

NUMERO 5
1988

NUEVAS ESTRATEGIAS DE ALIMENTACION INFANTIL

Memorias del seminario ~ taller
Serie: Educación nutricional en el Ecuador



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
MANOFF INTERNATIONAL INC.

Serie: Educación Nutricional en el Ecuador No. 5

NUEVAS ESTRATEGIAS EN ALIMENTACION INFANTIL

MEMORIAS DEL SEMINARIO TALLER

Editores: Yolanda de Grijalva y Maria Elena Acosta
Programa de Investigación Cualitativa en Nutrición
Infantil: IIDES/MSP

Septiembre, 1988

QUITO-ECUADOR

Titulos de la Serie Educación Nutricional en el Ecuador

- No. 1 Fundamentos de la Educación Nutricional.
- No. 2 Manual sobre Metodología de la Investigación Formativa.
- No. 3 Prácticas de Alimentación Infantil. Revisión de Literatura.
- No. 4 Prácticas de Alimentación Infantil. Informe Final de la Investigación Formativa.
- No. 5 Nuevas Estrategias en Alimentación Infantil. Memorias del Seminario Taller.

Todos los derechos son reservados. Los contenidos pueden reproducirse con expresa autorización de los autores y/o editores, debiendo citarse la fuente. Los editores y/o autores agradecerían enviar una copia del material que se ha producido en base a los contenidos de esta serie.

PRESENTACION

En el afán de contribuir a que los niños ecuatorianos desarrollen óptimamente su potencial biológico en relación con el crecimiento físico y mental, se ha realizado un proceso que parte del conocimiento de la realidad actual, referida a las prácticas alimentarias en niños pequeños de las familias ecuatorianas más pobres, que sirve de base para la ejecución de acciones inmediatas como lo exige la magnitud y gravedad de la situación nutricional del país.

La conclusión a la que hemos llegado después de estos años de trabajo es que, sin desconocer las condiciones sociales y económicas precarias de la población que constituyen las causas básicas de la desnutrición, existe un campo de intervenciones viables para mejorar las prácticas alimentarias de los niños menores de dos años, que sin lugar a dudas determinarán un mejor crecimiento y por ende menor desnutrición. Este campo es el mejoramiento de prácticas alimentarias de niños pequeños.

Podemos aseverar que con lo poco que tiene la familia ecuatoriana, los niños pueden estar en mejores condiciones si se observan adecuadas prácticas alimentarias desde el nacimiento (ojalá desde la concepción) y especialmente durante el periodo de destete, es decir, durante los meses que el niño se incorpora a la dieta familiar y deja de lactar.

El mejorar las prácticas alimentarias en los niños pequeños requiere un cambio de mentalidad tanto del personal responsable como de la familia, la comunidad y especialmente de la madre. Tiene que ver con la importancia y atención que se le da al niño en sus primeros meses o años de vida, con el fenómeno de modernización y patrones sociales, con la formación de recursos humanos e incluso con aspectos de orden legal y político.

La tarea no es sencilla, por lo cual se ha creído necesario compartir algunos conocimientos actualizados y nuestras experiencias en la presente "Serie de Educación Nutricional", para de este modo iniciar una nueva era en relación con cambios de comportamiento adecuados, que favorezcan y preserven los recursos humanos ecuatorianos que en este mismo momento se están formando y creciendo.

Se espera que el material de la serie que estamos presentando aporte los elementos indispensables para encontrar consensos que permitan una acción conjunta, optimizando los recursos existentes y mejorando los mecanismos de coordinación.

Yolanda de Grijalva
Quito - 1988

I N D I C E

PAGINA

INTRODUCCION i

CAPITULO I - RESUMEN DE LAS PONENCIAS Y DISCUSIONES

Visión General de la Situación Alimentaria y
Nutricional del Ecuador.- 1

Mejorando la Nutrición Infantil: Recientes
Experiencias Aplicables a Ecuador.- 5

Metodología y Muestreo de la Investigación.- 12

Resultados de la Investigación.- 17

CAPITULO II - RESUMEN DE LOS TRABAJOS DE GRUPO

Presentación del Trabajo de cada uno de los Grupos. 30

Resumen de los puntos tratados en los Nueve Grupos. 42

Conclusiones de la Plenaria 43

Discusión 44

CAPITULO III - RESUMEN DE LAS INTERVENCIONES DE LAS SESIONES INAUGURAL Y DE CLAUSURA

Programa de la Sesión Inaugural..... 48

Programa de la Sesión de Clausura..... 50

ANEXOS

1. AGENDA
2. TRIPTICO
3. RESUMEN DE LAS PRUEBAS ORGANOLEPTICAS
4. BIBLIOGRAFIA (De los documentos expuestos dentro del Seminario Taller)
5. LISTA DE PARTICIPANTES

INTRODUCCION

El Gobierno del Ecuador y el Ministerio de Salud Pública en particular, han concedido prioridad a la desnutrición por ser el problema número uno de la población infantil. Este enunciado está dentro del Plan de Alimentación y Nutrición que abordará la multicasualidad de la problemática nutricional desde los sectores: Agricultura, Economía, Educación, Gobierno, Bienestar Social y todos los demás sectores que tienen que ver con el desarrollo integral del país y por ende con la problemática Alimentario/Nutricional.

Como la desnutrición es una enfermedad social y tiene como base fundamental la pobreza, es de esperarse que, con la implementación del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición, se mejoren sustancialmente las condiciones sociales y económicas que aquejan a la gran mayoría de la población ecuatoriana lo cual redundará en el mejoramiento de la situación nutricional. Estos cambios, históricamente requieren plazos largos de tiempo y mientras ello suceda, el sector salud, que por su naturaleza y característica está recibiendo, por años, el daño nutricional, está en condiciones de diseñar e implementar otras estrategias que han demostrado su eficiencia, para contribuir al mejoramiento de la situación nutricional en corto plazo, entre ellas están la educación nutricional y otras intervenciones que mejoren las actuales prácticas de alimentación especialmente de niños pequeños.

El proceso que se está siguiendo en el Ministerio de Salud para el diseño de intervenciones que permitan contribuir al mejoramiento de la Nutrición en niños menores de dos años, consta de 4 etapas: Investigación, Diseño de estrategia, Implementación y Evaluación.

Como finalización de la primera etapa (Investigación) y comienzo de la segunda (Diseño de Estrategia), se llevó a cabo un Seminario Taller Nacional, con la participación de representantes de organismos públicos y privados y que tuvo los siguientes objetivos:

Objetivos

1. Difundir los resultados de la investigación Cualitativa en Nutrición Infantil
2. Establecer líneas de estrategia para mejorar la nutrición de niños menores de dos años.
3. Sentar las bases de actividades específicas para cada estrategia.

4. Identificar las líneas de participación de los diferentes sectores, públicos y privados, involucrados en el bienestar del niño.
5. Concientizar sobre la importancia y necesidad de optimizar el trabajo multidisciplinario y multisectorial.

Organización del Taller

La organización del evento estuvo a cargo del mismo personal que realizó la fase de Investigación. (Instituto de Investigaciones para el Desarrollo de la Salud)

A cada participante se le entregó, días antes, un paquete de documentos que contenía:

- o Una invitación firmada por el Señor Doctor Plutarco Naranjo: Ministro de Salud Pública.
- o Una circular con información adicional.
- o Un documento de 97 páginas, más anexos, que correspondía a la versión preliminar de: "Prácticas alimentarias en los niños de Ecuador. Informe final de la Investigación cualitativa".
- o Agenda preliminar del Taller.
- o Un afiche informativo.

Al final se tuvo 120 inscritos oficialmente y 70 observadores. Los participantes oficiales pertenecían a 62 dependencias e instituciones de carácter público y privado de 7 provincias del país.

El primer día del Seminario Taller (88-09-21) se dedicó a presentaciones magistrales seguidas de una discusión; y el segundo día (88-09-22) se realizó trabajo de grupos y una sesión plenaria.

El evento se complementó con una sesión inaugural que contó con la presencia del señor Doctor Plutarco Naranjo, Ministro de Salud y otras altas autoridades del Ministerio, de las Universidades, Sociedades Científicas y de Organismos Internacionales; la sesión de clausura, presidida por el Señor Doctor Enrique Granizo Subsecretario de Salud, contó igualmente con la presencia de altas autoridades de diversas Instituciones.

La Sesión Plenaria estuvo dirigida por el Señor Doctor Gabriel Ordoñez, quien hizo los comentarios y sacó las conclusiones de los trabajos de grupo, estuvo acompañado por el Dr. Julio Alvear quien hizo los resúmenes correspondientes.

Todas las presentaciones fueron grabadas (con excepción de las discusiones dentro de cada grupo) y se procedió a la transcripción con el objeto de difundir las memorias del Seminario Taller. Por consiguiente el contenido de esta publicación proviene de las grabaciones magnetofónicas y de los textos originales que entregaron los moderadores de cada uno de los nueve grupos de trabajo.

Durante el evento se expusieron stands informativos con los siguientes contenidos.

- STAND 1.- Trípticos y fotografías de las prácticas más llamativas sobre la alimentación de los menores de dos años.
- STAND 2.- Gráficos y fotografías de la distribución de los alimentos.
- STAND 3.- Sugerencias de soluciones a los problemas observados en los STANDS 1 y 2.

Pequeñas muestras de las distintas preparaciones (recetas) que se probaron en los hogares durante la investigación fueron sometidas a Pruebas Organolépticas durante el Seminario-Taller.

- . ALIDE = Alimento de Destete
- . ALISAN = Alimento Sano
- . FUERSAN = Alimento para niños Fuertes y Sanos

- STAND 4.- Bibliografía sobre temas afines al taller. Se contó con una fotocopidora para poder reproducir los documentos de interés de los participantes.

CAPITULO I

RESUMEN DE LAS PONENCIAS Y DISCUSIONES

Visión General de la Situación Alimentaria y Nutricional del Ecuador.

Por: Julio Alvear

Introducción:

La situación alimentaria y nutricional del Ecuador puede ser analizada teniendo en cuenta cuatro elementos estrechamente relacionados entre si: estructura, políticas, condicionantes y el producto o resultado final, cada uno de los cuales esta formado por diversos factores o variables que contribuyen finalmente al estado nutricional.

