos de mal crecimiento. En su último control muestra aun un pequeño descenso y diarrea.

A simple vista, este niño podría ser incluso clasificado como gordo porque así luce. La madre dice que la alimentación principal del niño, aparte de la lactancia materna, es la sopa de frijoles porque es la que cree es la más nutritiva. Aun cuando el niño continúa con lactancia materna, la alimentación complementaria no es apropiada. Las diarreas a repetición y una inadecuada concentración del alimento aparecen como las causas más importantes del problema. El concepto del crecimiento compensatorio después de la enfermedad y la necesidad de alimentación de recuperación para ese período no parece ser reconocido.

IRA persistente y anorexia

El niño en la gráfica subsiguiente no tiene historia de enfermedad aguda seria excepto un cuadro de IRA leve persistente. A dejado de crecer y la madre señala que el problema más importante es la inapetencia del niño que rechaza los alimentos. Es una madre soltera y aunque parece tener alimentos suficientes, éstos no parecen ser variados y el niño los rechaza. El niño muestra preferencia por el arroz y rechaza el resto de alimentos. La madre no usa la leche materna para mejorar el sabor de los alimentos ni otras alternativas con el mismo propósito.

Esta madre se ve a la defensiva; da la impresión que no tiene ningún recurso en sus manos para lograr que su hijo coma de nuevo que aparentemente se muestra anoréxico. Asume que el niño no quiere y que no hay mucho que hacer al respecto. Ciertamente la madre se muestra impotente para cambiar el curso de los acontecimientos.

Cuidado y dedicación de la madre

Los casos anteriores muestran un sustrato de la incapacidad de las madres para cambiar la situación de sus hijos. Al interrogar las madres de la misma aldea cuyos hijos crecen bien y que se dedican a las mismas actividades que sus colegas anteriores cuyos niños/as no mostraron un buen crecimiento, señalaron algunos hechos relevantes:

- fueron muy enfáticas en que la lactancia materna debe ser exclusiva por los primeros seis meses de vida, y prolongada hasta los 2 años;
- indicaron que el niño al iniciar la alimentación complementaria debe recibir su propia ración, y que éstas deben ser de cinco a seis al día; que la madre debe dársela hasta que la termina; que se le debe buscar variedad y hacer que el niño se acostumbre al sabor;
- que cuando el niño se enferma hay que buscar atención pronto y dedicarle más tiempo y hacerle “paciencia” y ser persistente hasta que vuelva a recuperar el apetito;
- finalmente, que al niño hay que mantenerlo aseado, bañarlo regularmente y no dejarlo que se ensucie.

Estos cuatro hechos simbolizan la actitud y las prácticas de madres motivadas para hacer crecer apropiadamente a sus hijos. Estas madres mostraron un alto nivel de autoconfianza en su capacidad para decidir el curso del crecimiento de sus hijos. La pregunta del AIN es ¿cómo lograr este cambio en todas la madres con niños menores? ¿Cómo transmitir los conocimientos (el saber) que se transformen en actitudes y prácticas que les permitan, con sus recursos disponibles, hacer que sus hijos crezcan mejor?

Falta de disponibilidad de alimentos en la familia

La falta de alimentos es una posibilidad real y frecuente. Puede ser una carencia absoluta, o sea no hay suficiente para todos y menos para los que no pueden pelear por ella; sin embargo, el UNICEF afirma que en el 50 por ciento de las familias con niños/as desnutridos no hay ese problema. Puede ser una disponibilidad relativa en la cual el acceso a los alimentos está determinado por comportamientos de la familia con respecto a algunos de sus miembros como los niños/as: la madre que asume que alimentos de alto poder energético como el huevo, por ejemplo, le hacen daño al niño y evitan dárselo; o no le dan mango porque le produce “movimientos” intestinales y es muy frío; o tan simple, como dijo una madre, porque no le tienen “paciencia” hasta que termina de comer; o porque no le prestan atención a su debido tiempo cuando el niño llora por hambre y luego pierde el apetito creando un círculo vicioso de hambre-no atención-menos hambre-menos atención -> desnutrición; etc.

No se puede dejar de pensar en la falta de disponibilidad de alimentos en la familia como una causa real de crecimiento inadecuado, pero el AIN debe atreverse a formular y poner en la práctica que hay otras causas, en ciertas circunstancias más importantes, para que un niño se desnutra, y que esas causas tienen mucho que ver los conocimientos, las actitudes y prácticas de la madre sobre la buena crianza de los niños/as. Aun cuando no se puede ni debe dejar de considerarse la carencia real de alimentos como una causa de desnutrición, este enfoque limitado hace que las posibilidades de éxito se disminuyan, por que

- enfatiza en el “tener: Los niños no tienen los alimentos necesarios por lo que se les debe dar. Esto hace de que se olvide de los otros problemas (causas) y no se trate de combatir la raíz del problema de fondo;
- que el sector salud, a veces, en un afán de resolver el problema de disponibilidad de alimentos se enfrasca en actividades de producción haciendo que se divierta de su principal función de vigilar la situación y educar; es decir transferir conocimiento (saber).

Investigación del estilo de vida de las madres

Es importante investigar cómo las madres toman sus decisiones con respecto a la alimentación de sus hijos, cuáles son sus motivaciones, sus valores y expectativas, y cómo se ven en el contexto de su realidad, para poder formular intervenciones apropiadas. La investigación formativa de tipo cualitativo puede ser un recurso valioso para esta tarea. Eventualmente los materiales educativos deben nutrirse de esta información.

El desarrollo del AIN-C debe considerar a corto plazo el llevar a cabo algunas de estas investigaciones que nutran esta nueva visión del proceso de desnutrición que rompe el cómodo esquema de atribuirlo sólo a una carencia de alimentos en el seno de la familia, y busca sus interacciones más íntimas en el comportamiento de los miembros de la familia. La prioridad debe ser ayudar a la población a optimizar el uso de sus recursos disponibles a través del cambio en los patrones de alimentación infantil.

Cómo registrar la causa de crecimiento inadecuado

La causa o causas de no crecimiento deberán registrarse en

- el listado de niños/as de la comunidad en la columna del causa de no crecimiento correspondiente al niño y mes.
- la gráfica de crecimiento: dentro del cuerpo de la curva, se deberá indicar con una flecha el momento en que la curva del niño/a muestra el crecimiento inadecuado y allí poner en letras la causa (ver gráficas previas).

Toma de decisiones. Recomendaciones a la madre para corregir el problema

Este es el momento culminante de todo este proceso: identificar las acciones que son necesarias para corregir el crecimiento inadecuado de un niño/a en una situación específica. Como es claro, estas recomendaciones deben ser congruentes con los hallazgos anteriores sobre la o las causas del inadecuado crecimiento por lo que en la práctica deben ser manejadas en conjunto. El personal de salud deben estar muy bien enterados de ese proceso porque recomendaciones como “dele de comer más al niño/a” tendrán muy poco impacto.

Los conocimientos específicos sobre las causas de crecimiento inadecuado son variadas ya que obedecen a la variedad misma de las causas; sin embargo, en un ambiente más o menos estereotipado, así como hay una serie de causas más importantes también lo son las soluciones. Como se mencionó en el punto anterior, las causas más sobresalientes son unas cuatros: alimentación (calidad, cantidad, estilo, forma, propiedad, oportunidad, sabor, etc.); enfermedad (aguda generalmente: diarrea e IRA básicamente); la disponibilidad absoluta de alimentos en la familia; y el cuidado de la madre, la cual evidentemente, se inserta en las anteriores.

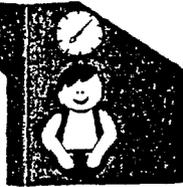
Como norma general, estas recomendaciones para la acción deben ser muy específicas. Frecuentemente la madre puede estar convencida que está alimentando a su hijo en forma apropiada, dándole la cantidad y calidad de comida correcta. Por el mensaje debe ser específico a la situación encontrada y la edad del niño/a. Por ejemplo, si un niño/a de 0-5 meses ha mostrado disminución en su ritmo de crecimiento por un mes, debe recomendar

- aumentar el número de mamadas de 3 a 5 veces más, especialmente si ahora son menos de diez
- vaciar siempre los dos pechos
- suspender cualquier otro alimento incluyendo agua, jugos, café, etc.
- la madre debe tomar al menos seis vasos de agua al día

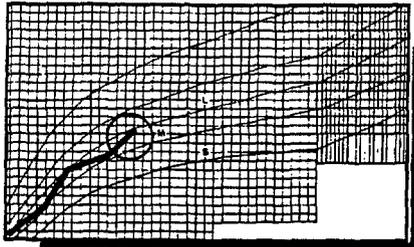
Cada una debe ir acompañada del porqué y con la ayuda de materiales de enseñanza. Verificar que la madre asumió su compromiso.

Tomando en cuenta que las soluciones y acciones están en relación directa con los aspectos específicos de la capacitación, el detalle de este punto se hará en la sección siguiente. También adelante se incluyen algunos ejemplos de otros países.

Si, según
el pesaje...



ganaron peso

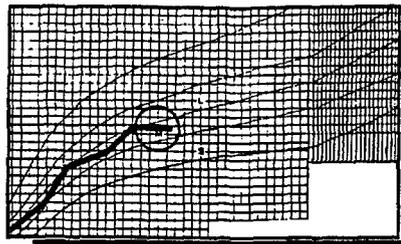


Mostrar a la madre o al padre la ganancia de peso y **¡FELICITARLOS!** por los buenos resultados obtenidos al seguir los consejos del Promotor, Promotora o la Consejería.

- Discutir las **prácticas adecuadas** de acuerdo con la edad del niño (ver láminas: "Alimentación del niño").

- Decirle y anotarle la fecha de la **próxima cita**.

no ganaron peso



Mostrar que **comienza un problema y preguntar: ¿ESTÁ ENFERMO EL NIÑO?**

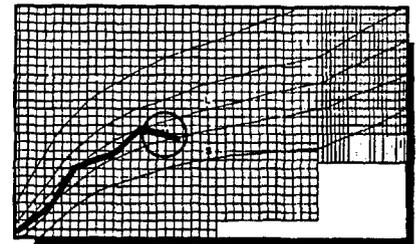
- Si **está enfermo**, orientar a los padres sobre la **alimentación del niño enfermo** (ver lámina) y sobre la enfermedad que sufre, y promover una **visita a la Clínica de Salud**.

- Si **no está enfermo o se está recuperando**, discutir las **prácticas alimentarias a seguir** y llegar a un acuerdo con la madre sobre aquello que intentará poner en práctica (utilizando las láminas).

- Darle un **recordatorio** de acuerdo a sus necesidades.

- Decirle y anotarle la fecha de la **próxima cita**.

perdieron peso



Mostrar que **hay un problema grave. AVERIGUAR SI ESTÁ ENFERMO**. En ese caso:

- Si **está enfermo** orientar a la madre sobre la **alimentación del niño enfermo** y qué puede hacer exactamente para alimentar mejor a su niño, (utilizando las láminas).

Referirlo a la **Clínica de Salud inmediatamente**.

- Si **no está enfermo o se está recuperando**, discutir las **prácticas alimentarias a seguir** y llegar a un acuerdo con la madre sobre aquello que intentará poner en práctica (utilizando las láminas).

- Darle un **recordatorio** de acuerdo a sus necesidades.

- Proponerle una **visita a su casa** en los próximos días para ayudarle con su problema.



razones por las cuales los niños no ganan o pierden peso

orientaciones a la familia

Programa Nacional de Educación Nutricional acerca los siguientes componentes:



promoción del crecimiento si están sanos, crecen bien



lactancia materna un regalo para toda la vida



alimentación del niño todos tienen derecho a crecer bien



alimentación de la embarazada para que tenga y pueda dar salud



vitamina A pequeños secretos para una vida sana



sal yodada rica en su comida y buena para su vida



Extendamos a nuestras familias los beneficios de **todos**.

Presencia de enfermedad:

- Llevar al niño a la Clínica de Salud.
- Incrementar la frecuencia de la lactancia materna.
- Proporcionar las comidas que más le gusten (no golosinas).
- Dar de comer con paciencia y persistencia, hasta que se termine la comida.
- Cuidar siempre la higiene de los alimentos.
- Dar más alimentos durante el período de recuperación.