La estructura social es la causa de las relaciones sociales imperantes y del sistema político, autor de los programas sectoriales del estado, entre los que podemos citar producción, salud, educación y economía. Los condicionantes han hecho variar las intenciones de las políticas sectoriales: es evidente por ejemplo, que frente a la producción, el subempleo, el minifundio, la vida marginal, el bajo poder adquisitivo, se condicione un mal estado nutricional. Por otra parte, los hábitos y costumbres, el tamaño de la familia, el medio ambiente inadecuado, así como la poca accesibilidad a los servicios de salud y de educación, hacen que el consumo y la utilización biológica de los alimentos, sean también inadecuados, dando como resultado final una inadecuada alimentación y nutrición de la población.

Factores

Demográficos.-

El censo de 1974 arrojó una población de 6'800.000 habitantes, repartidos el 41.16% en la zona urbana y 58.84% en la rural; el censo de 1982 presentó una población de 8 millones 300 mil habitantes, distribuidos, el 48.69% en la zona urbana y el 51.31% en la rural. Es claro el fenómeno de urbanización y la desruralización del campo.

Por otra parte, el grupo de 0-14 años es el mas importante dentro de la distribución etarea, lo que le da al país una característica de población joven. La tasa de fertilidad del 2.7 es una de las mas altas de latinoamérica.

Económicos.-

La economía del Ecuador se ha caracterizado por sus incongruencias consecuencia de la polarización, con resultados negativos sobre todo para la población marginada.

En 1973 el PIB creció a una tasa espectacular de 25.3%, para descender bruscamente al 5.6% en 1975, presentandose después fluctuaciones con tendencia a la baja a partir de 1979, acentuándose hasta 1982 en que el PIB creció apenas un 2%.

Los años siguientes han sido negativos completamente, y el Ecuador ha tenido problemas serios por la inflación, que ha encarecido enormemente el nivel de vida y el poder adquisitivo.

Educativos.-

El sistema educativo ecuatoriano se caracteriza por sus peculiaridades propias de la realidad geográfica, económica y socio-cultural del país. Estos factores han determinado que el analfabetismo esté presente todavía para 1987, en un 12%. Esto obliga a que el gobierno central, a través del Ministerio revea las políticas de educación, los currículos respectivos, a fin de que pueda darse una preparación académica de acuerdo a las necesidades y realidades del país.

Sanitarios.-

El MSP determina la Política Nacional de Salud. Para 1983 el sector salud disponía de 2.146 establecimientos, de los cuales 1.151 eran estatales, 518 de la Seguridad Social, 85 de las Fuerzas Armadas, 53 de la Policía y Municipios, 85 de otras instituciones, dando un total de 1.892 para el sector público y 254 para el sector privado.

El Saneamiento Ambiental ha tenido una discreta mejora sobre todo en el área urbana en donde la meta del Plan Nacional de Desarrollo (1983) fue superada (65%); en el área rural, las dificultades técnicas y financieras, así como la dispersión de la población, han hecho que las coberturas de agua potable y disposición de excretas se mantengan bajas, 16.8% y 5.7% respectivamente para el mismo año.

El nivel de salud indica una tendencia a la disminución de las distintas mortalidades, así como la natalidad. El fenómeno encontraría explicación no sólo en el desarrollo del sector salud, sino también en el mejoramiento general de las condiciones de vida. Es así que la mortalidad postneonatal descendió de 66.8% en 1980 a 63.22% en 1984. Las causas de mortalidad estan

relacionadas con problemas de mala calidad de alimentación y de infección.

Agrícolas (producción-oferta-demanda-consumo).-

La producción agrícola no responde adecuadamente a la demanda de alimentos, pues de lo que se desprende de las cifras oficiales (1981) se ha reducido la superficie cosechada de los cultivos de consumo básico; esta disminución calculada en términos de ocho productos básicos fue del 50% aproximadamente, lo que no se debería sino al desplazamiento de los cultivos de consumo general por otros de mayor rentabilidad, dedicados a la agroindustria y a la exportación. Consiguientemente, hay un claro descenso en la disponibilidad de los principales alimentos fuentes de proteínas e hidratos de carbono, lo que ha obligado a una creciente importación de alimentos.

Situación Alimentaria:

De lo anterior se concluye:

Producción de alimentos.-

- o Las tendencias actuales demuestran que la producción agrícola de alimentos no responde adecuadamente a la demanda de alimentos.
- o Transnacionalización del desarrollo alimentario.
- o Homogenización de los mercados de alimentos con incidencia en los patrones de consumo tradicionales.
- o Traspaso de tecnología no adecuada a las realidades del país.

Mercadeo.-

- o Servicios de mercadeo y comercialización débiles.
- o Falta de organización de un sistema de vías de comunicación.
- o Margenes elevados de comercialización con tendencia a elevarse en el tiempo.
- o Déficit de instalaciones de almacenamiento para productos perecibles y no perecibles, y en los sistemas de apoyo.
- o Atomización de la distribución minorista de muchos productos alimentarios básicos.

- o Desarrollo del comercio clandestino consecuencia de la política de regulación de precios.
- o Debilidad de las estadísticas agropecuarias, información de mercado y pronósticos de producción.

Consumo.-

- o Dependencia económica de la dieta.
- o Monotonía de la dieta sobre todo en los grupos rurales y urbano marginales.
- o Deficiente aporte energético en grasas, proteínas; relativo aumento en carbohidratos.
- o Pobreza de la dieta en vitamina "A", calcio, riboflavina, tiamina.
- o Sierra: papas, maíz, harinas varias, poca carne.
- o Costa: yuca, plátano, arroz y harina, pescado y poca carne.
- o Consumo reducido de legumbres y hortalizas.

Estado Nutricional:

Teniendo en cuenta los factores anteriores y los aportes deficitarios de la dieta, tanto en energía como en proteínas, que no alcanzan a suplir los requerimientos dietéticos sobre todo de la población en riesgo, la desnutrición en Ecuador puede ser considerada como endémica y afecta a un número grande del estrato de preescolares, embarazadas y madres en periodo de lactancia, debiendo añadirse el grupo de escolares.

Varios estudios de caso hechos en varias provincias del país muestran por igual la magnitud y los diversos grados de desnutrición con que son afectados sobre todo los niños menores de seis años. Revisando cifras la magnitud de la desnutrición se estimó en 1980 en un 35%; el estudio del CONADE/MSP realizado a nivel nacional en 1984 da cifras cercanas al 50% de desnutrición. El Ministerio de Salud Pública, a través de las unidades operativas, recolecta información sobre el estado nutricional; para 1985 cerca del 40% de niños de 1 a 4 años tenía cualquier grado de desnutrición, y de los niños de 6 a 11 meses, el 35% presentaba desnutrición.

Hay muchas otras cifras que nos hacen ver igual problematica dandose como conclusión que la desnutrición es la causa de nuestro subdesarrollo y, que si no ponemos soluciones perentorias la degeneración biológica sera visible en dos o tres generaciones mas.

Quiero terminar mi intervención recordando lo que una hermana latinoamericana dijo, y que le valió el Premio Nobel de Literatura al referirse a los niños:

"Somos culpables de muchos errores y faltas, pero nuestro peor crimen es el abandono de los niños, descuidando la fuente de vida. Muchas de las cosas que necesitamos pueden esperar, el niño no puede: ahora se le estan formando sus huesos, se esta haciendo su sangre y sus sentidos se estan desarrollando. A él no podemos decirle mañana. Su nombre es HOY".

Gabriela Mistral.

Mejorando la Nutrición Infantil: Recientes Experiencias Aplicables a Ecuador.

Por: Marcia Griffiths

Deseo compartir las opiniones y experiencias a nivel mundial y probar que se puede combatir la desnutrición con estrategias de bajo costo y al alcance de muchos, que se pueden manejar y mantener, y que permiten compartir responsabilidades entre el sector público y la comunidad. Estas experiencias se basan en el mejoramiento de las prácticas, de acciones rutinarias dentro de las familias. Como ejemplo claro de cambios de comportamiento, esta el programa piloto llevado a cabo en Indonesia, el cual fue evaluado en 1982. Este programa logró cambios significativos en el estado nutricional de niños menores de cinco años, cambios en la estructura basica de salud, sin distribución de alimentos ni ningún otro tipo de suministros, sino sólomente por medio del uso adecuado de materiales educativos.

El Caso de Indonesia

Indonesia es el quinto país más poblado del mundo. Su ingreso per capita esta muy por debajo de aquel de sus vecinos de Asia y las tasas de mortalidad son muy elevadas. Los problemas del Ecuador son muy similares a los encontrados en este país en ese entonces.

El proceso y desarrollo del programa en Indonesia se llevó a cabo en cuatro fases, que a pesar de no ser nuevas tienen pasos innovadores que ayudaron a mejorar el impacto, los cuales describiré brevemente.

Investigación cualitativa

El Gobierno de Indonesia está conciente de los graves problemas de desnutrición de su país. La desnutrición estaba presente en madres embarazadas; madres lactantes; niños de 0-4 meses; niños de 5-8 meses debido a la alimentación deficiente durante el destete; niños de 9-24 meses debido a la poca cantidad de comida que generaba deficiencia de vitamina A, bocio y diarreas.

Antes de iniciar el trabajo, el MSP exigió que las soluciones sean de bajo costo y que no debían crear dependencia de las familias en productos gratuitos donados por el estado o por el programa, sino ayudar a las familias a mejorar sus propias condiciones. De este modo, se diseñó una investigación formativa para ayudar a entender mejor las condiciones de vida de las familias.

En este punto se descubrió que las investigaciones cuantitativas no ayudaban a mejorar las prácticas, sino que debía precisarse cuáles prácticas, los problemas específicos existentes y la resistencia a cambiar.

Dentro de la investigación formativa se utilizaron técnicas antropológicas y de mercadeo social.

Se seleccionaron dos comunidades de cinco distritos de tres provincias. Se escogieron 10 comunidades basándose en criterios demográficos.

En cada provincia se seleccionó un equipo de investigadores que fueron capacitados en técnicas de investigación cualitativa y de nutrición.

En cada comunidad se entrevistó a informantes claves (parteras, dueños de tiendas), y luego se visitó aproximadamente 25 casas, de las cuales se seleccionaron 115 niños por edad y estado nutricional, ya que los niños de crecimiento retardado eran la población objeto.

Se mantuvieron charlas informales con las madres observando a su vez las prácticas alimentarias para con sus hijos y se les sugirió una dieta rica en vitaminas y proteínas a probarse durante un período de 24 horas.

Durante una reunión vespertina cada investigador decidió probar una o dos mejoras con relación a las prácticas. Por ejemplo: agregar aceite a la comida del niño, dar un plato más al día.

Posteriormente se analizó lo aprendido con las madres, ya que muchas veces una idea técnicamente buena, necesita muchos ajustes antes de ser puesta en práctica y aceptada por el público.

Formulación de la estrategia

Primeramente se definieron los grupos objeto que necesitan los mensajes y productos a ser promovidos. Las madres no eran iguales, variaban en cuanto a sus características e ideologías por lo cual se tuvo que dividir a la población en: madres lactantes, madres embarazadas, niños con diarrea, niños sanos menores de cinco años por grupos de edad.

Para llegar a la población se buscó el mejor medio. Para aquellas poblaciones que no tenían radio (el medio más difundido), se utilizó al "CADDER", que era la persona que estaba en contacto permanente con la comunidad.

Implementación

Se desarrollaron afiches de acción (láminas) para cada grupo poblacional, los cuales fueron entregado a las madres luego del monitoreo de crecimiento de sus hijos. Un ejemplo de los mensajes utilizados fue dar de los dos senos en cada lactada, pues se comprobó que daban solamente de uno, y se enfatizó en los alimentos de destete. Estos afiches comprometían a la madre a la acción, a intentar por lo menos, el cambio.

Se capacitó al CADDER en nutrición y comunicación, ya que es difícil llegar a la madre y a la comunidad.

Evaluación

Luego de 17 meses de implementación se llevó a cabo la evaluación cuantitativa. Se tomó una muestra de 1.000 niños, 600 en el area donde se desarrollaba el programa y 400 en una comunidad con características similares pero donde no había llegado el programa. Para la selección de esta última muestra se utilizaron 40 indicadores, los cuales fueron idénticos en ambos casos.

La mayor diferencia se encontró en el grupo de estudio, es decir en los que participaron en el programa. La evaluación midió el estado nutricional por peso-edad, talla-edad y peso-talla.

Los resultados fueron mucho más alentadores en la primera area que en la segunda, ya que un mayor número de niños del area del programa había recibido los alimentos recomendados. En el grupo de edad de 0-5 meses no existió un cambio sustancial, pero sí hubo variación en la curva de crecimiento en el grupo de 5-24 meses.

En el segundo grupo la curva de crecimiento se mantuvo horizontal a partir del quinto mes, a diferencia de los niños del primer grupo cuya curva se estanca a partir del séptimo mes. Con esto se demuestra que el alimento para destete ayudó a que el crecimiento de los niños del primer grupo se mantenga bien por más tiempo.

Dentro del grupo de 17-24 meses. Un 40% de los niños del area del programa mejoró su estado nutricional. De aquí surge una pregunta: ¿Se estaba llegando a los niños más desnutridos y necesitados? Se comprobó que un menor número de niños dentro del area del programa tenían un peso-edad bajo (menos del 75% de promedio estandar).

El Banco Mundial realizó otra evaluación independiente (evaluación externa) basandose en costos y factibilidad. El costo por beneficiario fue el más bajo para las seis intervenciones evaluadas en diferentes países del mundo. Se concluyó que el costo mínimo de educación nutricional en Indonesia fue muy atractivo y que puede ayudar a mejorar el estado nutricional y producir cambios positivos, es decir, que era algo factible.

Los programas de nutrición hasta el momento han enfocado sus acciones hacia: subsidios para alimentos básicos, entrega de alimentos y centros de recuperación nutricional. Sin embargo, estas estrategias han sido de alto costo y conllevan efectos secundarios no deseables: no perduran, no han demostrado muchos resultados positivos y mejoras en el estado nutricional, al no involucrar a las familias y no poner atención a sus prácticas rutinarias.

En resumen, se concluyó:

- o La investigación formativa cualitativa es fundamental para el diseño de un programa sensible a los requerimientos de la población beneficiaria.
- o La definición de una estrategia sencilla ayudó a guiar al programa, evitando que se involucre en actividades ajenas a los objetivos del mismo.

- o La división de grupos de población objeto ayudó a elaborar mensajes sencillos y aplicables a cada grupo.
- o La búsqueda de los medios masivos de mayor aceptación y el énfasis en trabajadores comunitarios ayudó al monitoreo de crecimiento y a la divulgación de los mensajes a la población indicada y en el tiempo apropiado.

Otras Experiencias

En República Dominicana e India se llevó a cabo un proyecto sobre prácticas alimentarias del niño durante el destete, con metodología similar a aquella del programa de Indonesia, cuya evaluación ayudó a mejorar esta metodología.

En el Ecuador el programa esta terminando su primera fase que es la investigación cualitativa, y esta entrando en la segunda fase que es la formulación de la estrategia. Este sera el objeto de los trabajos de grupo de este seminario/taller. Debe tomarse en cuenta que debe enfocarse a soluciones perdurables y de bajo costo.

Para esto hay que incorporar técnicas que ayudan a entender las prácticas alimentarias (aspiraciones, temores, actitudes). Sólo con un mayor entendimiento se pueden lograr metas perdurables en cuanto a modificación de prácticas.

En una reunión de expertos a nivel mundial se decidió modificar la metodología y separar la búsqueda de prácticas problemáticas, de la prueba de recomendaciones en cada hogar. Es así como se crean dos fases dentro de la investigación con el objeto de no mezclar la investigación pura con la participativa. De esta manera la metodología es más rápida. Una prueba de esto es que a IIDES le tomó solamente 7 meses llevar a cabo esta investigación. Hay que enfatizar que la investigación en Ecuador fue llevada a cabo enteramente por personal ecuatoriano, incluyendo el trabajo con grupos focales.

Comentarios y Discusión

- ¿Qué estrategias del programa de Indonesia se aplican al Ecuador?

El programa de Indonesia fue solamente un ejemplo. Este basó sus estrategias en el monitoreo de crecimiento, educación nutricional a nivel comunitario y mejoramiento de las prácticas alimentarias. El objeto de este Seminario/ Taller

es justamente definir las estrategias para el programa a aplicarse en el Ecuador.

- **¿Con qué criterio se incorporó las verduras (hojas verdes) en la alimentación del niño?**

Se incluyeron las verduras en la alimentación por su alto contenido de vitamina A, ya que se encontraron muchos niños ciegos debido a deficiencia de vitamina A. Se observó que la familia incluía verduras en su dieta pero no transmitía este hábito al niño. Ya que era una práctica familiar usual no fue difícil producir el cambio.

- **¿A qué edad se introduce aceite en la dieta del niño y en qué cantidad?**

Se recomienda solamente unas pocas gotas de aceite que ayuden a asimilar mejor las calorías y la vitamina A. Esto se recomienda al inicio del destete y de la introducción de otros alimentos.

- **¿Cuales son los indicadores básicos más importantes?**

Los indicadores usuales del estado nutricional: Peso/Edad, Peso/Talla, Talla/Edad, entre otros 40 indicadores. Sin embargo, aún se tiene dudas sobre si un programa educacional puede o no producir los cambios deseados. En este caso deben incluirse indicadores para evaluar este aspecto, pero debe enfatizarse en la medición de los cambios de prácticas.

- **¿Cuáles son las desventajas de esta metodología? ¿Existe un seguimiento?**

Si existe un seguimiento, sin embargo entre las desventajas se puede decir que el programa continúa pero sin tanto énfasis en cuanto a comunicación social. Muchas de las prácticas recomendadas están ya incorporadas al programa nacional, como es el aconsejar a las madres durante el monitoreo de crecimiento de sus hijos, ya que la madre está más propicia a cambiar cuando ve que una mala práctica afecta la salud de su hijo.

- **¿Cual fue el número de beneficiarios del proyecto piloto y su costo?**

Aproximadamente 250.000 niños menores de cinco años. El costo en base a los cálculos del Banco Mundial fue de menos de 2.00 dolares por niño, y 5.00 dolares por niño con estado nutricional mejorado, a diferencia de los programas de distribución de alimentos cuyos costos variaron de USD 32 a 60 por niño.

- **¿Qué experiencias resultaron de la educación en nutrición?**

Fueron muchas las experiencias pero estas aún no han sido evaluadas en varios países. La mejor experiencia es el programa llevado a cabo en Swazilandia, donde se desarrolló un módulo de materiales para capacitación que logró cambios sustanciales al incluir este módulo dentro del programa de alfabetización.

- **¿Las personas que se introdujeron dentro de la comunidad, fueron voluntarios o tuvieron un aliciente económico?**

Los CADDER son parte del programa nacional de salud y trabajan sin remuneración; son parte de la cultura, trabajan para la comunidad. Por esta misma razón existe un alto grado de deserción por lo cual aumentan los costos de re-adiestramiento del personal. Sin embargo se ha comprobado que el programa de monitoreo de crecimiento sí está marchando en manos de la comunidad.

- **¿Cómo se escogieron las familias que participaron en la investigación?**

Todas las familias que participaron estaban involucradas en el programa de planificación familiar y/o el programa nacional de nutrición. Es muy evidente el cambio cuando existe un componente muy fuerte de educación nutricional, ya que el mejoramiento del estado nutricional es mucho mayor.

- **¿Cuales fueron las características de las madres de la muestra?. ¿Trabajaban dentro o fuera del hogar?**

Hubieron comunidades semi-urbanas donde las madres trabajaban fuera del hogar 10-12 horas, y areas rurales donde la madre se dedicaba a la agricultura pero sólomente 2-3 horas en la mañana y tarde. El número de madres que trabajaban fue igual en ambos grupos, tanto en el area de estudio como en el de comparación.

- **¿Cuales fueron las experiencias con el padre de familia, la estructura familiar y los mecanismos sociales óptimos para que se produzca el cambio? ¿Cual fue la organización política que se utilizó?**

El padre no se tomó en cuenta en este estudio, aunque los resultados pudieron haber sido mejores si se hacía esto. Se ha demostrado en otros proyectos que el padre tiene un rol significativo sobre la alimentación del niño, específicamente en cuanto a la decisión de qué come el niño. Actualmente se intenta involucrar al padre dentro del programa, por lo cual se desarrollaran mensajes dirigidos a él.

La organización política dentro de la comunidad es muy fuerte, ya que se trabaja con la infraestructura del Estado. No se puede entrar en la comunidad sin la aprobación del líder de la comunidad, y el Consejo de la Comunidad dirigió casi todas las actividades.

Metodología y Muestreo de la Investigación

Por: Maria Elena Acosta

Metodología

La metodología seguida para llevar a cabo la investigación cualitativa sobre nutrición y prácticas alimentarias. Se denomina formativa porque ayuda a la formulación de Programas de Educación Nutricional.