Prácticas inadecuadas de lactancia materna: Introdujo tempranamente alimentos No amamanta con la frecuencia necesaria

- Quitar o disminuir la frecuencia de alimentos o líquidos, dando exclusivamente seno hasta los 6 meses de edad.
- La madre debe ofrecer más veces el seno materno.
- Amamantar a demanda dándole de los dos pechos hasta que los vacíe, en cada episodio de lactancia.

Hábitos alimentarios inadecuados:

- Introducir comidas a los 6 meses.
- Darles comida espesa o sólida: no sopas ni atoles.
- Aumentar la frecuencia y cantidad por tiempo de comida, o de acuerdo a la edad.
- Al cumplir un año, darles 5 cucharadas en un plato chico cada tiempo de comida; darles 3 comidas formales y 2 refrigerios.
- Darles la máxima variedad de comida.

Falta de cuidado del niño y la niña:

- Vigilar al niño cuando come y darle de comer en la boca si es necesario.
- Cuando la madre trabaja, debe orientar sobre la alimentación del niño a la persona que lo cuida. Si la madre está enferma, ayudarla y orientarla sobre su cuidado para que mejore.

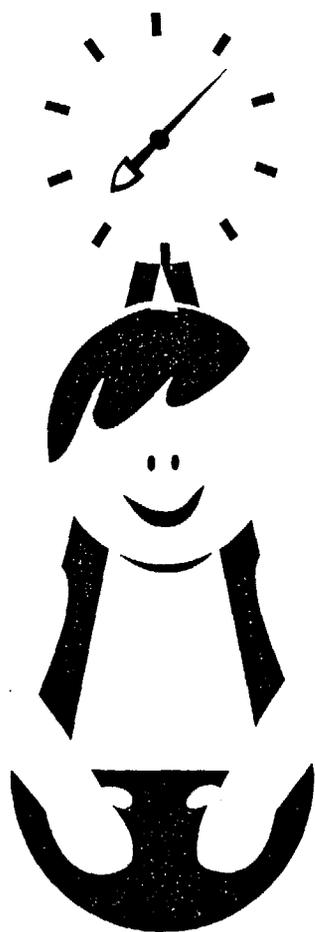
Poca disponibilidad de alimentos en el hogar y en la comunidad:

- Hacer una adecuada distribución de los alimentos disponibles, dando prioridad a las niñas y niños menores de 5 años.
- Referirlos al Programa de Ración Familiar, si hay en la Clínica de Salud.
- Promover el cultivo de huertos caseros a nivel comunitario.

orientaciones a la familia

609

Si están sanos
crecen bien



1. Los niños bien alimentados y sanos ganan peso progresiva y permanentemente.
2. El monitoreo de la ganancia de peso en los niños pequeños es la mejor manera de **detectar problemas de salud**, antes de que sean muy graves y así **prevenir problemas severos**.
3. Si los niños están ganando peso, es señal de que los padres los están cuidando bien y que están recibiendo **orientaciones oportunamente**.
4. Si los niños **no ganan peso o pierden peso** de un mes a otro, se debe **aconsejar a la madre o al padre** sobre la forma de **alimentarlos adecuadamente y otros cuidados** que se debe tener con ellos. También indagar si están enfermos y **ayudar a que reciban atención médica**.
5. Nuestro reto es lograr que **todas las niñas y los niños** menores de 3 años **ganen peso mes a mes**. **Recuerde las láminas de consejería de otros componentes**.

recuerde

promoción del
crecimiento



GUÍA
EDUCATIVA

Contenidos específicos. Recomendaciones a las madres sobre como crecer sanos a sus hijos/as

Estos contenidos son la parte medular de la capacitación a las monitoras. Es evidente que se requieren de tres elementos claves:

- ▶ Una clara definición de los contenidos técnicos adecuados al enfoque novedoso y los nuevos paradigmas del AIN. Algunos de esos contenidos están definidos en este documento.
- ▶ Elaboración de los materiales educativos para que las monitoras se puedan auxiliar de ellos en su comunicación con la comunidad. Esto incluye tarjetas, láminas, poster, notas de recordación, etc. hasta eventualmente videos y grabaciones magnetofónicas.
- ▶ Elaboración de un plan de comunicación congruente con lo anterior para apoyar y reforzar las actividades a nivel comunitario. Para esto, pueden ser provechosas algunas investigaciones de mercadeo social.

Para muchos otros de los contenidos de estas áreas específicas hay materiales que ya han estado siendo utilizados. Hay una producción de éstos, por ejemplo, sobre lactancia materna desarrollados por PROALMA y últimamente por La Liga de la Leche; ésta última tiene actividades de promoción comunitaria de la lactancia materna que pueden ser de enorme ayuda para el AIN-C. También hay en proceso un documento elaborado por el MSP y el INCAP sobre la alimentación en los dos primeros años de vida, etc. Tanto OPS con el UNICEF tiene materiales específicos sobre estos aspectos.

Una tarea es la recolección de todos estos materiales, su revisión, y la selección de los más apropiados. Productos de esto deben también identificar los huecos que es necesario cubrir tanto en calidad como en cantidad. A continuación, se puede ver una lista de las posibles áreas que es necesario cubrir y que deben ser transferidos a las monitoras y eventualmente a las madres:

- Cuidado, cariño y amor. Seguridad afectiva y física.
- Embarazo y crecimiento intrauterino del feto.
- Salud reproductiva. Espaciamiento de los embarazos.
- Crecimiento del niño/a en los primeros dos años de vida.
- Desarrollo del niño/a en los primeros dos años de vida.

- La alimentación adecuada en los períodos del primer y segundo año de vida. Lactancia materna y alimentación complementaria.
- Micronutrientes.
- Prevención y manejo de enfermedades comunes: diarrea, IRA, parasitismo intestinal. Manejo alimentario durante la enfermedad y en la convalecencia.
- Vacunaciones.

Cuidado, cariño y amor. Seguridad afectiva y física

Estudios realizados sobre la lactancia materna y el apego precoz han mostrado que la lactancia materna no sólo es un asunto de comida. Independientemente que es el mejor alimento para el niño/a, su riqueza no se limita a eso. Se ha visto que el nivel de afectividad y estabilidad emocional esta en la directa relación de la madre con su hijo/a en el sentido que a mayor apego más estabilidad. La madre crea un circuito de seguridad emocional y afectiva para el niño, además de físico, y esto, ciertamente se debe traducir en prácticas apropiadas para su crianza, incluyendo el crecimiento y el desarrollo.

La dedicación al niño/a, la estimulación temprana, su cuidado, y la vigilancia de su alimentación son actitudes que tienen como sustrato el amor de la madre. El amor, al igual que la fe y la esperanza, no son hechos puramente emocionales, son también prácticas que se aprenden y fortalecen, y que se traducen en hechos concretos como respecto al prójimo, espíritu de servicio, y competencia (aquí cabe recordar que las monitoras en quienes descansará todo este proceso del AIN comunitario deben, precisamente, estar imbuidas de esas cualidades de servicio y ayuda a sus semejantes).

Los primeros años de formación física, intelectual y emocional del niño son cruciales para su futura adecuación como parte del desarrollo nacional. Hay estudios que muestran que la mielinización del cerebro humano se lleva a cabo en los primeros seis meses, que el cerebro termina su desarrollo físico acelerado en el primer año de vida, y que es en los primeros cinco años que el niño/a lleva a cabo todas sus conexiones cerebrales que son la base de su futura capacidad (por ejemplo, un niño que dejara de usar un ojo en pocos meses todo ese sistema se desactiva y no puede volver a ser activado). Así que desde el nacimiento, e incluso antes (hay experiencias que muestran que niños/as que son estimulados verbalmente intraútero muestran una mayor capacidad para aprender más temprano a leer) el niño/a desarrolla un acelerado proceso de adaptación a su medio. Como es obvio, si durante este período el niño en lugar de estímulos beneficiosos sufre agresiones continuas, su desarrollo será precario.

Por tanto, los responsables de la difusión, capacitación, implantación, supervisión y evaluación del AIN comunitario deben ser personas consientes de esta situación y altamente motivadas para producir un cambio.

Embarazo y crecimiento intrauterino del feto

En esta sección se deben introducir los conceptos como

- ▶ El desarrollo fetal y el impacto de la alimentación y los hábitos de la madre sobre el mismo. Cómo este desarrollo fetal se puede controlar por el tamaño del abdomen y el peso de la madre en las varias semanas del embarazo.
- ▶ La necesidad y ventajas del control prenatal; el riesgo reproductivo y la eventual necesidad de un parto hospitalario. El efecto de la prematuridad y el bajo peso al nacer sobre la supervivencia del producto.

Al igual que todas estas áreas, será necesario identificar los materiales educativos disponibles, analizar su propiedad para la capacitación de las monitoras y madres, e identificar los vacíos existentes para el desarrollo de nuevos materiales.

Salud reproductiva. Espaciamiento de los embarazos

En esta sección, como su nombre lo indica, se introducirán los conceptos de salud de la mujer y su función reproductora. Las ventajas del espaciamiento de los embarazos y sus efectos sobre la madre y los niños/as.

Es importante definir si las monitoras aconsejarán sobre métodos anticonceptivos, sus ventajas y desventajas, y si, eventualmente, podrán distribuir algunos. Cuáles serán los mecanismos de referencia hacia la UPS para estos fines. Hay suficientes estudios que muestran el impacto favorable del espaciamiento de los embarazos en los niños/as tanto nacidos como por nacer, su promoción por tanto debe ser parte del AIN-C.

Igualmente, será necesario revisar los materiales actualmente existentes y su adecuación, así como el desarrollo de nuevos.

El crecimiento del niño/a en los dos primeros años de vida

Los puntos que se deben abordar en esta área constituyen al menos los siguientes:

- Crecimiento ponderal o ganancia de peso (velocidad de crecimiento) en las distintas etapas de los primeros dos años de vida. Factores que lo afectan.
- Crecimiento estatural o ganancia de talla en los mismos períodos. Factores que lo afectan.

Desarrollo del niño/a durante los primeros dos años de vida

- Desarrollo. Adquisición de nuevas destrezas. La estimulación temprana y el desarrollo. La tabla de valoración del desarrollo.
- Relación entre alimentación, crecimiento y desarrollo.
- El desarrollo en los primeros cinco años y su relación con el futuro rendimiento escolar y laboral. Los ciudadanos del futuro.

La alimentación adecuada durante los dos primeros años de vida. Lactancia materna y alimentación complementaria

Este es sin lugar a dudas uno de los puntos centrales de la capacitación de las monitoras y las madres. De la observación empírica es claro que en el país hay un serio problema de manejo alimentario del niño menor, especialmente entre los 6 y 18 meses de edad que es cuando se inicia e instala el deterioro nutricional. La lactancia materna, aun cuando es prolongada en niños que muestran altas tasas de desnutrición, tiende a ser exclusiva por corto tiempo (usualmente menos de dos meses), y cuando no se acompaña de un buen manejo de la alimentación complementaria, sus efectos benéficos se ven oscurecidos.

En esta sección se debe incluir los siguientes temas:

- La leche materna y sus propiedades nutricionales, inmunológicas, bactericidas y estimulantes del crecimiento.
- La lactancia materna y su impacto en el bienestar físico, intelectual y emocional del recién nacido.
- El apego precoz y alojamiento conjunto.
- El mecanismo de la producción de la leche materna.
- La lactancia en los primeros tres a cinco días. El papel del calostro.
- Técnicas para una lactancia exitosa.
- Problemas durante la lactancia y sus soluciones.
- La duración de la lactancia. Lactancia exclusiva y lactancia prolongada.
- Cambios en el crecimiento cuando empieza el proceso de la ablactación.

Micronutrientes

En esta sección se abordará el papel de los micronutrientes en la salud del niño/a; sus funciones; fuentes de obtención, etc. Esta es una área en la que se han desarrollado muchos materiales sobre todo para vitamina A, iodo y hierro, además de flúor, y las vitaminas del complejo B, y las otras liposolubles (K, D).

- Papel de los micronutrientes en la salud de las personas.
- Papel de las vitaminas. Propiedades de cada una y las manifestaciones de sus deficiencias.
- Los microelementos: hierro, iodo y flúor. Propiedades y las manifestaciones de sus deficiencias.
- Fuentes de los micronutrientes. Consumo con los alimentos.
- Actividades de dotación de micronutrientes. Esquema y mecanismos de suministros.