El Programa de Mejoramiento de las Prácticas Alimentarias en niños pequeños, al igual que otros programas comprende 4 etapas:

- 1) Investigación
- 2) Diseño de Estrategia
- 3) Implementación
- 4) Evaluación

La investigación, es de tipo cualitativa y como tal tiene las siguientes características:

- o Complementa las investigaciones cuantitativas, no la reemplaza, unicamente profundiza en algunos aspectos.
- o Permite formular programas de Educación, razón por la cual se la conoce también con el nombre de investigación FORMATIVA.
- o Requiere de un período corto de tiempo en el campo y una muestra pequeña; esto último porque los casos son cuidadosamente seleccionados y las entrevistas son a profundidad.
- o Cada fase es diseñada en base a los resultados de la fase anterior.

La metodología seguida en el Ecuador, constituye un aporte para mejorar la fase de investigación, al momento de formular cualquier tipo de programa de educación, especialmente en las áreas de Salud y Nutrición, a nivel internacional.

La investigación cualitativa, realizada en el Ecuador fue diseñada en 4 fases:

Primera Fase: Diagnóstico

Se realizó primeramente una revisión documental de la información cuantitativa disponible en el país, la cual orientó la primera fase de la investigación cualitativa que se denominó "Identificación del Problema".

La identificación del problema, se ejecutó mediante entrevistas a profundidad, durante las cuales se utilizaron técnicas de investigación antropológicas, nutricionales y de mercadeo social. Para esta fase, se llevaron a cabo dos visitas en cada hogar, de tres horas o más de duración cada una de ellas, combinándose la entrevista con la observación de las prácticas en la alimentación de los niños.

Segunda Fase: Análisis

De la información recolectada en las entrevistas al hogar. Los datos fueron analizados por región (Costa, Sierra, Oriente), área (Urbano, Rural), etnicidad (negros e indígenas) y por estado nutricional de los niños. En base a los resultados del análisis, se definieron los conceptos o recomendaciones a probarse en la fase siguiente.

Tercera Fase: Prueba de Conceptos

Consistió en la prueba de recomendaciones, prueba que se realizó en los hogares y fué ampliada con discusiones en grupos focales.

La prueba a nivel de hogares se realizó a través de dos visitas. En la primera se solicitó a la madre probar las recomendaciones por tres días, al cabo de los cuales se volvió para observar los resultados de la prueba de cada concepto.

Los grupos focales se realizaron para ampliar los resultados de la prueba en hogares y detectar las resistencias al cambio de prácticas. Los grupos estuvieron constituidos en promedio por ocho participantes, los cuales tenían características comunes, las mencionaremos posteriormente.

Cuarta Fase: Análisis Global

Durante esta fase se realizó el análisis global y final de toda la información recolectada, cuyos resultados se encuentra en el informe a ustedes entregados y que sera presentados posteriormente por la Dra. Yolanda de Grijalva.

Muestra

En cuanto a la muestra nos referiremos primeramente a la utilizada para las entrevistas en el hogar y posteriormente a la muestra utilizada para los grupos focales. Para la selección de los casos que serian entrevistados en el hogar se utilizaron los siguientes criterios:

- Ubicación Geográfica: Costa, Sierra, Oriente/norte, sur.
- Demografía: Densidad poblacional
- Etnicidad: Mestizos, negros, indígenas
- Migración

Selección de Provincias, Parroquias y Localidades

En base a los criterios mencionados, se seleccionaron las siguientes provincias y localidades:

- . Esmeraldas Parroquia Viche y comunidad El Roto
- . Guayas Parroquia Febres Cordero de Guayaquil, en el sector entre la 17 y 21 y Gómez Rendón, y el sector de El Cisne 2, cerca del estero de El Muerto. Ambos son sectores urbano marginales.
Parroquia Lomas de Sargentillo, rural.
- . Napo Parroquia de Misahualli, zona de migrantes pero que también posee población indígena, especialmente en las comunidades aledañas.
- . Pichincha Parroquia de Chillogallo, urbano marginal, barrio Santa Rita de Quito, que es una zona de muchos contrastes, encontrándose desde avenidas hasta grandes extensiones de terrenos baldíos.
Parroquia San José de Minas; Rural se trabajó tanto en el centro de la población como en las comunidades de la Chonta y la Playa.
- . Chimborazo Parroquia de Palmira rural, comunidad de San Miguel de Pumachaca, que es netamente indígena.
- . Azuay Parroquia Huaynacapac en Cuenca; barrios La Gloria que es urbana y Mal Paso que es urbano marginal.
Parroquia Nobón y el sector Las Rosas con las características rurales.
- . Loja Parroquia Nambacola que es rural.

La Selección de Familias

Para la selección de familias, se contó con la participación del personal de los Centros y Subcentros de Salud.

Para la fase de Diagnóstico, el personal de salud seleccionó 45 familias al azar, bajo los siguientes requisitos:

- . Tener niños menores de 2 años.
- . Disponer del estado nutricional del niño identificado.

De las 45 familias identificadas, se seleccionaron 130, clasificados en los siguientes grupos de edad:

Grupo de edad	Total niños	Total desnutridos	Total Normales
0-4 meses	24	7	17
5-9 meses	41	23	18
10-18 meses	43	33	10
19-24 meses	22	13	9

TOTAL	130	76	54
=====			

La "Prueba de Conceptos en hogares", se realizó en las mismas familias estudiadas en la primera fase, sin embargo existieron algunos casos en los cuales no se encontraron a las familias y fueron reemplazadas con otras con características similares. Para esta fase se estudiaron 127 niños.

Los grupos focales fueron realizados en:

- o Las mismas comunidades donde se trabajó a nivel de hogar.
- o Otras comunidades: Se escogió Machala, Loja (por su representatividad del sur del país), Ibarra (por su representatividad del norte), Gonzalez Suárez (localidad indígena) para confirmar los datos de San Miguel de Pumachaca, en Guayaquil el plan piloto (con padres), en Quito, la Magdalena y Cotacollao (con padres).

La segmentación de las audiencias se hizo tomando en cuenta a las madres embarazadas, para conocer sus aspiraciones para el futuro niño y las prácticas de lactancia; madres con niños menores de dos años que fué el grupo de mayor reto para modificar su estado nutricional; madres de clase alta, para saber los conceptos de alimentación infantil que ellas tenían; padres de

niños menores de dos años, para conocer sus papeles en cuanto a la alimentación de sus hijos; personal de salud de maternidades, para conocer sus percepciones de alimentación infantil, destete, calostro, etc.

Los grupos realizados en la Sierra y Costa fueron:

- . Cinco grupos de madres embarazadas.
- . Dos de niños menores de dos años.
- . Dos de madres de clase alta.
- . Dos del grupo de padres en Quito y Guayaquil.
- . Dos del grupo del personal de salud de Quito y Guayaquil.

Dentro de las provincias en las que se trabajó en el presente proyecto, no se incluyeron las provincias de Manabí y Cotopaxi, por haber sido estudiadas en el proyecto piloto y por ende, disponer de la información suficiente, la misma que se incorporó a los resultados generales.

Comentarios y Discusión

- ¿Por qué el número de desnutridos, aumenta en el tercer grupo y disminuye en el cuarto grupo (etéreo). Por qué no se mantiene?.

Los datos presentados, no sirven para determinar prevalencia de desnutrición, porque, fueron seleccionados en base al estado nutricional precisamente; se seleccionaron dos niños desnutridos, por cada niño normal. Se seleccionaron más desnutridos porque ellos serán el grupo objetivo de un programa de educación nutricional. Sin embargo, es importante anotar que en la mayoría de las comunidades, fue muy difícil encontrar niños desnutridos en las primeras edades (menores de cuatro meses).

- La permanencia de tres horas por visita, en cada hogar, no fue demasiado? ¿Cómo lo lograron?.

Se utilizaron diversas técnicas para lograr permanecer dentro del hogar por tiempos prolongados, una de ellas, fue el integrarse a las actividades de cada hogar; por ejemplo si la mamá cocinaba, los investigadores la ayudaban.

En muchas de las ocasiones mientras se participaba de este tipo de actividades, se realizaba parte de la entrevista, utilizando grabadoras (esto siempre con la aprobación de la madre); y se observaba, a la vez, algunas de las prácticas de alimentación de los niños, el microambiente, higiene, pertenencias en el hogar, rol del padre y otros familiares.

Fue difícil, pero afortunadamente hubo una buena aceptación de las madres porque se les explicó el propósito de la visita, y las implicaciones de su ayuda para otras madres.

En algunos casos para la primera visita se tuvo que contar con la aprobación del padre pero para las siguientes, las familias ya esperaban al investigador que fue siempre bien recibido.

En mi opinión lo más difícil fue que algunos de los investigadores se adapten a los hábitos de las familias.

- **¿Por que razón no se contó con investigadores bilingües?.**

Originalmente se exigió este requisito, pero fue muy difícil encontrar a una persona que llenara también los otros requisitos.

Afortunadamente, todas las familias hablaban español, únicamente en la comunidad indígena los padres de familia sirvieron como interpretes, pues las madres hablaban español sólo con la aprobación del marido. Para la fase de prueba de conceptos se logró que todas las madres hablaran en español. En todo el trabajo se contó con la invalorable colaboración de la auxiliar de enfermería de Palmira que es bilingüe y que tiene mucha aceptación en la comunidad.

- **¿Qué tipo de homogeneidad se encontró en los Grupos Focales si los participantes fueron de distinto estrato social?.**

En cada uno de los grupos, los participantes tenían características comunes como: tener niños menores de dos años, estar embarazadas, vivir en un mismo sector, trabajar como personal de salud.

Con cada uno de estos grupos se profundizó en sus prácticas de alimentación, con sus hijos, para así conocer las semejanzas y diferencias entre los diferentes grupos.

- **¿Hasta qué punto fue homogénea la información recolectada por los distintos investigadores?.**

El personal que recolectó la información fue multidisciplinario y fue capacitado para aprovechar cada una de sus destrezas. Se les capacitó para observar, hacer entrevistas,

dar recomendaciones, es decir, se trató de estandarizar al personal y así estandarizar la información recolectada.

Además despues de cada jornada de trabajo (en las noches) se discutía cada uno de los casos visitados y se hacían las sugerencias pertinentes para que la información recolectada sea la necesaria.

Resultados de la Investigación

Por: Yolanda de Grijalva

La investigación, se centró en tres fases:

1. Identificación del problema.- Prácticas reales de niños menores de dos años, para lo cual se utilizaron técnicas de investigación antropológicas, nutricionales y de mercadeo social.
2. Análisis del problema y formulación de los conceptos, recomendaciones y consejos a las madres.
3. Prueba de conceptos con familias a nivel de hogar y discusiones con grupos focales, para conocer las resistencias y factibilidad de poner en práctica las recomendaciones.
4. Análisis final cuyos resultados servirían para formular la estrategia.

Los resultados se dividen de acuerdo a:

Ambiente

Es importante porque provee los antecedentes generales para mejorar las prácticas alimentarias y da una idea de la factibilidad de las intervenciones.

La mayoría de las familias son nucleares (padre, madre, hijo, y otras son extendidas (padre, madre, hijo, abuelo, abuela, tío, etc...) y la mayor parte de las madres tienen 2 a 3 niños menores de cinco años a los que tenían que cuidar.

Se trabajó en estratos medios bajos y bajos, donde los ingresos monetarios son mínimos y provienen del sector no formal.

La mayoría de las familias tenían disponibilidad de alimentos. Esta disponibilidad fue menor en las áreas urbanas de la costa en

donde, por el clima, se hace la compra de alimentos a diario. En las áreas indígenas hubo una deficiencia, especialmente de fuentes de proteínas. Uno de cada seis padres eran analfabetos (en el área indígena).

En relación con las Actitudes y Percepciones de las madres, ellas se autocalifican como muy ocupadas. En la Sierra, en poblaciones indígenas, las madres trabajan de 16 a 17 horas diarias. En las áreas urbanas la mayoría de madres trabajan fuera del hogar. Todas afirmaron que pasan mucho tiempo cuidando a sus niños.

Existe fatalismo y apatía. Las madres de niños desnutridos dicen que son pobres y que así están conformes. Las madres tienen poco poder de decisión en cuanto a la alimentación de sus niños. Desde el nacimiento el niño decide lo que quiere o no quiere comer. Hay una total falta de indicadores para medir el crecimiento y desarrollo del niño. Algunas enfermedades son consideradas como normales y no como una situación que puede prevenirse. Muchas madres son de la opinión de que sus niños nacieron enfermos o sanos. Esto demuestra que no existe un conocimiento de la relación entre salud y nutrición.

En cuanto al acceso a la información para aprender y conocer algo sobre la salud de los niños, se ha observado que la mayoría de los hogares tienen radio y en aquellas localidades donde no existe luz, tienen radio de pilas. Ej: San Miguel de Pumachaca.

Las organizaciones comunitarias, a más de la Iglesia, no son fuertes a excepción de algunas comunidades indígenas donde la organización es perfecta. El médico y personal de salud son voces autorizadas en cuanto a alimentación infantil, pero las familias utilizan varios medios para el cuidado de su salud como son: médicos privados, boticarios, curanderos, comadronas). Los servicios públicos no tienen mucho prestigio.

Conclusión:

Hay la posibilidad de que las madres mejoren el estado nutricional de sus hijos por sí mismas, si las recomendaciones que se les da involucran costos mínimos, utiliza preparaciones de la familia, no requieran mucho tiempo y son fáciles de preparar. El programa de Educación Nutricional debe indicar que el futuro de los niños depende de que los padres hagan algo por ellos hoy. Para esto debe involucrarse también al padre y aumentar la confianza de la madre. Debe enseñarse la relación entre salud y crecimiento, promoverse el monitoreo de crecimiento. Se comprobó que las madres se entusiasmaban mucho y querían hacer más cuando comprobaban que su niño subía de peso, que la curva de crecimiento iba hacia arriba. Para esto debe utilizarse la voz autorizada del médico, especialmente del pediatra, por su acep-

tación a todo nivel, por lo cual los médicos deben ser capacitados.

Situación Nutricional y Prácticas Alimentarias:

Para determinar la situación general y las prácticas reales de los niños se los agrupó en cinco grupos: 0-3 meses.

La mayoría de los niños menores de 4 meses estaban bien nutridos a pesar de que en otros estudios se ha reportado un deterioro del crecimiento intrauterino. Fue difícil encontrar niños desnutridos en este grupo de edad, tomando en cuenta que se consideró el percentil 10 de los patrones de referencia del NCHS, como el límite entre normalidad y desnutrición. En cuanto a las prácticas, todo depende de, en dónde la madre dé a luz, (en el hospital o en la casa) ya que en los hospitales hay una práctica de alimentación pre lacteada y en casi todas las maternidades, con excepción de la Maternidad Isidro Ayora en Quito y la Santa Marianita en Guayaquil, dan biberón al recién nacido, inclusive en la provincia de Chimborazo que tiene las tasas más altas de desnutrición en el país.

La mayoría de las madres comienza la lactancia pasadas las 24-48 horas. Cuando dan a luz en la casa comienzan la lactancia de inmediato. Además, la mayoría da el calostro, que llaman la primera leche. Todos los niños reciben leche materna o la recibieron alguna vez. La mayoría la reciben a demanda (cuando el niño quiere). Muchos lactan de un solo seno en cada lactada y una cuarta parte de madres dicen que tienen poca leche. La mayoría de los niños reciben aguas aromáticas y la introducción de otros alimentos comienza a los cuatro meses, en la mayoría de casos por consejo médico (1/2 cucharadita de jugo o caldo). Un tercio recibe biberón.

En la costa y en las áreas urbanas, el destete es más temprano y el uso del biberón más común; se encontró que inclusive poblaciones indígenas en Chimborazo utilizan biberón.

4-6 meses:

Muchos de los niños estaban todavía bien nutridos, pero a esta edad se inicia el deterioro del Estado Nutricional. Hay una falta de consumo de calorías, la prevalencia de enfermedades es de un 14% según las madres. La mayoría recibe leche materna pero la práctica no es óptima, es decir que da menos veces, da de un sólo seno en cada lactada, da el seno poco tiempo. 3/4 del total de niños estaban en proceso de destete y los alimentos se los daba licuados, por medio del biberón, y en cantidades pequeñas por miedo a que le haga daño. No existen comidas especiales para el

destete, y los niños bien nutridos son aquellos que comen más veces, participan de la comida familiar y reciben entrecomidas.

7-9 meses:

Se encontraron algunos niños bien nutridos pero fue más fácil encontrar niños desnutridos, especialmente en las áreas rurales de la Sierra. La morbilidad llega a un 15% según versiones de las madres, pero los episodios de enfermedad duran más tiempo. El consumo de nutrientes es limitado (se ingieren menos calorías, proteínas y hierro), la mayoría recibían leche materna pero sólo como entretenimiento y pocas veces (2, 3 veces). Los alimentos complementarios que recibían eran de consistencia líquida (aguadas), y a los 9 meses comen un pedacito de pan, papa o plátano. Al dejar de dar el seno empiezan a dar el biberón en más de la mitad de los casos. Se observó que el niño no es tomado en cuenta como miembro de la familia. Comen una comida familiar ó 1-2 entrecomidas y si no quieren comer no se les insiste.

10-12 meses:

La desnutrición afecta a muchos niños al final del primer año de vida. La morbilidad llega hasta un 20% y la curva de crecimiento se vuelve horizontal. Se observó que ningún niño tuvo un consumo adecuado de calorías y la mitad tenía deficiencia de proteínas. Se había ya completado el período de destete y aquellos que aprendieron a comer desde temprana edad comen de todo, mientras otros empiezan recién a comer. La mayoría sigue comiendo con consistencia líquida pero casi todos tenían su propio plato, aunque de distinto tamaño, lo que hace necesaria una estandarización. La mitad de los niños toman biberón y los niños bien nutridos comen más variado, comen 2-3 comidas familiares y una entrecomida. La anorexia (falta de apetito) es un problema grave. Los niños comen solos y no comparten el tiempo de comida familiar, comen alimentos chatarra no óptimos nutricionalmente como café, colas, etc.

13-24 meses:

Existe un alto porcentaje de desnutrición, la morbilidad llega a un 30% y los períodos de enfermedad tienen mayor duración. Casi todos los niños tienen una deficiencia de calorías y la mitad tiene una deficiencia severa. Dos tercios tiene una adecuación baja de proteínas, un tercio sigue con leche materna (en áreas rurales) sin embargo la lactancia no es óptima, la mayoría toman biberón. Comen de todo pero poco, los alimentos son de consistencia líquida y escasos (comen 2-3 veces), comen alimentos chatarra para las entrecomidas; los niños comen solos por lo cual desperdician la mayor parte de lo que consumen. Los niños enfermos con diarrea e IRA siguen recibiendo leche materna, pero si la diarrea es causada por un nuevo embarazo las madres

suspenden el seno.

Durante la enfermedad del niño siguen dando biberón aunque saben que ésto es causa de diarrea. Hacen cambios drásticos en la alimentación lo cual origina estados lamentables, quitan el seco y no dan grasas; si vomitan no les dan de comer y a veces por consejo médico suspenden totalmente la alimentación.

Conclusión:

Las prácticas de la lactancia varían según el lugar en donde las madres dan a luz. Por lo expuesto anteriormente, hay una marcada dependencia del uso del biberón.

Las normas de alimentación de los recién nacidos en hospitales determinan que, luego de nacer el niño no recibe alimentación alguna por 2 horas, pasadas las cuales se le realiza una prueba de tolerancia oral con destrozado en biberón. Si la prueba es positiva se lo alimenta con leche en polvo, por medio de biberón, cada 2-3 horas.

Posteriormente, sus primeros alimentos aparte de la leche materna, tienen una consistencia líquida (aguas, sopas, caldos) por indicación médica. Hay una creencia de que todos los nutrientes son hidrosolubles, lo cual no es verdad. Los niños comen muy poco del "seco" ya que hay un marcado temor a que les "haga daño". No se integra a los niños a la comida familiar, no reciben suficiente atención por parte de la madre, quienes no les estimulan para comer; el niño decide lo que quiere o no quiere comer, lo cual la mayoría de las veces es inadecuado; las madres no vigilan la dieta de sus niños sanos o enfermos.

Prueba de Conceptos en hogares y a través de grupos focales

Resumen de las Recomendaciones:

- o Quitar el biberón en todas las edades.
- o Iniciar la lactancia inmediatamente después del parto, y dar el calostro (o primera leche). A este respecto se sugiere utilizar el término "primera leche", porque las madres entienden calostro como la leche de las vacas, por lo que pudieran confundirse.
- o Practicar una lactancia adecuada u óptima: dar a demanda o de acuerdo a la necesidad, dar 10 minutos de cada seno, siempre los dos senos en cada lactada y dar de 6 a 8 veces en 24 horas.

o Se indicó la cantidad que debía comer en cada edad:

4 meses.- 4 a 10 cucharaditas cada vez. Estaban acostumbradas a dar media cucharadita, por lo cual las madres se sorprendieron gratamente cuando vieron cuánto podía comer el niño. Encontraron que los niños verdaderamente se "morían del hambre".

. 7-9 meses.- Medio plato estandarizado (240 cc.)