Prevención y manejo de las enfermedades más comunes: diarrea e IRA. Manejo alimentario durante la enfermedad

Este es otro de los puntos centrales a las actividades de la monitora. La alta incidencia de cuadros agudos de diarrea e IRA hacen que su manejo alimentario sea de suprema importancia. Las monitoras deben saber cuáles son los mecanismos por el cual las enfermedades producen desnutrición y como se puede superarlos.

- Prevención y tratamiento de las diarreas y las IRA.
- Mecanismo por los cuales las infecciones agudas causan disminución del crecimiento.
- Cuidados nutricionales especiales de la madre durante la enfermedad.
- Características de la alimentación durante la enfermedad.
- Crecimiento compensatorio y la alimentación de recuperación en la convalecencia.

Vacunaciones

La actividades de vacunación son ampliamente conocidas. Los temas a abordar serían

- ◆ Las vacunas del PAN y enfermedades que previenen.
- ◆ Esquema de vacunación.
- ◆ Instrumentos.

5 SEGUNDA REUNIÓN CON LA COMUNIDAD

Como se recordará, la primera reunión fue para explicar a la comunidad los propósitos de esta iniciativa y la selección de las monitoras. Los objetivos fundamentales de esta reunión son realizar la primera sesión de pesado de los menores de dos años, y aplicar la encuesta de línea base, tabularla y analizar los resultados.

Debido a lo crucial de esta etapa y la necesidad de que el personal de salud y las monitoras se familiaricen con los procedimientos para el uso de los instrumentos, así como para la interpretación de los resultados, este proceso debe ocupar todo el tiempo disponible. Además al sólo contar con un valor del peso no es posible hacer análisis de la tendencia aún. Sin embargo la primera hora puede ser usada para una charla motivacional a las madres sobre cómo crecen y desarrollan los niños/as saludablemente. Por tanto, en este capítulo se desarrollarán las siguientes actividades:

- ▶ Explicación a las madres sobre el objetivo de la reunión. Discusión sobre el crecimiento y desarrollo. En este momento, se explicará a las madres que se hará un encuesta para averiguar
 - el estado de nutrición de sus hijos/as para lo que se les tomará el peso y la talla
 - se le harán unas preguntas sobre su lactancia y el uso de anticonceptivos
 - los resultados se discutirán en la próxima reunión cuando los niños/as sean pesados de nuevos

La realización de la primera tarea necesitará de una preparación especial: selección de materiales, técnicas de discusión con adultos, responsable de conducirla, distribución de los participantes, tiempo a emplearse y el resumen de los hallazgos.

- ▶ Realización de la encuesta de línea base.

En el Documento Complementario se puede ver el detalle de la encuesta de línea base.

6 ORGANIZACIÓN DE LAS REUNIONES SUBSIGUIENTES CON LA COMUNIDAD

Hechos claves a considerar. Cantidad, tiempo, procedimientos, acceso

El proceso de interactuar con los miembros de la comunidad en forma regular y continua es uno de los aspectos más importantes del AIN comunitario. De esto depende la motivación de las madres y su futura asistencia y por eso, estas reuniones deben tener una mecánica de procedimientos bien establecida. Los hechos importantes a tomar en cuenta son

- ▶ La cantidad de niños/as incluidos en el proceso de vigilancia. Se recomienda no más de 25 menores de dos años sobre los cuales se deben realizar los procedimientos. Si una comunidad tiene más de éstos lo mejor es dividirla en dos o más si es necesario. Esto debe tenerse en cuenta desde el momento que se realiza la selección de las comunidades y monitoras.
- ▶ La cantidad de procedimientos que se realizan. No vale la pena tomarse tiempo y esfuerzo en levantar información que no se usará. Por eso se enfatiza que en estas reuniones únicamente se tome el peso. La talla debe ser solamente para las evaluaciones de impacto cada año. Tampoco se debe usar el perímetro cefálico; éste debe ser un procedimiento a ser efectuado sólo en el centro de salud, o con propósitos muy específicos en la comunidad por el personal institucional.
- ▶ El tiempo disponible. Tanto las madres como las monitoras tienen sus ocupaciones regulares. Hacer esperar a la madres durante largos períodos puede desanimarlas a continuar. Las sesiones no deben durar más de una mañana.
- ▶ Accesibilidad. Esto se relaciona con el acceso de las madres al lugar de la reunión por lo que se debe procurar que este punto focal quede lo más equidistante de acuerdo con la distribución espacial de las viviendas. La existencia de un croquis ayudaría mucho en esta situación.
- ▶ La habilidad de las monitoras para llevar a cabo los procedimientos básicos como revisar la tarjeta de atención integral y verificar el estado de las vacunas; pesar al niño/a, anotar los resultados, verificar la edad actual, puntear, y trazar la tendencia; y discutir con la madre el resultado, y si es inadecuado el crecimiento, discutir las posibles causas y soluciones.
- ▶ El número, los temas, participantes, momento e intensidad de las plenarias para discutir temas de interés común de los participantes. Esta actividad es muy

importante para lograr el intercambio de experiencias entre las madres; aprendizaje de aquellas que lo están haciendo bien, y apoyo a aquellas cuyos hijos no crecen bien; congratular a la que logró mejorar el crecimiento de su hijo/a y rediscutir la situación con la que no logró mejoría.

Objetivos de la reunión

Aun cuando los objetivos de la reunión pueden parecer obvios, es importante que estén claramente especificados tanto para el personal de salud como para las monitoras.

- ▶ Pesado preciso de los niños/as y su anotación correcta.
- ▶ Verificación de la edad y punteado en la gráfica.
- ▶ Construcción correcta de la curva de crecimiento y su interpretación.
- ▶ Identificación con la madre sobre las posibles causas de crecimiento inadecuado.
- ▶ Discusión con la madre sobre las recomendaciones sobre posibles soluciones a las causas identificadas.
- ▶ Reuniones de grupo para discutir temas específicos, avances y problemas comunes.
- ▶ Discusión de resultados del monitoreo; indicadores que muestran los cambios ocurridos en el grupo.

El logro de todos estos objetivos requiere de organizar las tareas de forma bien definida.

Organización de la reunión

Aun cuando la forma de organización debe de adoptar formas y maneras propias de cada lugar, debe seguirse un esquema general que ayude a lograr los objetivos con la máxima eficiencia y satisfacción de los participantes. El siguiente esquema es una guía para hacerlo.

- ▶ Primero, una reunión plenaria de no más de 15-25 minutos para

- discutir la situación del grupo obtenida de la sesión anterior y haciendo referencia a las reuniones previas: captación, asistencia, niños/as creciendo adecuadamente, niños/as por abajo del 3er percentilo. Para esto se usan los instrumentos definidos en el Documento Complementario
 - discusión de un tema de interés común: crecimiento de los niños, alimentación durante los primeros seis meses, alimentación complementaria, alimentación en la enfermedad, etc.
 - discusión/presentación de las madres que, por ejemplo, sus hijos han mostrado un excelente crecimiento. También se pueden usar los casos de niños/as creciendo mal pero en forma anónima para no ofender a la madre
 - decidir la fecha de la próxima reunión u otros eventos venideros
- ▶ Segundo, realizar el pesado. Esta tarea la debe realizar una monitora junto con la madre. La balanza debe colgarse a primera hora de la mañana.
 - ▶ Tercero, otra monitora anota el peso en la tarjeta, verifica la edad, puntea y traza la curva siguiendo el procedimiento definido. Anota los resultados en el listado comunitario de niños/as.
 - ▶ Cuarto, una tercera monitora discute con la madre la tendencia de la curva y su interpretación. De acuerdo con la misma decide el curso de la discusión. Es el caso de que el crecimiento es inadecuado, discute con la madre las posibles causas y las posibles soluciones. De ser posible, este proceso se debe realizar con privacidad y la monitora debe auxiliarse de materiales de comunicación como láminas, folletos, etc. Debe verificar que la madre ha comprendido su compromiso. Luego de esto, la madre se marcha a su casa.
 - ▶ Quinto, una vez que las madres se han marchado, las monitoras deben llenar totalmente los instrumentos de trabajo y seguimiento, el sistema de información y verificar los niños/as no asistentes. Se debe considerar efectuar visitas domiciliarias a las madres de niños que muestran una falla refractaria en el crecimiento (más de dos meses de no crecimiento) y/o no están asistiendo a las reuniones.

7 ACTORES Y SUS FUNCIONES EN EL DESARROLLO, IMPLANTACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL AIN COMUNITARIO

El AIN comunitario, como ha sido dicho en varias ocasiones, es un proceso destinado a hacer un cambio cualitativo en los miembros de las comunidades con respecto a cómo crecen los niños/as y su relación con los cuidados de la madre y el entorno que los rodea. Es complejo no sólo por su naturaleza intrínseca sino también por su estrecha relación con las condiciones socioeconómicas y los patrones de comportamiento de las personas que son su objetivo: las madres de los menores de dos años. Por que aun cuando el sujeto objetivo es el niño, es sobre la madre que se llevarán a cabo las intervenciones educativas que son el corazón de este proceso.

Los actores, tanto institucionales como comunitarios, deben estar imbuidos de la trascendencia de este proceso y del espíritu de justicia que lo anima, o que al menos le debe de animar. Es un cambio fundamental de un enfoque de suplir a uno de transformar; ciertamente, este es un proceso cuyo nervio central es la transferencia de conocimientos en respuesta a situaciones concretas alrededor del crecimiento y desarrollo de los niños/as en un ambiente determinado:

“Regala un pescado
y quitarás el hambre por un día;
enseña a pescar
y quitarás el hambre por siempre”

La decisión e interés de iniciar y fortalecer un proceso como éste demuestra de ya las enormes posibilidades que se abren para penetrar en un campo listo para la solidaridad humana, y para hacer extensivo los beneficios del avance científico a poblaciones necesitadas de los mismos. Los actores claves en este proceso y sus funciones relacionadas se describen a continuación.

Actores a nivel de la comunidad

La madre del menor de dos años

Este es el sujeto central del proceso: la salud del menor, en una manera extraordinaria, depende de ella, y de cómo organiza los recursos disponibles al cuidado del niño/a. La madre tendrá las siguientes responsabilidades:

- ▶ traerá al niño cada mes para la reunión de atención integral
- ▶ cumplirá las recomendaciones discutidas con la monitora y el personal de salud para mejorar el crecimiento de su hijo/a

- ▶ llevará al niño/a al centro de salud en caso de enfermedad o cuando lo amerite por otras acciones, como la vacunación
- ▶ aceptará las visitas domiciliarias que se le hagan para analizar más a profundidad las causas de crecimiento inadecuado del niño/a
- ▶ estará dispuesta a discutir con el resto de sus colegas las situación de crecimiento de su hijo, sea éste adecuado o no
- ▶ participará de otras actividades relacionadas con la salud reproductiva, como control prenatal cuando corresponda, y el espaciamiento de los embarazos
- ▶ participará, eventualmente, como monitora del AIN comunitario

La monitora del AIN comunitario

La monitora, como ha quedado bastante claro a lo largo de este documento, es el personaje clave para el éxito de este proceso: de su voluntad de servicio a sus semejantes saldrá la savia vital que le dará el sustento. Su voluntariado debe nutrirse de mucha motivación y vocación de ayuda para que el éxito sea el producto final de todo este esfuerzo. Su funciones son

- ▶ Identificará a los niños menores de dos años en su área geográfica de responsabilidad
- ▶ invitará y motivará a las madres a participar en las actividades del AIN
- ▶ organizará y llevará a cabo las reuniones del AIN comunitario con la responsabilidad sobre las tareas que en las reuniones se lleven a cabo: pesado, punteado, trazado de la curva y su interpretación
- ▶ discutirá con la madre el crecimiento de su hijo/a; en caso de ser inadecuado averiguará cuál o cuáles son las causas del mal crecimiento
- ▶ de acuerdo a los hallazgos anteriores y la edad del niño/a hará las recomendaciones apropiadas a la situación y verificará que la madre las haya entendido y asimilado

- ▶ si es necesario, recomendará y hará referencia al centro de salud para una investigación o tratamiento más apropiado
- ▶ participará en las reuniones de capacitación tanto en la comunidad como en el centro de salud
- ▶ hará visitas domiciliarias a casas de niños/as con problemas de crecimiento y/o que no están asistiendo a las reuniones, con el fin de ayudar a resolver el problema y motivar a las madres para asistir a las reuniones
- ▶ participará en otras actividades relacionadas con la salud reproductiva así como el control prenatal y el espaciamiento de los embarazos
- ▶ llenará y hará llegar cada mes al centro de salud un formato del sistema de información
- ▶ hará un análisis de indicadores cada mes del comportamiento del crecimiento de los niños/as bajo su responsabilidad

Mujeres en edad fértil sin hijos

Hay otros actores a nivel de la comunidad que debe considerarse su incorporación. Uno es las mujeres en edad fértil sin hijos, generalmente adolescentes, para que se beneficien tanto de las discusiones sobre salud reproductiva como de la buena crianza de los niños/as. También pueden participar como monitoras.