. 10-12 meses.- 3/4 de plato.

. 1 año.- 1 plato lleno de sal y 1 taza de dulce.

o En cuanto al número de veces se recomendó que se alimente al niño las veces que come la familia y aumentar entre comidas según su edad.

Factibilidad para Mejorar las Prácticas:

Debe promoverse la leche materna, iniciar la lactancia temprano, para lo cual se debe modificar las normas de las maternidades. Hay mucho temor por parte de las madres, de que no tienen suficiente leche. En cuanto a la lactancia hay reacciones positivas y negativas: unas dijeron que si están dispuestas a practicar la lactancia, por conocer su importancia; otras dijeron que no porque les quitaba mucho tiempo o porque era costumbre. Las madres están de acuerdo en que deben estar bien nutridas para dar de lactar. Hubo creencia de que el seno ayuda a que se duerman y que debe dársele al niño sólo si él lo quiere.

Además, debe modificarse las prácticas y actitudes de los médicos en cuanto al biberón. Los mensajes deben llegar también a los padres que tienen influencia en la alimentación de los niños, y debe promoverse los alimentos espesos, no licuados, ya que si se hace esto último automáticamente se los administra en el biberón. Debe enseñarse a las madres la técnica para alimentar al niño con cuchara, ya que muchas ponen el alimento en la punta de la lengua lo cual obliga que el niño escupa; debe introducirse la cuchara hasta el centro de la lengua.

Fomentarse la preparación de comidas especiales para el niño, basadas en los alimentos que ya son hábito de la familia. Reforzar la utilización de las preparaciones de ALIDE4, ALISAN y FUERSAN que son fáciles de preparar y son ricos en nutrientes. Estas preparaciones tienen los siguientes valores nutritivos:

o ALIDE (Alimento de destete para los 4 meses)

- . puré (260 calorías, 10.2 g. de proteína)
- . rallado de plátano (165 calorías, 2.5 g. proteína)

- o ALISAN (Alimento sano)
 - . tallarín con tomate (331 calorías, 14.7 gms.proteína)
 - . sango de pescado (252 calorías, 9.5 grms. proteína)
 - . arroz verde (342 calorías, 10.9 grms.proteína)
- o FUERSAN (Alimento para que los niños crezcan sanos)
La porción de 100 grms. tiene 395 calorías y 13.5 grms. de proteína).

Conclusión y Recomendación General:

El programa podría producir un posible impacto en la salud de la mayoría de los niños, con mejoramiento de las prácticas alimentarias en base a lo observado.

Comentarios y Discusión:

- "El problema nutricional se debe a muchas causas que ya se han discutido, pero en cuanto a las prácticas alimentarias, se hablaba de que en algunos hospitales no se siguen las normas establecidas para incentivar la lactancia materna. Realmente el manejo del niño con problemas tiene otro tipo de normas y además porque no nos ponemos de acuerdo en las normas.

Se señaló también que se debe dar los alimentos por cucharitas según las edades, eso es muy importante en el área rural, pero para áreas hospitalarias, no podemos admitir esas prácticas.

En lo que se refiere a niños enfermos con diarrea, se decía que hay que dar el seno, ahora se dice que incluso hay que dar el seno al niño cuando la madre está embarazada.

El manejo especial que debe darse al desnutrido hospitalizado, desde el punto de vista terapéutico, es líquidos, electrolitos y antibióticos; requiere también una preparación evidentemente técnica y una asistencia diaria del equipo de salud".

Si alguna persona del auditorio desea contestar a este comentario por favor?

- "Yo creo que hay un error de planteamiento. En primer lugar una cosa es el área hospitalaria y otra la que se está discutiendo aquí. Es asunto profiláctico de los niños porque muy bien sabemos hay diversos estratos sociales y la alimentación va a ser completamente diferente en niveles socio-económicos altos con relación a las áreas rurales.

- El planteamiento en los hospitales es otra cosa completamente diferente, porque son niños que están enfermos (enfermedades intestinales o enfermedades respiratorias, etc), el tratamiento nutricional va a ser diferente porque vamos a tener niños que entran con problemas gastrointestinales y tienen intolerancia a la lactosa y no vamos a emplear la alimentación que estamos hablando este momento. Yo creo que eso es fundamental. Gracias".

Hay algunos aspectos sociales a los que hacía referencia el Dr. Muñoz que fueron tomados dentro de la investigación. La cuestión de los niños hospitalizados lógicamente es diferente y el Dr. Muñoz estaba bastante claro. Es importante que también tomemos en cuenta las normas hospitalarias y otros aspectos que inciden en la alimentación del niño: la paternidad responsable, etc".

- ¿Por qué se recomienda la manteca de color, si actualmente se está tratando de abolir su consumo aún en los adultos? ¿Por qué no se recomienda mejor aceite?.

Lo que nosotros hicimos es aprovechar lo que las mamás tenían en su casa. Cuando recomendamos manteca de color, se está refiriendo a la 'color' hecha con aceite. No estamos recomendando la manteca de choncho. Indicamos que no se quite el aceite cuando dé la comida al niño, con el fin de mejorar la concentración de energía.

- "Quisiera hacer algunos comentarios de los resultados que Ud. ha presentado. En primer lugar que se modifique el término de alimentación de "destete" porque eso podría estar significando la supresión de la alimentación materna; mejor debería utilizarse el término de "dieta complementaria" porque esta significando que a más de la alimentación materna que el niño debe recibir, se debe agregar otra alimentación en forma paulatina".

Desde el punto de vista fisiológico debe manifestarse que la introducción de alimentos variados para iniciar el destete, no es lo más correcto; la alimentación del niño debe ser lenta y progresiva, a fin de que el organismo justamente vaya preparándose, vaya ajustándose a la introducción de nuevos alimentos.

En lo que respecta al término de anorexia, todos los presentes saben que es una falsa anorexia. Lo que sucede es que el niño no quiere comer la comida porque simplemente recibe cinco, seis, siete tetas al día y a más de eso toma líquidos en abundancia; por eso, cuando llega la hora del almuerzo o merienda tiene el estómago lleno y un estómago lleno es un estómago inapetente".

Son interesantes los comentarios del Doctor; estamos de acuerdo en todos los aspectos que ha planteado. Respecto al término de "alimentación complementaria", ustedes tienen la palabra para poderlo cambiar, no hay problema.

- "En la mañana, en la intervención del Señor Ministro, se decía que la desnutrición no sólo tiene un tinte biológico sino intelectual. Yo creo que se debe tomar en cuenta la observación del desarrollo psicomotor de esos niños en esa edad. Se tomó en cuenta este aspecto en el estudio?".

Estoy de acuerdo en lo que acaba de decir el doctor, que el crecimiento físico va paralelo al desarrollo psicomotor y la desnutrición produce deterioro tanto en el crecimiento físico como en el desarrollo intelectual. En la investigación se tomó en cuenta sólo el crecimiento físico. Desafortunadamente no se cuentan con parámetros claros como para decir, en base al desarrollo psicomotor, si un niño es desnutrido o no. Obviamente estamos de acuerdo y se conoce que si el niño no crece físicamente en los primeros meses y años de vida, su deterioro, especialmente en destrezas psicomotoras, también están presentes.

- ¿Por qué se circunscribió el estudio al niño menor de dos años? Creo que las embarazadas y lactantes tienen importancia también.

Dentro del proyecto piloto realizado en las provincias de Manabí y Cotopaxi, se trabajó con madres embarazadas, lactantes y niños menores de cinco años, pero para este trabajo se enfocó el programa hacia niños menores de dos años. Esto no se debió al desconocimiento de la importancia de otras edades, de otros períodos y ciclos fisiológicos, sino al deseo de analizar a los niños que están naciendo y creciendo en este momento, en sus primeros años. Se quiere asegurar su crecimiento adecuado para que cuando sean adolescentes, mayores y adultos, estén en mejores condiciones que la actual generación. Asimismo, la alimentación de la madre es fundamental porque se debe trabajar desde la concepción del niño.

- ¿Qué podemos hacer para quitar el hábito del biberón? ya que las madres, por distintos motivos, acuden a este recurso, se ha hecho una costumbre bastante arraigada en las capas sociales, no solamente de la clase alta sino de la media y baja también.

Yo comparto el criterio de que se debe tratar de eliminar el uso del biberón. Mi pregunta es ¿Cómo? y se la formuló a los presentes, a los participantes que mañana escogieran la estrategia más adecuada para hacerlo. La crisis económica es evidente, por tanto se debe optimizar lo poco que tiene la familia ecuatoriana. Se ha observado el uso de biberón y leche de tarro en el área de la Costa, Sierra y Oriente, en hogares pobrísimo, miserables, donde no había ninguna otra cosa para comer. Además se encontraron grandes cantidades de medicamentos en estos mismos hogares, los cuales no servían y eran muy costosos.

- "Doctora, me parece que debemos recalcar dos cosas muy importantes en el trabajo que se ha realizado: 1) el poder visitar los hogares de nuestros conciudadanos, y 2) ayudarlos a resolver los problemas por sus propios medios, según los recursos de cada estrato socio-económico. Es de mi parecer que la mala alimentación existe en los estratos socio-económicos altos y bajos. Lo importante es enseñar a la madre varias alternativas para alimentar a sus hijos, con el fin de que ella no escoja la opción de alimentarlo con biberón (que seguramente cree que es más cómodo). Puede administrarse el alimento con taza y cuchara, de la misma manera con que se administra en biberón".

Yo creo que una de las formas para contrarrestar el uso del biberón es, en primer lugar, conociendo mejor cuáles son los beneficios que produce la alimentación del pecho, convirtiéndonos de esta manera en apóstoles que enseñaran al resto de sus semejantes. Considero que cuando la señora es primeriza, no puede dar más de cinco minutos cada seno sin el riesgo de que se produzca una maseración de los pezones que puede llevar a complicaciones más serias.

En lo que se refiere a dar los dos pechos, también estoy de acuerdo ya que esto asegura una lactancia adecuada y fomenta los altos niveles de prolactina. Sin embargo, no estoy de acuerdo en iniciar el destete a los cuatro meses, porque la coordinación neuromuscular entre succión y deglución no se produce hasta antes del quinto mes de vida".

"Mi pregunta está relacionada con el uso de una comunidad tipo para estructurar un componente educativo homogéneo. Una comunidad tipo sería la que represente a la mayoría de la población ecuatoriana, e intervenir en la conducta de la

mayoría, pero tengo una inquietud en la estructuración de una comunidad tipo para trabajar con grupos focales. Por cuanto, es para todos conocido la heterogeneidad de la población tanto cultural como económica. Enfocando el problema alimentario, pienso que deben enfocarse las prácticas alimentarias hacia el entorno cultural global, ya que los hábitos alimenticios son parte de la cultura. ¿Cómo se identificaron las comunidades tipo?"