Las embarazadas

Las embarazadas, por razones obvias, son la oportunidad de empezar la vigilancia del crecimiento *antes del nacimiento*, lo que abre una gran ventana de oportunidades. Por tanto, se debe considerar muy seriamente su inclusión en las reuniones regulares del AIN comunitario, lo cual incluso sería una ayuda invaluable para las monitoras ya que es posible que no estén a cargo de un niño/a menor en ese momento y tengan mayor oportunidad de colaborar tanto en las reuniones como en visitas.

Eventualmente, la inclusión de la embarazada debe vincularse con las actividades institucionales y comunitarias sobre la salud perinatal.

El hombre

El otro actor, frecuentemente olvidado, es el hombre: los padres de los niños/as cuya influencia es decisiva en su bienestar. Se debe procurar incluirlos, aun eventualmente, para discutir con ellos el crecimiento de sus hijos/as, la salud reproductiva de sus compañeras y otros asuntos

concernientes. Este es un asunto que necesita de más discusión y prueba, pero debe intentarse. El hombre podría participar en las tres primeras reuniones, o al menos en la tercera, y luego cuando se discutan los avances logrados.

Actores a nivel del centro de salud

Este es el primer contacto de la comunidad y el que garantiza la continuidad y apoyo al proceso del AIN comunitario. La implantación, la capacitación continua, la supervisión y el apoyo permanente provendrá de este nivel; su papel por tanto es crucial. A este nivel se puede identificar

Auxiliar de enfermería

Sin lugar a dudas, el peso de la implantación del AIN recaerá fuertemente sobre la auxiliar de enfermería. Es la persona que rutinariamente va a las comunidades y mantiene un contacto permanente con sus miembros. De hecho es común que conozca por sus nombres a cada niño/a y su madre de cada lugar poblado.

Como se mencionó antes, la implantación del AIN en la comunidad necesitará de un apoyo y supervisión continua; dependiendo del número de comunidades en las cuales se implante el AIN, la carga sobre la auxiliar puede variar pero, en cualquier circunstancia, demandará parte de su tiempo fuera del centro de salud apoyando la reuniones mensuales en cada lugar. Los CESAR con dos auxiliares tendrán mayor opción para desarrollar esta nueva actividad, así como los CESAMOS. Es importante señalar que el apoyo debe estar garantizado; sin supervisión y apoyo motivacional, los resultados pueden ser pobres. ***Es muy importante tener esto en cuenta en el diseño de la intervención.*** Las funciones de la auxiliar serían

- ▶ identificará, con la ayuda de la supervisora de enfermería, las comunidades en las cuales se implantará el AIN comunitario
- ▶ participará en el proceso de invitación y motivación a las madres a participar en las actividades del AIN, tanto al inicio como en su continuación
- ▶ dirigirá el proceso de selección de las monitoras
- ▶ participará, en un inicio, en la capacitación de las monitoras y eventualmente las realizará por sí misma
- ▶ organizará y llevará en un principio las reuniones del AIN comunitario con la responsabilidad sobre las tareas que en las reuniones se lleven a cabo: pesado,

punteado, trazado de la curva y su interpretación. Posteriormente, delegará esta función en la monitora

- ▶ al inicio y luego eventualmente, especialmente en los casos con problemas, discutirá con la madre el crecimiento inadecuado de su hijo/a y procurará averiguar con más detalle cuál o cuáles son las causas del mal crecimiento
- ▶ de acuerdo a los hallazgos anteriores y la edad del niño/a, hará las recomendaciones apropiadas a la situación y verificará que la madre las halla entendido y asimilado
- ▶ atenderá en el centro de salud las referencias de las monitoras para una investigación o tratamiento más apropiado
- ▶ participará en un inicio y conducirá después las reuniones de capacitación tanto en la comunidad como en el centro de salud
- ▶ hará visitas domiciliarias junto con la monitora a casas de niños/as con problemas de crecimiento y/o que no están asistiendo a las reuniones, con el fin de ayudar a resolver el problema, y a motivar a las madres para asistir a las reuniones
- ▶ motivará la participación en otras actividades relacionadas con la salud reproductiva así como el control prenatal y el espaciamiento de los embarazos
- ▶ supervisará a las monitoras en su comunidad tanto durante las reuniones como en otras acciones domiciliarias o de capacitación
- ▶ dotará a las monitoras de los materiales y suministros que se requieren para cumplir con sus funciones
- ▶ hará un análisis cada mes del comportamiento del crecimiento de los niños/as de los lugares donde se ha implantado al AIN comunitario, y llenará la información necesaria para enviar a niveles superiores

Promotor de salud

Idealmente el promotor de salud debería tener una plena responsabilidad en este proceso de desarrollo del AIN en las comunidades, por lo que su inclusión debe ser considerada. Sin embargo, esto dependerá de las políticas actuales sobre las funciones del promotor. Sin lugar de dudas, éste sería el trabajo más apropiado para un personaje llamado promotor de salud, porque

el AIN es, precisamente, un proceso de promoción de la salud de los niños/as en sus comunidades. De cualquier manera, las eventuales funciones del promotor serían las mismas que las indicadas para la auxiliar de enfermería.

A nivel de sector de salud

El personal del sector—enfermera profesional, médico, promotor de salud—tiene la responsabilidad directa de implantar inicialmente el AIN comunitario junto con las auxiliares de enfermería, y darle un apoyo continuo, siendo la enfermera supervisora la que juega el papel más relevante.

Enfermera de sector

La enfermera de sector es el apoyo número uno para la auxiliar de enfermería por lo que sus funciones centrales en cuanto a la implantación del AIN se puede resumir a

- ▶ capacitación de la auxiliar de enfermería en todo lo concerniente al desarrollo e implantación del AIN comunitario
- ▶ participará en las actividades asignadas a la auxiliar, sobre todo en un inicio, para asegurar su adecuado funcionamiento
- ▶ supervisará a la auxiliar en forma regular y continua, tanto a nivel del centro de salud como de la comunidad
- ▶ asegurará los materiales y recursos que la auxiliar necesitará para apoyar a las monitoras, así como el apoyo logístico necesario
- ▶ analizará e informará de la marcha del AIN, dando indicaciones para su mejoramiento

A nivel de área y región

Aquí, al igual que el sector, la enfermera de área tiene un papel clave de apoyo al proceso. Sus funciones son similares a las de la enfermera de sector pero con menos intensidad técnica. Su apoyo debe ser más de tipo administrativo—materiales, apoyo logístico, aunque en las primeras etapas tiene una fuerte carga técnica sobre todo durante la capacitación.

El jefe de área es el responsable directo de que el proceso se inicie, reciba el apoyo necesario, y al final produzca los resultados esperados. Así mismo ocurre para el nivel de la región.

8 RECOMENDACIONES

1. Formalizar un documento base con una clara descripción de los conceptos, procedimientos e instrumentos del AIN-C que sirva de guía para la capacitación tanto al personal de salud como a la comunidad.
2. Desarrollar los materiales de capacitación y comunicación necesarios para el trabajo de las monitoras para transmitir los mensajes educativos a las madres. Para esto sera necesario una revisión de los materiales existentes, investigación formativa, diseño y prueba de nuevos materiales.
3. Hacer una experiencia de campo del AIN-C con la reconceptualización y para la prueba de los sistemas de información, monitoría, supervisión y evaluación que se proponen en el documento complementario.
4. Establecer una clara vinculación entre el sistema de información y monitoría del AIN-C y los sistemas regulares del MSP que actualmente está en proceso de ser revisado.
5. Revisar la documentación del AIN a nivel institucional para compatibilizarlos con el enfoque del AIN-C tanto en contenidos como en las definiciones conceptuales y de procedimientos.
6. Al final deben desarrollarse los módulos de capacitación que serán usados regularmente para la implantación y seguimiento del AIN-C así como también del AIN institucional.
7. Considerar la integración de la salud integral de la niñez con la de la embarazada a nivel comunitario tanto por el niño mismo como por la madre.

El paso inmediato es iniciar la revisión de este documento e iniciar una prueba en el campo de sus propuestas. También se debe prever la contratación de asistencia técnica adicional para el desarrollo de los materiales de capacitación y comunicación a las madres. Es necesario iniciar la compatibilización de los conceptos y procedimientos entre el AIN en la comunidad y el institucional incluyendo las normas de operación.

ANEXOS

ANEXO A

Personas Contactadas

Personas contactadas

Nivel Central MSP

Dr. Carlos Villalobos	DSMI. Contraparte principal AIN
Dra. Mirtha Ponce	DSMI. Directora.
Dr. Jorge Meléndez	DSMI. Programa IRA
Dr. Gustavo Flores	DSMI. Programa CED

Nivel regional

Dr. Francisco Rodríguez	Región 2. Director
Lic. Guadalupe Contreras	Región 2. Area de La Paz
Dr. Oscar E. Aguilar	Región 5. Director
Dr. Noé Cruz	Región 5. Area 1. Jefe
Dr. David Diaz	Región 5. Area 1. DESAPER
Lic. Concepción Aguilar	Región 5. Area 1. DESAPER
P.S. Elvin Benitez	Región 5. Area 1
Lic. Camila Alvarado	Región 5. Area 1

USAID/ Honduras

Sr. David Losk	Sector Salud
Dr. Alvaro Gonzáles M.	Proyecto Sector Salud II

Proyecto BASICS

Dr. Barry Smith	Asesor para América Latina
-----------------	----------------------------

Liga de la Leche Materna

Sra. Judy Canahuati	Consultora Wellstart International
---------------------	------------------------------------

Manoff Group Inc.

Sra. Marcia Griffiths	Directora
-----------------------	-----------

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Dr. José C. Ochoa	Asesor en Salud Materna
-------------------	-------------------------

Nurture

Sra. Sandra L. Huffman	Consultora
------------------------	------------

En la comunidad

Sra. Hilda López	Monitora
Sra. Suyapa Castellanos	Monitora
Sra. Olivia Banegas	Monitora
Srita. Angelina Vargas	Monitora
Sra. Marcia Velásquez	Monitora

Y las madres de Palos Blancos

ANEXO B

Propósitos de la Consultaría. Cumplimiento de los objetivos

Propósitos de la Consultoría. Cumplimiento de los objetivos

El trabajo de consultoría fue solicitado para la elaboración de una propuesta para la sistematización de un modelo de atención integral a la niñez a nivel de la comunidad en Honduras a través del Ministerio de Salud. El producto esperado es la elaboración de dos documentos con los siguientes contenidos:

Uno, conteniendo las guías operativas sobre el programa de atención integral a la niñez a nivel de la comunidad y su vinculación con el centro de salud. Este debe incluir

Descripción de funciones en la comunidad y el centro de salud. Procedimientos básicos para detectar crecimiento inadecuado. Causas, y recomendaciones de acción. El papel de comunidad en el uso de datos para la toma de decisiones. Tipo de capacitación, módulos, metodología. Tipo de supervisión desde el centro de salud. Tipo de monitoreo y flujo de información.

Otro, conteniendo un set de indicadores para el monitoreo del programa a nivel comunitario y su incorporación al sistema nacional de monitoría.

El informe se divide igualmente en dos documentos: la *Propuesta de Documento Base. Modelo de Atención Integral a la Niñez a Nivel de la Comunidad* que reúne los aspectos conceptuales, técnicos, de capacitación y organización del AIN en la comunidad. El segundo, *Propuesta de Documento Base. Modelo de Atención Integral a la Niñez a Nivel de la Comunidad. Documento Complementario. Sistema de Información, Monitoría, Supervisión y Evaluación*, abarca tanto los indicadores como el sistema de información, monitoría y supervisión; esto último se hizo por razones prácticas y significa que parte de los puntos que estaba previsto desarrollarse en el primer documento (supervisión y monitoreo) están cubiertos en el segundo.