No se identificaron comunidades tipo, pero se observó que dentro de la vastísima complejidad de los hábitos alimentarios existen hábitos universales. Pueden también existir hábitos específicos entre los miembros de una misma familia. Hay un enorme variación por lo cual es realmente muy difícil introducirse en cada uno de los hábitos. Se identificaron los hábitos más usuales, aquellos que podían aplicarse a otras zonas, se observaron las diferencias y semejanzas.

- "Me voy a referir al un sector de la provincia de Tungurahua, tres parroquias rurales en donde es muy raro que se encuentre el uso del biberón. ¿Si se mantiene este tipo de alimentación exclusivamente con seno materno y se comienza a introducir sólidos a partir de los seis meses de edad, por qué en esta edad se inicia un descenso en la curva de crecimiento?"

Si se inicia la introducción de alimentos a los seis meses e igualmente empieza a declinar la curva de crecimiento, es porque el niño no esta recibiendo suficiente alimentación. Una de las causas puede ser la morbilidad frecuente que consume toda la ingesta de nutrientes; otra causa pudiera ser que el niño no recibe el alimento en cantidad suficiente.

- "Hay que tomar en cuenta la diferencia de las comunidades de la Sierra, Costa y Oriente para llevar a cabo la educación. Este Seminario se llama "Nuevas Estrategias de Alimentación Infantil" y una de las estrategias es educación nutricional.

Pienso que debemos ponernos de acuerdo en cómo van a enfocarse estas estrategias, ya que los aspectos étnicos y socio-culturales de las comunidades difieren en las tres regiones. Entiendo que habrá que buscar estrategias para tratar de que los mensajes lleguen a la totalidad de la población, y creo que se debe hacer una programación nacional".

Ruego a los participantes tomar en cuenta esta última sugerencia para los trabajos de grupo del día del mañana".

CAPITULO II

RESUMEN DE LOS TRABAJOS DE GRUPO

Durante el segundo día del Seminario Taller se formaron nueve grupos de trabajo con el propósito de delinear las acciones prioritarias para el mejoramiento de la nutrición infantil.

Cada uno de los grupos se conformó de acuerdo al trabajo que desempeñaban los participantes con el fin de que al tener criterios en común se pudiera llegar a planes concretos.

Para sistematizar el trabajo del taller, a cada grupo se entregó una matriz o lista de "áreas de actividad" que a juicio de los organizadores del evento, fueron los más apropiados. Ningún grupo tuvo que mantenerse dentro de estos lineamientos y se indicó que podrían realizar el trabajo de la manera que creyeran más conveniente, de acuerdo con su experiencia.

Las "áreas de actividad" mencionados fueron:

- 1.- Comunicación social y educación
- 2.- Capacitación de personal
- 3.- Normas y leyes
- 4.- Productos Específicos
- 5.- Otros

Al final de aproximadamente tres horas de discusión, cada grupo presentó sus conclusiones y recomendaciones para las líneas de acción en una reunión plenaria, las cuales se presentan a continuación:

Grupo 1:

(Pilar Paez, Anibal Arias, Carlos Valencia, Gustavo Ramos, Fernando Aguinaga, Janet Salazar, Mario Velásquez, Gonzalo Mantilla, Ligia Castro, Jorge Mantilla, Francisco Obando, Edgar Fabián Vásconez)

La base de la educación nutricional debe ser mejorar las condiciones del niño. Debe utilizarse todos los medios de comunicación social disponibles para difundir los mensajes: como son radio, televisión, prensa, folletos y recursos humanos entre los que se cuentan: madres, personal de salud, párrocos.

Debe enfatizarse en la nutrición de la madre en el embarazo, lactancia y la importancia de la leche materna en la nutrición del niño.

Para fomentar la lactancia debería pensarse en la creación de un subsidio familiar a la madre trabajadora y regular que el período de lactancia debe tomarse obligatoriamente o se lo pierda.

También debe difundirse los mensajes de lactancia a nivel de los médicos, iniciando la capacitación por el personal de salud y continuando con la población.

La lactancia es importante desde el nacimiento hasta el primer, e incluso segundo, año de edad. El inicio del destete sería entre los 4 y 6 meses (incluirse alimentación complementaria además del seno), pero continuando la leche materna como base de la alimentación.

En cuanto a productos específicos, falta un cambio en la estructura dinámica del pueblo ecuatoriano, de la infraestructura, hay falta de semillas y de almacenamiento de productos.

Grupo 2:

(Víctor Hugo Espín, Mariana Guerrón, Susana Jiménez, María Terán, Gabriel Ordóñez, Mariana Acosta, Fernando Betancourt, Pablo Riofrío, Carlos Ríos, Adolfo Toro, Gerardo Flores, María Eugenia Mosquera)

Comunicación social y educación nutricional. Como medio masivo de comunicación debe utilizarse la radio, por ser el de mayor difusión, en el idioma original de la región, y la educación debe llevarla a cabo el personal de salud, líderes religiosos, voluntarios, por medio de charlas grupales utilizando láminas, por medio de las campañas de alfabetización y de carteles con mensajes sobre nutrición. En cuanto sea posible, también debe utilizarse la TV.

Las metas deben ser:

- A corto plazo.- promover la lactancia con énfasis en:
 - . inicio inmediato
 - . a libre demanda (cuando el niño quiera)
 - . lactancia exclusiva hasta el cuarto mes
 - . duración total hasta el año de edad en el área urbana y hasta los dos años en el área rural.
 - . difundir los mensajes sobre lactancia y nutrición en cada edad, respetando las creencias de cada región, por medio de afiches en lugares estratégicos como consultorios privados y centros de salud.

A largo plazo.- lograr un cambio en la estructura del sistema de educación: colegios, escuelas, facultades de medicina.

Las instituciones responsables serían: MSP, FFAA, MBS, Conferencia Episcopal, Junta de Beneficencia, MEC (OTIDES), Facultades de Medicina.

Como observaciones y recomendaciones cabe mencionar que existe una necesidad de llevar a cabo un sistema nacional único de salud, aprovechar los recursos existentes en la comunidad. Debe implementarse un sistema de hospitalización conjunta neonatal, eliminar el uso del biberón, propender al parto domiciliario con control perinatal adecuado, distribución masiva de mensajes sobre nutrición.

Como única recomendación se sugiere que se cambie el nombre del ALIDE4 por el de ALICON, ya que la madre puede interpretar el alimento de destete como algo que reemplaza a la lactancia y puede suspender el seno.

Los fundamentos de la lactancia deben estar acordes con el grupo que se va a capacitar. Por ejemplo a las auxiliares de enfermería se les enfatizaría que la lactancia es fundamental y que en el destete se necesitan los alimentos complementarios; a los médicos se les añadirían la composición de los alimentos y su valor nutricional; debe extenderse la capacitación al nivel comunitario e involucrar a otros grupos como "adivinos". En resumen, el nivel y complejidad de la capacitación deben estar de acuerdo con la formación del capacitado.

En cuanto a normas y leyes, es importante que se haga una difusión y aplicación del código de comercialización de los sucedáneos de leche materna, y elaborar una ley para que el organismo competente la aplique a nivel nacional. Deben crearse leyes que porteejen a madres lactantes (si es posible un trabajo a medio tiempo), y que obliguen el establecimiento de guarderías. Además deben establecerse normas para las empresas comercializadoras de leche, para que incluyan en sus spots publicitarios las normas y recomendaciones que salgan de esta plenaria.

Los organismos responsables para ejecutar esto son: MSP, INEN, MICEI, MBS, entre otros.

Deben iniciarse estudios de investigación sobre estado nutricional de la madre embarazada y lactante.

Grupo 3:

(Luis Montahuano, Eduardo Salazar, Mario Buitrón, Luisa Zumarraga, Gonzalo Freire, Rocío Bastidas, León Salgado, Patricia Bravo, Héctor Olmedo, América Vinueza, René Rueda, Mariana Freire, Berta Muela, Gloria Huilca)

Fue de concenso general del grupo que la estrategia debe elaborarse aprovechando la coyuntura social y económica actual, buscando el mecanismo para conformar lo que se llama El Centro Motriz (Comité Interinstitucional de educación en alimentación y nutrición). Este comité estaría conformado por el MSP, MEC, MBS, organismos no gubernamentales, organismos populares, MAG, Ministerio de Gobierno, SENAC.

Debido a que los problemas nutricionales están vinculados al desarrollo del país, deben ser parte también de un programa general multisectorial que encare simultáneamente los factores causales. No se puede entender la desnutrición por sí sola, dejando a un lado los factores causales.

La estrategia propuesta es una educación formal y no formal, a través de planes y programas de educación para la salud a nivel preprimario, primario, medio, institutos normales y técnicos. Deben involucrarse los contenidos de la educación a nivel global, para buscar soluciones a corto y largo plazo.

Las instituciones responsables de la ejecución de estas acciones son el MEC, MSP y el personal de educación ya trabajando en la campaña de alfabetización, ya que los grados de analfabetismo y desnutrición están estrechamente vinculados.

A nivel no formal se sugiere el desarrollo de un programa de educación al personal involucrado en los programas a nivel comunitario, para que éstos no sean manejados por el MSP ó el MEC sino por la misma comunidad. Para esto los organismos populares deberían organizar jornadas periódicas sobre educación en nutrición y salud, enfatizando cada vez en los aspectos críticos de la salud materno infantil en todos los sectores, la optimización de recursos, la canalización del material y los objetivos comunes. Además, debe reglamentarse la educación no formal para que todo los organismos de capacitación tengan como finalidad el lograr el bienestar integral de la comunidad.

El Comité Interinstitucional busca tener como base a la comunidad que se vera reflejada en su cúpula. Deben buscarse soluciones interdisciplinarias y multisectoriales. Asimismo, dentro del comité existiría una representación a todos nivel, para que sus miembros entiendan el problema y su relación con los demás, que el esfuerzo debe ser mancomunado para maximizar la acción y aumentar el rendimiento. Se propone una organización y ejecución de programas multisectoriales.