ANEXO C

**Documento Complementario.
Sistema de Información, Monitoria, Supervisión y Evaluación**

**PROPUESTA DE DOCUMENTO BASE. MODELO DE ATENCIÓN
INTEGRAL A LA NIÑEZ A NIVEL DE LA COMUNIDAD:
Documento Complementario. Sistema de Información, Monitoria, Supervisión
y Evaluación. Propuesta de discusión**

Tegucigalpa MDC, 8 de mayo 1996

preparado para
División de Salud Materno Infantil
Ministerio de Salud Pública de Honduras y
Proyecto BASICS/1200

por
Dr. Gustavo A. Corrales

Indice

I.	SISTEMA DE INFORMACIÓN	1
	Instrumento Base. Listado de Niño/as en la Comunidad. AIN-C-SI-1	2
	Instrumento de Flujo. Resumen de Información. AIN-C-SI-2.	6
II.	SISTEMA DE MONITORIA	9
	Consolidado de Información e Indicadores. AIN-C-SM-1	9
	Instrumento para el Graficamiento de los Indicadores. AIN-C-SM-2	11
III.	SISTEMA DE SUPERVISIÓN	14
	Supervisión del desempeño de las monitoras	15
IV.	SISTEMA DE EVALUACIÓN	18
	Encuesta de Línea Base	18
	Instrumento Base. Boleta de datos. AIN-C-SE-1	20
	Tabulación de la Edad del Niño/a. AIN-C-SE-2	23
	Tabulación de la Adecuación de Peso/Edad. AIN-C-SE-3	25
	Tabulación de la Adecuación de Talla/Edad. AIN-C-SE-4	25
	Tabulación de la Edad de la Madre y Lactancia Materna. AIN-C-SE-5	29
	Tabulación de Edad de la Madre y Uso de Anticonceptivos. AIN-C-SE-6.	31
	Tabulación de la Edad del Niño/a y Lactancia Materna y Uso de Anticonceptivos. AIN-C-SE-7	33
	Cuadro Resumen de Indicadores. AIN-C-SE-8.	35

Introducción

Este documento es complementario a la *Propuesta de Documento Base. Modelo de Atención Integral a la Niñez a Nivel de la Comunidad (AIN-C)* que ha sido elaborado para contribuir a sistematizar el enfoque de atención integral a la niñez en la comunidad.

En éste, está contenida la propuesta de algunos sistemas que son necesarios para la operación de la AIN-C como información, monitoría, supervisión y evaluación. El documento principal contiene las propuestas técnicas de capacitación y operación, así como los conceptos filosóficos que los animan, por tanto, los contenidos de este documento son el complemento a las propuestas anteriores.

Abarcan una propuesta para el sistema de información de la comunidad y hacia el centro de salud. Eventualmente esta propuesta debe conciliarse con la reforma al sistema de información del MSP actualmente en curso. Esta propuesta consta de dos instrumentos: el base que es el listado de niños comunitario, y la hoja de flujo para hacer envío de la información hacia el centro de salud y para alimentar el sistema de monitoría. El instrumento base sirve como un registro pero también puede ser usado como una lámina grande para una discusión con las madres.

El sistema de monitoría tiene básicamente dos instrumentos: el de consolidado de la información y construcción de los indicadores mes a mes, y el de graficamiento de los indicadores. El primero, de una manera fácil, permite consolidar y crear los indicadores. El segundo permite mostrar los cambios cada mes; éste puede ser construido como una lámina grande y ser usado para mostrar los resultados a la comunidad y discutir con ellos lo que está pasando.

Del sistema de supervisión se presenta una propuesta para la supervisión de las destrezas de las monitoras. Este sistema aún requiere de mucho desarrollo para incluir todas las áreas que constituyen el AIN-C; esto deberá ocurrir en la medida que los contenidos técnicos sean definidos.

Finalmente se presenta la propuesta del sistema de evaluación. Aun cuando los indicadores que se proponen en el sistema de monitoría son útiles para evaluación también, en este momento se hace énfasis en la encuesta de línea base como la estrategia central para la evaluación. Para ésta se presentan los instrumentos centrales para su aplicación.

I. SISTEMA DE INFORMACIÓN

Para poder documentar y dar seguimiento a la operación de la AIN-C es necesario crear el registro de sus actividades: éste es el sistema de información. En el deberán expresarse las acciones más relevantes y que hacen a la esencia del proceso en la comunidad. Los instrumentos de este sistema se denominarán AIN-C-SI-#, y se proponen dos: uno basal para el registro en cada reunión, y otro de flujo para la circulación de la información.

~~1~~

76

Instrumento Base. Listado de Niño/as en la Comunidad. AIN-C-SI-1

Propósito

El Instrumento Base. Listado de Niños en la Comunidad, AIN-C-SI-1, es el arranque del sistema de información al ser el instrumento en el cual se registran los datos relevantes de la operación de la AIN-C. Este instrumento tiene dos propósitos:

1. Como un medio para el registro de los eventos claves de la AIN, cada mes.
2. Usado como una lámina grande, sirve como base para discutir con las madres la situación de sus hijos durante las reuniones plenarias.

Contenido

En él se registran las siguientes variables:

1. Nombre de la comunidad
2. Unidad de salud
3. Área de salud
4. Región de salud
5. Año actual
6. No. de niño/as menores de dos años
7. Mes
8. No. (número de orden)
9. Nombre del niño/a
10. Fecha de nacimiento
11. Peso al nacer
12. Peso/Esperado
13. Peso/Real

14. Estado nutricional. Ubicado por arriba o abajo del 3er percentilo
15. Tendencia
16. Causa de no crecimiento
17. Decisiones

Instructivo

1. ***Nombre de la comunidad***
Anotar el nombre de la comunidad.
2. ***Unidad de salud***
Anotar el nombre de la unidad de salud de referencia.
3. ***Área de salud***
Anotar el nombre del área de salud correspondiente.
4. ***Región de salud***
Anotar el nombre de la región de salud correspondiente
5. ***Año actual***
Anotar el año en curso.
6. ***No. de niños/as menores de dos años***
Anotar el total de niño/as menores de dos años que viven en la comunidad estén o no en control.
7. ***Mes***
Anotar el mes correspondiente.
8. ***No. (Número de orden)***
Anotar el número de orden: 1,2,3,4,5,... hasta *n*.
9. ***Nombre del niño/a***
Anotar el nombre del niño/a.
10. ***Fecha de nacimiento***
Anotar la fecha de nacimiento del niño: día/mes/año.

11. ***Peso al nacer***
Anotar el peso al nacer (gramos). Si no se conoce el este dato, trace una raya.
12. ***Peso/Esperado***
Anotar el peso que se espera el niño/a tenga en su próximo control.
13. ***Peso/Real***
Anotar el peso real que obtuvo el niño/a en ese control.
14. ***Estado nutricional.***
Encerrar en un círculo rojo cuando este peso está por abajo del 3er percentil, o sea por abajo de la curva inferior de referencia.
15. ***Tendencia***
Anotar con tinta roja o azul la tendencia usando los siguientes códigos:
 1. en tinta azul si la tendencia del crecimiento es adecuada
 2. en tinta roja si la tendencia es a crecer pero no suficiente
 3. en tinta roja si la tendencia es a no crecer (no ganancia de peso)
 4. en tinta roja si la tendencia es a decrecer (pérdida de peso)

Este proceso facilita la anotación y evita confusión sobre la verdadera tendencia.

16. ***Causa de no crecimiento***
Anotar, luego de haber discutido con la madre, la posible o posibles causas del crecimiento inadecuado.
17. ***Decisiones***
Anotar cuáles fueron las decisiones a las que la madre se comprometió para mejorar el crecimiento de su hijo/a.

Para las Causas de No Crecimiento y las Decisiones se preparará una lista de códigos resumidos para facilitar el llenado. Esto se debe hacer una vez que se tengan bien definidos los contenidos que se expresan en el Documento Base.

Instrumento de Flujo. Resumen de Información. AIN-C-SI-2.

Propósito

Este instrumento tiene como fin ordenar la información relevante de la AIN-C-SI-1 para consolidarla a nivel comunal, y para ser enviada a la unidad de salud de referencia y ser integrada al sistema de información del MSP. Se deberá llenar cada mes y su fuente es el Listado de Niño/as en la Comunidad. AIN-C-SI-1.

Contenido

En él se registran las siguientes variables:

1. Nombre de la comunidad
2. Unidad de salud
3. Área de salud
4. Región de salud
5. Año actual
6. Mes
7. No. de menores de 2 años en la comunidad
8. No. de menores de 2 años en control
9. No. de menores de 2 años que asistieron este mes
10. No. de menores de 2 años creciendo adecuadamente
11. No. de menores de 2 años por arriba del 3er percentilo

Instructivo

1. ***Nombre de la comunidad***
Anotar el nombre de la comunidad.
2. ***Unidad de salud***
Anotar el nombre de la unidad de salud de referencia.

3. ***Área de salud***
Anotar el nombre del área de salud correspondiente.
4. ***Región de salud***
Anotar el nombre de la región de salud correspondiente
5. ***Año actual***
Anotar el año en curso.
6. ***Mes***
Anotar el mes que corresponde.
7. ***No. de menores de 2 años en la comunidad***
Anotar el total de niños/as menores de 2 años que viven en la comunidad estén o no en control.
8. ***No. de menores de 2 años en control***
Anotar, según el número de orden, cuántos niños/as hay en el listado sin importar cuántos controles han realizado.
9. ***No. de menores de 2 años que asistieron este mes***
Anotar los que vinieron a control en el mes correspondiente, o sea que tiene información en el listado.
10. ***No. de menores de 2 años creciendo adecuadamente***
Anotar de los que hicieron control los que tienen una tendencia adecuada, o sea el número uno (1) en tinta azul.
11. ***No. de menores de 2 años por arriba del 3er percentilo***
Anotar aquellos que en la columna de Peso/ Real no están encerrados en un círculo de tinta roja.

Atención Integral a la Niñez en la Comunidad (AIN-C)

Sistema de Información del Niño/as en la Comunidad

Instrumento de Flujo. Resumen de Información

AIN-C-SI-2

1. Nombre de la comunidad _____
2. Unidad de salud _____
3. Área de salud _____
4. Región _____

5. Año _____

6. Mes _____

	Variable	No.
7	No. de menores de dos años en la comunidad	
8	No. de menores de dos años en control	
9	No. de menores de dos años que asistieron este mes	
10	No. de menores de dos años creciendo adecuadamente	
11	No. de menores de dos años por arriba del 3er percentilo	

QPRO A:/COMPLEM/LINEAB.WB2 Vent:InfInd/primero

483

II. SISTEMA DE MONITORIA

Se le llama también supervisión indirecta porque se realiza en el escritorio del supervisor basándose en la información que regularmente llega de las unidades operativas. Es un proceso de ordenamiento de esa información de tal manera que permite ser comparada tanto en el tiempo (entre distintos períodos, meses, por ejemplo), como entre distintas áreas geográficas. Permite ver el curso de los acontecimientos y en que medida se acercan a las metas planeadas durante la programación. Identifica problemas de cumplimiento, por ejemplo, coberturas bajas en un lugar determinado; sin embargo, por lo general no le permite saber el porqué de ese comportamiento, aunque, desde luego, permite conjeturar sobre las posibles causas.

El monitoreo se basa en la construcción de indicadores, y como es conocido, los indicadores señalan pero no explican. El supervisor teoriza, en base a su experiencia y conocimiento de la realidad, las posibles explicaciones de un problema, y es a través de la supervisión directa como puede completar el panorama de lo que realmente está pasando. Y es aquí donde los tres sistemas –información, Monitoria y supervisión– se complementan. El sistema de información proporciona los datos; el de Monitoria debe ordenarlos, ver los problemas y mostrar las prioridades de la supervisión; la supervisión a su vez, debe complementar los hallazgos del monitoreo y corregir los problemas. Esta corrección, evidentemente, se mostrará en los próximos datos. El monitoreo, por el comportamiento de los indicadores, verifica sistemáticamente que está pasando; la supervisión va y se asegura que todo funcione según lo normado y programado.

Es importante aclarar que el monitoreo no sólo es privativo del supervisor a nivel de las unidades operativas debe llevarse un paquete de indicadores comunes que le permitan al responsable directo de la ejecución de una actividad automonitorearse. En este documento se presenta una propuesta de Monitoria que en principio está diseñada para uso de la monitora en la comunidad, pero que también puede ser usada para los niveles superiores del sistema de salud.

Consolidado de Información e Indicadores. AIN-C-SM-1

Propósito

El fin de este instrumento es de ayudar a la monitora a llevar el registro de los datos que cada mes se producen de una manera fácil de anotar y seguir. Con estos datos, y realizando algunas operaciones aritméticas simples, se construyen cinco indicadores básicos para vigilar el desempeño y el impacto de la AIN-C.

Contenido

Este instrumento consta de dos cuadros:

- ▶ En el primero se anotan mes a mes los datos de las variables relevantes que fueron

descritas en los instrumentos del sistema de información por lo que no requiere de más explicaciones, con la excepción de que a cada variable se le da un número continuo con el fin de facilitar el cálculo de los indicadores.

- ▶ En el segundo se anotan los indicadores que se pueden construir con los datos del cuadro anterior.

Este último cuadro contiene los siguientes indicadores:

1. Porcentaje total
2. Porcentaje de cobertura
3. Porcentaje de asistencia
4. Porcentaje creciendo adecuadamente
5. Porcentaje por arriba del 3er percentilo

Para facilitar tanto la construcción como la interpretación de los indicadores, la idea es que todos los porcentajes igualen a 100 cuando el desempeño es el mejor.

Instructivo

1. *Porcentaje total*

Este es un indicador redundante ya que siempre dará 100% porque resulta de dividir la variable 1–*No. de menores de dos años en la comunidad*–entre sí misma. Su propósito es que sirva de referencia para el resto de indicadores.

2. *Porcentaje de cobertura (2/1)*

Se anota el producto de dividir el *No. de menores de dos años en control* (variable 2) entre el *No. de menores de dos años en la comunidad* (variable 1) y multiplicarlo por 100 (variable 2/ variable 1 x 100).

Como su nombre lo indica da el porcentaje de niños/as cubiertos por la AIN-C; idealmente éste debe ser de 100%. Este es un indicador que debe ser usado hasta el nivel nacional por lo que debe ser incluido en el sistema de información regular.

3. *Porcentaje de asistencia (3/2)*

Se anota el producto de dividir el *No. de menores de dos años que asistieron este mes* (variable 3) entre el *No. de menores de dos años en control* (variable 2) y multiplicarlo por 100 (variable 3/variable 2 x 100).

Este indica los niño/as que asistieron en un mes determinado al control, y es un reflejo del nivel de motivación de las madres para participar en el programa. También el mejor resultado es de 100%.

4. *Porcentaje creciendo adecuadamente (4/3)*

Se anota el producto de dividir el *No. de menores de dos años que crecieron adecuadamente (variable 4)* entre el *No. de menores de dos años que asistieron este mes (variable 3)* y multiplicarlo por 100 ($4/3 \times 100$).

De los que tuvieron control en el mes, cuántos están con crecimiento satisfactorio; es claro que el complemento de éste es el porcentaje de los que no crecen bien. Evidentemente el objetivo es que éstos últimos disminuyan y aquéllos lleguen al 100%.

Este es un indicador de impacto para el nivel comunal y por su comportamiento al final del año se tendrá una buena imagen del efecto de la AIN-C en los niños/as.

5. *Porcentaje por arriba de la curva inferior (5/3)*

Se anota el producto de dividir el *No. de menores de dos años por arriba de la curva normal (variable 5)* entre el *No. de menores de dos que asistieron este mes (variable 3)* y multiplicarlo por 100 ($5/\text{variable } 3 \times 100$).

Este también es un indicador de impacto para ser usado en todos los niveles del sistema de salud hasta el nivel central. También, el complemento son los niños/as por abajo del 3er percentilo, y el objetivo es que éstos disminuyan y los primeros aumenten a 100%.

Instrumento para el Graficamiento de los Indicadores. AIN-C-SM-2

Propósito

Esta hoja con doce gráficos tiene el propósito de mostrar los indicadores de una manera fácil de visualizar; idealmente las cinco columnas deben alcanzar 100%; cualquier brecha indica una falla. Al permitir fácilmente ver mes a mes los cambios ocurridos lo convierte en un excelente instrumento para el monitoreo sistemático de la operación y resultados del proceso. En una pancarta grande puede servir para discutirlo con las madres u otros miembros de la comunidad.

Contenido e instructivo

Cada gráfico tiene para anotar el mes y consta de diez líneas horizontales con un valor de diez puntos de porcentaje cada una. En el eje de las abscisas están las cinco columnas respectivas para cada indicador: 1,2,3,4, y 5. Para señalar el porcentaje se oscurece la parte correspondiente de cada columna de cada indicador.

Sistema de Monitoría

Consolidado Mensual de Información e Indicadores

Nombre de la comunidad _____
 Unidad de salud _____
 Área de salud _____
 Región _____

Año _____

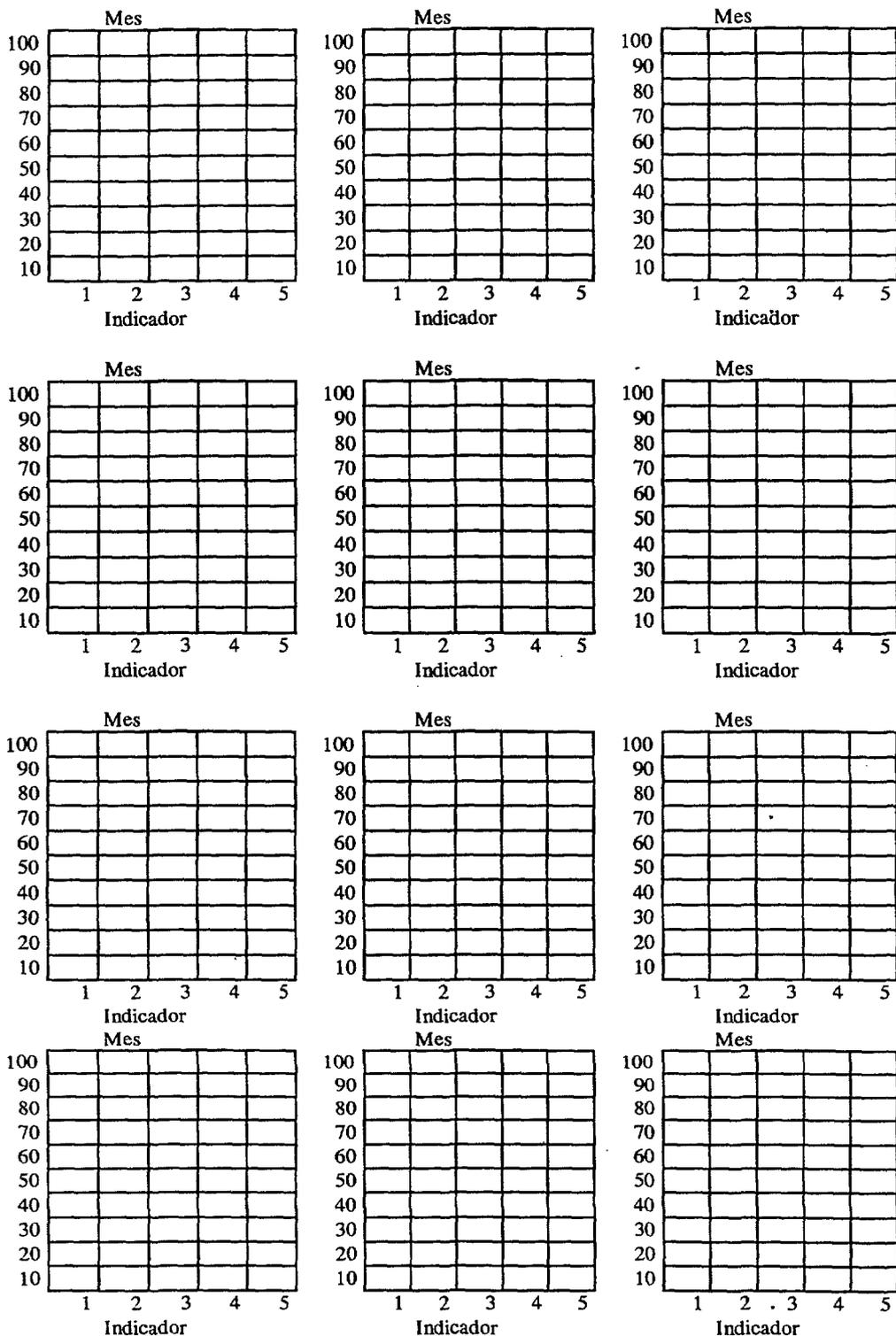
Variables	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septi.	Octub.	Novie.	Dicie.	Total
	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.
1 No. de menores de dos años en la comunidad													
2 No. de menores de dos años en control (en el listado)													
3 No. de menores de dos años que asistieron este mes													
4 No. de menores de dos años creciendo adecuadamente													
5 No. de menores de dos años por arriba de la curva inferior													

Indicadores													
1 Porcentaje total (siempre es 100%; 1/1)													
2 Porcentaje de cobertura (2/1)													
3 Porcentaje de asistencia este mes (3/2)													
4 Porcentaje creciendo adecuadamente (4/3)													
5 Porcentaje por arriba de la curva inferior (5/3)													

Sistema de Monitoría

Instrumento Mensual de Graficamiento de Indicadores

Nombre de la comunidad _____ Año _____
Unidad de salud _____
Area de salud _____
Región _____



III. SISTEMA DE SUPERVISIÓN

Supervisión, Monitoria y evaluación son tres sistemas que, aun cuando suelen funcionar por separado, en realidad se encuentran muy entrelazados y se complementan el uno al otro. La supervisión es dinámica, asegura que las cosas funcione bien *in situ*; la Monitoria es contemplativa, ve a través de cortes transversales una imagen fotográfica (indicadores) lo que está pasando; la evaluación dice si al final todo el esfuerzo valió la pena, si se lograron los objetivos que se deseaban.

La supervisión es vital a un sistema operativo como lo es la sangre a todos los tejidos que les nutre y aporta los elementos necesarios para su funcionamiento adecuado. La supervisión es, en forma simple, la verificación *in situ*, en el lugar de los hechos, del cumplimiento y propiedad de la programación de actividades y sus metas, del cumplimiento de las normas, de la existencia y uso apropiado de los insumos, del funcionamiento de los equipos, y de las destrezas del personal en realizar las actividades que son de su responsabilidad.

La supervisión tiene muchas dimensiones. Tiene fundamentalmente una dimensión educativa; básicamente por ser un proceso de capacitación hacia el supervisado. Detecta fallas para hacer la respectiva corrección tales como proporcionar insumos para la operación. Pero, especialmente, la supervisión regular indica el interés del sistema en que lo que se supervisa funcione bien. El supervisado capta el mensaje de que lo que hace es importante, por lo que tiene un impacto motivacional muy relevante. La supervisión es importante para mantener la motivación y la vocación de servicio de las monitoras.

Por su naturaleza, la supervisión se puede dividir en dos tipos:

- ▶ **Supervisión administrativa.** Se trata de verificar el rendimiento, propiedad y estado de las funciones, actividades y recursos asignados a una unidad operativa definida (USP) o una parte de la misma (un programa). Por ejemplo, cobertura de la atención prenatal, existencia de los materiales necesarios para su operación, etc.
- ▶ **Supervisión de destrezas.** Se refiere a la observación directa de la calidad de las acciones o actividades realizadas como la atención brindada a una persona. Si la persona que realiza la atención prenatal, por ejemplo, sigue todos los procedimientos normados para el trato personal y profesional de un cliente, y si estos procedimientos son desarrollados correctamente.

Por su misma naturaleza, ambos tipos de supervisión se llevan a cabo con técnicas y ambientes diferentes. La supervisión administrativa es más de revisión y ordenamiento de información, por lo que tiene mucho de monitoría y un fuerte carácter retrospectivo. Ve resultados (metas), procesos (normas) e insumos, e incluso, en algunos casos puede ver impacto (morbilidad, mortalidad), por lo que también adopta un sentido de evaluación.

La supervisión de destrezas se basa en la observación del comportamiento de un funcionario de salud en el momento que hace una actividad, sea ésta clínica o de otra naturaleza. Tanto el diseño de los instrumentos como su aplicación es muy diferente a la administrativa. Aquélla implica una carga emotiva más intensa (consiste en observar a alguien hacer algo, y esto no es muy cómodo para nadie). Además, la persona que la realiza, debe, ciertamente, ser un experto en lo que está observando para que su juicio sea válido, justo, y respetado.

Por tanto, supervisión es un acto ordenado de investigación en el lugar de los hechos para averiguar como, a lo interno, están funcionando las cosas, identificar los problemas y contribuir a resolverlos ya sea por la capacitación en servicio, la dotación de insumos, la implantación de un procedimiento, etc. La supervisión debe ser una actividad continua, sistemática y periódica, realizada en fechas, técnicas y contenidos conocidos tanto del supervisor como del supervisado.

Para fines de mostrar un modelo de instrumento para la supervisión del AIN-C se desarrolló el siguiente ejemplo.

Supervisión del desempeño de las monitoras

Módulo

Procedimientos básicos

Responsable

Auxiliar de enfermería/enfermera de sector

Lugar

Comunidad en la reunión mensual del AIN-C

Instrumento

Supervisión de Procedimientos Básicos. AIN-C-SS-1

Propósito

El contenido de este instrumento está dirigido a comprobar el desempeño de las monitoras del AIN-C para la realización de los procedimientos básicos del mismo, como es el pesado hasta el trazado de la curva de crecimiento. Como se puede comprender de la calidad de estos procedimientos dependerán la propiedad de las siguientes acciones, ya que esto determinará si un niño se clasifica como creciendo bien o no y, como es obvio, de lo anterior dependen las futuras acciones que se seguirán; por tanto asegurar su calidad es de importancia suma.

Metodología

El instrumento tiene diez incisos que deben ser supervisados (eje vertical). La supervisora observará el desempeño por cada uno de los niños pesados hasta un número de diez (eje horizontal). Si el procedimiento es realizado correctamente, se señala con un cheque; en el caso contrario, se coloca una equis. Al final, se suman los cheques por cada actividad evaluada (suma horizontal) y se anotan en la columna de Total/No. correspondiente, luego se divide este valor entre el total de observaciones (si se han observado los diez niños/as, éste será el denominador), y se multiplica por cien. Con esto se obtiene una valoración por cada inciso. Se puede obtener una valoración total sumando los valores de cada caso (suma vertical), luego sumar los totales parciales y hacer el mismo procedimiento antes descrito.

El instrumento también puede ser usado como una guía para verificar cada paso realizado por la monitora y las correcciones se hacen de inmediato. El instrumento puede ser de mucha utilidad cuando se quiere tener una clara imagen de la calidad de la capacitación y habilidades de las monitoras para fines de hacer los ajustes apropiados. Permite, además, ver el progreso de las monitoras e identificar aquellas con más problemas para brindarles más ayuda.

Sistema de Supervisión

Supervisión de Procedimientos Básicos

Nombre de la comunidad _____
 Unidad de salud _____
 Area de salud _____
 Región _____

Fecha _____
 Nombre de supervisor _____
 Nombre de supervisada _____

Tarea supervisada	No. de Caso Observados										Total	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	No.	%
1 Calibró la balanza antes de cada pesada												
2 Pesó los niño/as sin ropa												
3 Se aseguró la aguja estacionaria antes de lectura												
4 Lectura precisa del peso (a 100 g)												
5 Dijo el peso obtenido a la madre												
6 Anotó el peso correctamente en la tarjeta												
7 Anotó el peso correctamente en el listado												
8 Anotó la edad actual correctamente en la tarjeta												
9 Punteó correctamente el peso/edad												
10 Trazó correctamente la tendencia												
TOTAL												

QPRO A:\COMPLEM\LINEAB.WB2 Vent:Super

92

IV. SISTEMA DE EVALUACIÓN

La evaluación es una acción que hace al logro de los objetivos de una unidad operativa o de un sistema. En general, los objetivos, por ejemplo, del sistema de salud suelen ser de impacto, específicamente de morbilidad (porcentaje de disminución de las diarreas) y mortalidad.

Usualmente se realiza al final de un período, como un año. Indican el éxito del desempeño global del sistema en la medida que transforman la realidad mejorando las condiciones que se propuso cambiar.

No necesariamente los objetivos son siempre de impacto, sino que pueden únicamente expresar los resultados finales deseados de una serie de objetivos intermedios. El acto de evaluar también tiene un carácter esporádico para obtener una imagen puntual de un proceso que se está llevando a cabo y ver su rendimiento al momento: evaluación de un proyecto, por ejemplo, referido al logro de sus objetivos de corto, mediano y largo plazo.

Los indicadores que se utilizan para monitorear un proceso sistemáticamente y a intervalos relativamente cortos pueden ser usados para evaluar los resultados al final de un período definido más prolongado. Por tanto, evaluación es un acto para ver, analizar, y reflexionar hasta donde se ha llegado en un período y sirve de base para programar nuevas intervenciones, estrategias y acciones para un nuevo período.

En el caso del AIN comunitario, la evaluación debe formularse en término de sus objetivos definidos. Algunos objetivos pueden ser de proceso: por ejemplo, porcentaje de comunidades implementadas con el AIN, porcentaje de niños/as cubiertos por el AIN comunitario. Pueden ser de impacto: porcentaje de niños/as por arriba del 3er percentilo.

Algunos de estos indicadores se pueden obtener de los datos que produce el sistema; para otros es necesario buscar información específica a través de encuestas. Aunque los indicadores definidos en el sistema de monitoria son adecuados para evaluar el programa en base a la información que se recolecta regularmente, la propuesta de investigación de línea base tiene también ese propósito con la búsqueda de información adicional. A continuación, se muestra esta última.

Encuesta de Línea Base

Propósito

Esta encuesta tiene como propósito proporcionar la línea base sobre las condiciones de inicio en cada comunidad donde se implantará el AIN, sobre algunas variables claves que permitirán evaluar el cambio ocurrido y en consecuencia el nivel de impacto obtenido.

Objetivos

- ▶ Determinar el estado nutricional de los niños/as menores de dos años (de 0 a 23 meses) medido a través de los índices de peso y talla para la edad.
- ▶ Determinar el estado de la lactancia materna exclusiva y la lactancia prolongada en el grupo de madres de menores de dos años.
- ▶ Determinar la tasa de uso y tipo de anticonceptivos en el grupo de madres de menores de dos años.

Metodología

- ▶ En la segunda reunión con la comunidad con todas las madres y sus hijos menores de dos años, se aplicará la encuesta haciendo el pesado y tallado de los niños e interrogando a las madres sobre sus prácticas de lactancia y anticoncepción.

Se deberá asegurar que estén todos los niños/as en esta sesión; en caso contrario, se deberá localizarlos en sus casas. **Esto es de absoluta prioridad para obtener una imagen real de la situación.**

- ▶ Los niños/as se ordenarán en menores de un año y los de un año. Esto es con el fin de facilitar el análisis y el seguimiento.
- ▶ Después, se hará la tabulación y análisis de los resultados usando los cuadros y las gráficas preelaboradas con el diseño. Esta tabulación es manual y se hace el mismo día del levantamiento.
- ▶ Se deberán construir los indicadores básicos en base a los cuadros preelaborados. También se pueden graficar usando los formatos adjuntos.
- ▶ Los datos de varias comunidades se podrán agregar, idealmente en una computadora para tener la imagen de un subsector, sector o área.

Para darle un carácter más científico a la evaluación de impacto del AIN, se puede seleccionar una serie de comunidades en las cuales no se implantará, y aplicar los instrumentos de la línea base simultáneamente y cada vez que se repita.

En principio, la primera línea de seguimiento se levantaría un año después de iniciar la experiencia en la nueva cohorte de menores de dos años que han estado expuesta a la intervención. Esta se debería repetir a intervalos anuales.

Instrumento Base. Boleta de datos. AIN-C-SE-1

Propósito

Recolectar datos de las variables claves de la encuesta.

Contenido

El instrumento consta de las siguientes variables centrales:

1. No. (Número de orden)
2. Nombre del niño/a
3. Fecha de nacimiento
4. Edad actual del niño/a (meses/días)
5. Peso (gramos)
6. Talla (cm)
7. Adecuación de P/E (peso/edad) en desviaciones estándar (DE)
8. Adecuación de T/E (talla/edad) en desviaciones estándar (DE)
9. Edad mujer (años)
10. ¿Está dando pecho?
11. ¿Da otros alimentos o líquidos?
12. ¿Está planificando?
13. ¿Cuál método?

Instructivo

Se usará un instrumento separado para menores de un año y los de un año.

- Primero, se llenan los datos del encabezado.
- Luego, se anota el número de orden, el nombre del niño, la fecha de nacimiento (variables 1,2 y 3).
- Luego, se calcula la edad actual en meses y días (variable 4).
- Se procede a pesar al niño/a y se anota el resultado en gramos (variable 5).
- Se procede a tallar al niño/a y se anota el resultado en centímetros (variable 6).
- Usando la tabla de desviaciones estándar, se investiga en cuál nivel de adecuación está el niño/a con respecto a su peso y se anota (variable 7). Este procedimiento será más conveniente hacerlo al final.

- Usando la tabla de desviaciones estándar, se investiga en cuál nivel de adecuación está el niño/a con respecto a su talla y se anota (variable 8). También dejarlo para el final.
- Se anota la edad de la mujer en años (variable 9).
- Se anota un Sí si la respuesta es positiva a la lactancia materna, y un No si es lo contrario (variable 10).
- Se anota un Sí si está dando otros líquidos o alimentos; No si la respuesta es negativa (variable 11).
- Se anota un Sí si dice esta planificando (usando algún método anticonceptivo); un No en caso contrario (variable 12). Si la respuesta a esta última es No, aquí termina la encuesta para esa madre. Continúe con otra.
- Si la respuesta fue Sí en la pregunta anterior, pregunte cuál método usa y anote la respuesta usando los códigos al pie del cuadro.

Cuando se termine de llenar un instrumento y aún faltan niños/as, se puede seguir con otro manteniendo el orden y las edades separadas hasta terminar. Luego se procede a la tabulación con los instrumentos siguientes.

Tabulación de la Edad del Niño/a. AIN-C-SE-2

Propósito

Conocer la distribución de frecuencias de los intervalos trimestrales de edad de los menores de un año, de un año y del total.

Instructivo

Paloteando en una hoja aparte o con un lápiz grafito en el mismo instrumento en la columna de No., ordene las edades por grupos trimestrales en base a los datos del AIN-C-SE-1 variable 4. Cuando termine el paloteo, borre y ponga el valor en números.

Luego haga los cálculos de porcentajes. La columna del “% Parcial” es para cada grupo de edad: menores de un año, y de uno. La columna del “% Total” es para el grupo de menores de dos años, o sea todos.

Tabulación de Edad del Niño/a

Nombre de la comunidad _____

Unidad de salud _____

Area de salud _____

Región _____

Fecha _____

Nombre responsable _____

Grupo de Edad (meses)	No.	% Parcial	% Total
0-2			
3-5			
6-8			
9-11			
Subtotal < 1 año			
12-14			
15-17			
18-20			
21-23			
Subtotal 1 año			
Total			

99

Tabulación de la Adecuación de Peso/Edad. AIN-C-SE-3

Tabulación de la Adecuación de Talla/Edad. AIN-C-SE-4

Propósito

Obtener la distribución de las adecuaciones del peso/edad y talla/edad para poder compararlas con la distribución normal de valores estandarizados. Esto dará la imagen de cuán desviada se encuentra la distribución de peso y talla de la población objetiva que está siendo encuestada, lo que más adelante permitirá determinar con precisión los cambios ocurridos.

Instructivo

Al igual que el cuadro de las edades, en la columna de No. se puede palotear con un lápiz de grafito, luego borrar y anotar el número. Luego, se procede a hacer los cálculos porcentuales. Estos se comparan con los valores normales incluidos en el cuadro.

La columna de Indicador es la suma de los valores desde -2.5 hasta -4.5 y es el porcentaje de niños/as por abajo la -2 DE (casi del tercer percentilo) donde no debe haber más de 2.5 por ciento de los valores. Este es el indicador clave para saber de los cambios que se espera ocurran como producto de la implantación del AIN-C.

En el cuadro-gráfico adjunto se puede comparar las distribuciones normales con la de la población objetivo.

Tabulación de la Adecuación Peso/Edad

Nombre de la comunidad _____

Unidad de salud _____

Area de salud _____

Región _____

Fecha _____

Nombre responsable _____

Desviaciones Estándar	No.	Porcentaje	Valores Normales	Indicador
-4.5				
-4.0				
-3.5			0.1	
-3.0			0.5	
-2.5			1.7	
-2.0			4.4	
-1.5			9.2	
-1.0			15.0	
De 0.0 a -0.5			19.1	
De 0.01 a 0.5			19.1	
1.0			15.0	
1.5			9.2	
2.0			4.4	
2.5			1.7	
3.0			0.5	
3.5			0.1	
4.0				
4.5				
Total				

101

Atención Integral a la Niñez a Nivel Comunitario (AIN-C)

Sistema de Evaluación

AIN-C-SE-4

Tabulación de la Adecuación Talla/Edad

Nombre de la comunidad _____

Unidad de salud _____

Área de salud _____

Región _____

Fecha _____

Nombre responsable _____

Desviaciones Estándar	No.	Porcentaje	Valores Normales	Indicador
-4.5				
-4.0				
-3.5			0.1	
-3.0			0.5	
-2.5			1.7	
-2.0			4.4	
-1.5			9.2	
-1.0			15.0	
De 0.0 a -0.5			19.1	
De 0.01 a 0.5			19.1	
1.0			15.0	
1.5			9.2	
2.0			4.4	
2.5			1.7	
3.0			0.5	
3.5			0.1	
4.0				
4.5				
Total				

QPRO A:\COMPLEMLINEAB.WB2 Vent: Cuadros/tercero

103

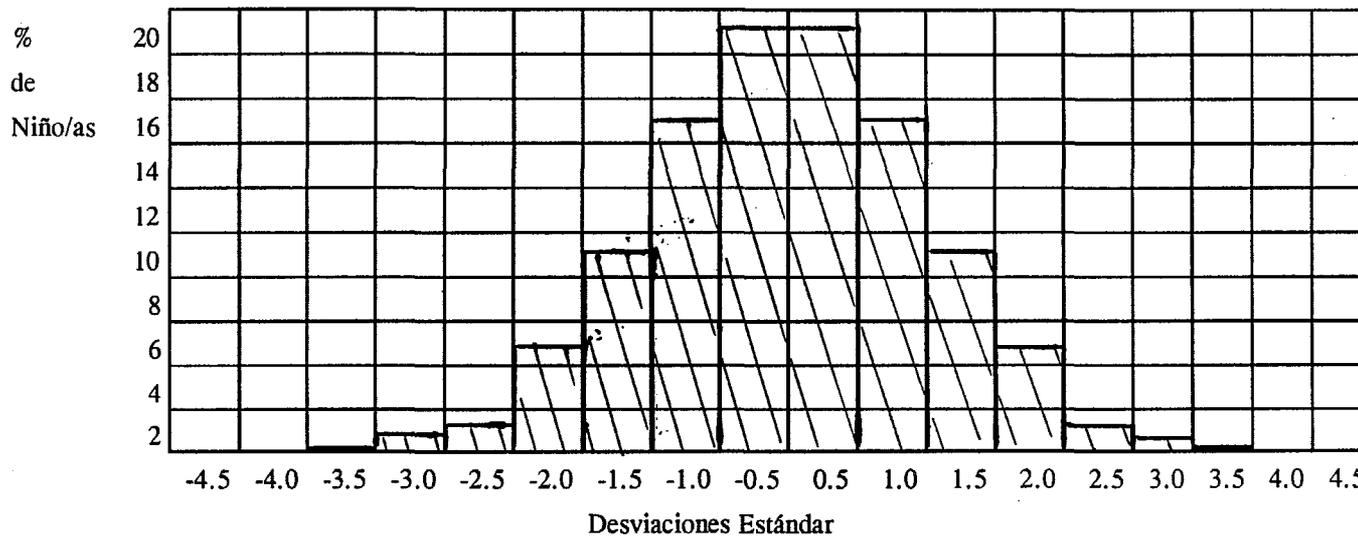
Atención Integral a la Niñez a Nivel Comunitario (AIN-C)

Sistema de Evaluación

Gráfica de la Adecuación de:

Nombre de la comunidad _____
Unidad de salud _____
Area de salud _____
Región _____

Fecha: _____
Responsable: _____



Tabulación de la Edad de la Madre y Lactancia Materna. AIN-C-SE-5

Propósito

Determinar el estado de la lactancia materna de acuerdo a la edad de la madre.

Instructivo

- En la columna 1 (*No.*), se anotan los resultados del paloteo de los datos del AIN-C-SE-1.
- Los porcentajes de la columna 3 (%) se construyen dividiendo cada valor de la columna anterior entre el total y multiplicando por cien. Este es un análisis porcentual vertical.
- En las columnas 4 y 6 (*Sí*) se anotan también los resultados del paloteo.
- Los porcentajes de las columnas 5 y 7 se construyen dividiendo cada valor de las columnas 4 y 6 entre el valor respectivo de la columna 2 y multiplicando por cien. Este es un análisis porcentual horizontal.
- El comportamiento total se puede hacer sumando los totales verticales y haciendo el análisis porcentual horizontal.

En la parte inferior del cuadro se resumen algunos indicadores extraídos del cuadro.

Atención Integral a la Niñez a Nivel Comunitario (AIN-C)

Sistema de Evaluación

AIN-C-SE-5

Tabulación de Edad de la Madre y Lactancia Materna

Nombre de la comunidad _____

Unidad de salud _____

Area de salud _____

Región _____

Fecha _____

Nombre responsable _____

1	2	3	4	5	6	7
Grupo de Edad (años)	No.	%	Lactancia Materna		¿Exclusiva?	
			Sí	%	Sí	%
< 20						
20-35						
> 35						
Total						

QPRO A:\COMPLEM\LINEAB.WB2 Vent: Cuadros/quinto

105

Tabulación de Edad de la Madre y Uso de Anticonceptivos. AIN-C-SE-6.

Propósito

Determinar las tasas de uso de anticonceptivos para la edad en las madres de los menores.

Instructivo

Para cada niño/a paloteé primero anotando la edad respectiva de la madre, al mismo tiempo verifique si usa anticonceptivos y si es así anótelo, y luego anote el método. Siga así por cada niño/a. Luego de llenar todos los valores, proceda a hacer los cálculos porcentuales de la siguiente manera:

- El primer porcentaje (columna 3) es un análisis vertical que resulta de dividir cada valor de la columna *No.* (columna 2) entre el total de la misma por cien.
- El segundo porcentaje (columna 5. *Uso de anticonceptivo*) es una análisis horizontal que resulta de dividir el valor de la columna *Sí* (columna 4) entre el valor respectivo de la columna 2 (*No.*) por cien. Esto se repite para cada grupo de edad.
- El tercer porcentaje (columna 7. *¿Cuál? Pastillas*) se construye de similar manera que el anterior sólo que se divide el valor de la columna 6 entre el de la columna 4. El resto de porcentajes se calcula de la misma manera incluyendo el *Total*.
- En la parte inferior de este cuadro hay una lista de indicadores que se obtienen del mismo. Anótelos como un resumen de resultados.

107

Tabulación de Edad de la Madre y Uso de Anticonceptivos

Nombre de la comunidad _____
 Unidad de salud _____
 Area de salud _____
 Región _____

Fecha _____
 Nombre responsable _____

Grupo de Edad (años)	No.	%	Uso Anticonceptivo		¿Cuál?									
					Pastillas		DIU		Condón		Opera. Mujer		Otro/Otros	
			Sí	%	Sí	%	Sí	%	Sí	%	Sí	%	Sí	%
< 20														
20-35														
> 35														
Total														

QPRO A:\COMPLEMLINEAB.WB2 Vent: Cuadros/cuarto

Indicadores (ejemplos):

- 1 % de madres menores de 20 años:
- 2 % de madres mayoresde 35 años:
- 3 % de madres menores de 20 años que usan anticonceptivos:
- 4 % de madres mayores de 35 años que usan anticonceptivos:
- 5 % de madres total que usan anticonceptivos:
- 6 % de madres total que usan pastillas:
- 7 Grupo etareo que usa más pastillas:
- 8 Grupo etareo que usa más DIU:
- 9 Grupo etareo que usa más OM:

Tabulación de la Edad del Niño/a y Lactancia Materna y Uso de Anticonceptivos.
AIN-C-SE-7

Propósito

Determinar el comportamiento de la lactancia materna y el uso de anticonceptivos de acuerdo con la edad del niño/a.

Instructivo

- El primer porcentaje (columna 3) es un análisis vertical que resulta de dividir cada valor de la columna *No.* (columna 2) entre el total de la misma por cien.
- El segundo porcentaje (columna 5. *Lactancia*) es una análisis horizontal que resulta de dividir el valor de la columna *Sí* (columna 4) entre el valor respectivo de la columna 2 (*No.*) por cien. Esto se repite para cada grupo de edad,
- El tercer porcentaje (columna 7. *Exclusiva*) se construye de similar manera que el anterior sólo que se divide entre el valor de la columna 6 entre el de la columna 4.
- El cuarto porcentaje (columna 9) resulta de dividir la columna 8 entre la columna 2 por cien.
- En la parte inferior de este cuadro hay una lista de indicadores que se obtienen del mismo. Anótelos como un resumen de resultados.

Tabulación de Edad del Niño/a, Uso de Anticonceptivos y Lactancia

Nombre de la comunidad _____

Fecha _____

Unidad de salud _____

Area de salud _____

Región _____

Nombre responsable _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Grupo de Edad (meses)	No.	%	Lactancia Materna		¿Exclusiva?		Uso Anticonceptivo	
			Sí	%	Sí	%	Sí	%
0-2								
3-5								
6-8								
9-11								
12-14								
15-17								
18-20								
21-23								
Total								

QPRO A:\COMPLEMLINEAB.WB2 Vent: Cuadros/sexta

Indicadores:

- 1 % de 0-2 meses lactando:
- 2 % de 0-2 meses lactando exclusivamente:
- 3 % de 0-5 lactando:
- 4 % de 0-5 lactando exclusivamente:

- 5 % de 0-5 usando anticonceptivo:
- 6 % de 6-11 usando anticonceptivo:
- 7 % de 12-23 usando anticonceptivo:

Cuadro Resumen de Indicadores. AIN-C-SE-8.

Propósito

Es una forma fácil de ver las variables que intervienen en la construcción de los indicadores y los indicadores mismos. Este es el marco de inicio del AIN-C y contra el cual habrá que comparar un año después para verificar los resultados obtenidos en ese período. Un cuadro parecido se puede usar para llevar un control de varias comunidades.

Instructivo

El instrumento se nutre de los instrumentos anteriores básicamente del AIN-C-SE-2 hasta el AIN-C-SE-7 por lo que es sólo una transferencia de datos.

- En la columna de *Valor/Base* se deben anotar los resultados obtenidos en esta encuesta inicial de línea base.
- En la siguiente columna *Valor/Seguimiento* se anotarán los resultados de la encuesta de seguimiento un año después.
- En la columna final *Porcentaje de cambio* se calculará el porcentaje de variación usando como valor de referencia el de la línea base y la de seguimiento.

Cuadro Resumen de Indicadores

Nombre de la comunidad _____ Fecha Base _____
 Unidad de salud _____ Fecha Seguimiento _____
 Area de salud _____
 Región _____ Nombre responsable _____

No.	Indicador	Numerador	Denominador	Valor		
				Base	Seguim.	% Cambio
1	% de niño/as menores de seis meses	# de menores de seis meses	Total de niño/as			
2	% de niño/as menores de un año	# de menores de un año	Total de niño/as			
3	% de niño/as por abajo de la -2.00 DE peso/eda	# de de niños por abajo de la -2.00 para p/e	Total de niño/as			
4	% de niño/as por abajo de la -2.00 DE talla/edad	# de de niños por abajo de la -2.00 para t/e	Total de niño/as			
5	% de niño/as recibiendo pecho	# de de niños recibiendo pecho	Total de niño/as			
6	% de niño/as con pecho exclusivamente	# de de niños con pecho exclusivamente	Total de niño/as			
7	% de mujeres usando anticonceptivos	# de madres usando anticonceptivos	Total de madres			
8	% de mujeres que usan pastillas	# de madres que usan pastillas	Total usando anticonceptivo			