En cuanto a comunicación social, debe buscarse una organización que pueda producir paquetes de mensajes dirigidos a la audiencia objeto, que lleguen en tiempos adecuados y que tengan un equipo técnico especializado. Debe buscarse el impacto y que se refuercen las campañas nacionales con jornadas de educación nutricional, ferias libres, multiplicación de recetas.¹

Grupo 4:

(César Molina, Patricia Chico, Eduardo Endara, Nancy Revelo, Rosa Romero, Enrique Chiriboga, Dimitri Barreto, Edgar Játiva, Luis Escobar, Zoila Jácome, Ana Galarza, Bolívar Quito)

Los factores condicionantes de la desnutrición no dependen de la distribución inadecuada de los alimentos en la familia, sino de la condición socio-económica que juega un papel primordial.

En cuanto a comunicación social, debe estudiarse la posibilidad de la formación de un organismo único, interinstitucional para regular la promoción de productos alimenticios y prevenir así la errónea concepción del valor nutritivo de ciertos alimentos.

Las acciones de educación nutricional deben enfocarse en dos áreas:

¹ El grupo de trabajo No. 3, luego del análisis del borrador presentado, solicita la inclusión de los siguientes párrafos relacionados con la formulación de la estrategia. Otros comentarios del taller, no se incluyen:

o Implementar los mecanismos de discusión inter-institucional e intersectorial para definir los lineamientos estratégicos ya propuestos mediante la formulación de proyectos operativos en Nutrición Infantil.

o Integrar una comisión permanente inter-institucional, la misma que se encargará de la programación, ejecución, control seguimiento, coordinación, evaluación y difusión de la Nutrición Infantil.

o Oficializar las estrategias de carácter metodológico a fin de que los contenidos de nutrición tengan un soporte estructural, no solamente en el campo formal de la Educación sino también con referencia a la comunidad.

o Concebir a la comunicación social, dentro del Programa Nacional de Nutrición Infantil, con sus tres áreas:

- Comunicación Masiva
- Comunicación Semi-Masiva
- Comunicación Inter-personal, ésta última garantizará la toma de conciencia permanente a nivel individual, familiar y social.

o Mejorar las prácticas educativas tomando como base el rol de la familia cuya función es formar a los hombres y mujeres del mañana, esta formación requiere de integralidad.

- . Formal.- Debe establecerse un nuevo enfoque para enseñanza en nutrición, que se la pueda integrar a todas las carreras de medicina, enfermería, nutrición y auxiliares de salud, especialmente en la pediatría. A su vez, realizar una investigación en nutrición considerando a todos los recursos humanos que tomen parte en nutrición, la infraestructura con los que se cuenta y el apoyo interinstitucional. Debe considerarse la elaboración de textos básicos sobre nutrición, para que sean utilizados por todas las instituciones que forman los recursos de salud: las universidades, centros de acopio de información científica, de nutrición y de salud.
- . No Formal.- con educación continuada. Utilizar los convenios docentes asistenciales para adiestramiento de personal de salud, servicios y de la comunidad. Capacitar a nivel de universidades, a todo el personal formado, personal en formación, usuarios, personal de apoyo y líderes comunitarios.

La modalidad a utilizarse en la implementación de la capacitación es la siguiente:

- . Diagnóstico de salud de la comunidad.
- . Utilización de técnicas de motivación del personal de salud.
- . Amplia difusión de las normas sobre nutrición.
- . Utilización de las normas sobre nutrición ya establecidas.
- . Formación de personal de salud.
- . Adiestramiento en la utilización de instrumentos de evaluación del crecimiento infantil, al personal de salud y líderes comunitarios.

Se considera importante la calificación y especialización del personal de salud en estas tareas, y el brindar los estímulos necesarios para evitar cambios de personal que provocan un estancamiento y la pérdida de la capacitación.

En cuanto a normas y leyes, debe:

- . normatizarse la obligatoriedad de mantener al niño junto a su madre luego de nacer, para fomentar así la lactancia desde su inicio.
- . La lactancia debe:
 - prolongarse por los dos primeros años.
 - debe ampliarse el período de licencia post-parto a cuatro meses.

- cumplir las disposiciones de lactancia que actualmente no se están cumpliendo. Además, promover que los Centros de Salud y Subcentros incluyan guarderías dentro de su infraestructura.

En cuanto a productos específicos, el diseño del plan debe hacerse en base a los alimentos de consumo de la comunidad, promoviendo mezclas de adecuado equilibrio de nutrientes, la ayuda alimentaria para grupos de alto riesgo y la evaluación posterior. Además, estimular la producción de alimentos básicos y buenos para la nutrición, que permita cubrir las primeras necesidades. Asimismo, promover la lactancia exclusiva durante los primeros cuatro meses, e incorporar alimentos sólidos durante el destete, a ser administrados con taza y cuchara como alimento complementario.

El grupo sugiere el cambio del término "destete" por el de "alimentación complementaria", debido a que el primero crea mucha confusión.²

Grupo 5:

(Tamara Aucatoma, Miguel Arthola, Mario Miranda, Víctor Proaño, Virginia Gómez de la Torre, Luis Ayala, Rosario Granados, Alberto Loaiza, Mónica Sosa, Susana Salazar, Nelly Gallegos, Patricia Herrera, Delia Marquez)

Este grupo centró su análisis en la capacitación del personal. Sugieren que debe existir una homogeneidad en los contenidos en todo aquello que se piensa transmitir a la comunidad. Para este efecto se diseñó un organigrama de instituciones y acciones prioritarias, que es como sigue:

1. Unidad de Programas.
2. Coordinadores
3. MSP como responsable de la nutrición en el país.
4. Definición de políticas
5. Capacitación: a) al personal de salud (IESS, SSC, voluntariado, organismos no gubernamentales, Ministerios); b) a la comunidad (organismos populares y líderes comunitarios).

² El Grupo 4, luego de la revisión del presente documento, solicitó la inclusión del siguiente párrafo.

"La Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador, en la modificación de Pensum de Estudios, ha considerado necesario partir de 4 ejes integradores, uno de los cuales es Alimentación y Nutrición.

En cuanto al concepto de capacitación, es hora de cambiar la metodología que se ha seguido hasta el momento, la capacitación, desde arriba, en donde la comunidad no tiene ni voz ni voto. La experiencia a nivel de Ministerios y otras instituciones han usado metodologías que NO parten del conocimiento de los grupos que se capacitan, los cuales valorizan y efectivizan la sabiduría popular. Se critica la capacitación con bloques de capacitación, sin tomar en cuenta la opinión de la comunidad.

Se recomienda establecer normas para la lactancia hospitalaria inmediata. En las maternidades, el personal de salud esta muchas veces capacitado pero no es conciente ni tiene la mística para transmitir efectivamente los mensajes a la comunidad.

Deben valorizarse los conocimientos de la comunidad, promover la autogestión, es decir, que la misma comunidad autogestione las soluciones a sus problemas (establecimiento de guarderías, dotación de agua potable y alcantarillado, soluciones a problemas generales y de salud). En este caso concreto se toma en cuenta a la organización comunitaria, ya que son ellos los protagonistas del cambio. Junto a la comunidad se descubre el problema y se orienta la solución para mejorar la dieta familiar, y esto es parte del desarrollo comunitario.

Debe reversese la formación académica, involucrar la educación nutricional a nivel primario, secundario y superior. La capacitación a la comunidad debe hacerse tomando en cuenta el papel de la mujer y la familia. Muchos programas han fracasado porque no toman en cuenta la experiencia de la mujer que es quien decide cómo debe cuidarse al niño, el papel de las comadronas; recordar que cuando el padre de familia emigra a la ciudad la madre le sucede como cabeza de la familia.

Grupo 6:

(Michelin Fried, Sonia Rodríguez, Susana Larrea, Wilson Navarro, Marianela Ramos, Hilda María Salas, Cecilia Ríos, Miguel Almeida, Jaime Miranda, María Ramírez, Susana Tamayo, Galo Paredes, Diana Navas)

Este grupo esta de acuerdo en que el problema nutricional actual contará con todo el apoyo del nuevo gobierno, para encontrar las soluciones que sean necesarias. La principal causa de desnutrición es la pobreza y el bajo ingreso que perjudica el estado nutricional.

En cuanto a comunicación social, educación nutricional y capacitación, se sugiere la incorporación de otras entidades al diseño del plan nacional, ya que el problema de desnutrición es socio-económico. La capacitación debe llevarse a cabo en el área urbana y rural, a todos los habitantes ecuatorianos.

Los cambios deben hacerse de acuerdo a la realidad existente, respetando y potencializando los patrones culturales positivos. Las técnicas deben ser homogéneas (no contradictorias), y la metodología de planificación y ejecución de las acciones coparticipativa, tomando en cuenta el conocimiento técnico y el saber popular. El capacitador debe orientar los conocimientos de la comunidad, y debe ir para enseñar y aprender a la vez.

La capacitación debe enfocarse hacia:

1. Detección y optimización de los recursos.- técnicos, promotores, líderes comunitarios y comunidad. Por medio de la observación e investigación se hace un diagnóstico de la comunidad o zona en la que se va a trabajar.
2. Planificación y paternidad responsable dirigida a todas las familias, y orientación temprana en las escuelas.
3. Tratamiento preferencial a la lactancia materna, sin involucrarlo en los mensajes generales. Dirigir los mensajes a las familias, con énfasis en las madres embarazadas con niños de hasta dos años de edad, utilizando los medios masivos y por medio de mensajes claros y sencillos, para que la madre tome conciencia de que dar de lactar es lo más importante.
4. Monitoreo de crecimiento formal por medio del personal del MSP, otros Ministerios y otras instituciones que tienen que ver con crecimiento y desarrollo, por medio de las unidades operativas.
5. Nutrición básica a técnicos (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, educadores para la salud, líderes comunitarios). Instrucción, capacitación, motivación e intercambio de experiencias y habilidades y destrezas. Si existen instituciones que han desarrollado componentes, estudiarlos y ver si se pueden aplicar en este momento.
6. Autosuficiencia alimentaria.- por medio de huertos familiares, huertos escolares, asistencia técnica, cultivo y crianza de animales menores, demostraciones prácticas, enseñanza de tecnologías apropiadas. Debe orientarse a la siembra de otros productos además de hortalizas y verduras.

Debe tomarse en cuenta que en este diseño del plan debe involucrarse a otras instituciones públicas y privadas, ya que no es solamente responsabilidad del MSP el buscar las soluciones a los problemas de desnutrición.

Grupo 7:

(Segundo Calle, Melfa Jaramillo, Ramiro Guerrero, Ana Amat, Pablo Herrera, Lida Daqui, Isabel Ricaurte, Ramón Ponce)

En cuanto a comunicación social y educación nutricional, los medios deben ser:

- . Directos.- Mercadeo social a través del MSP, unidades de salud y personal de salud en general, para llegar a los lugares que más lo requieran. Por medio de los clubes de madres, líderes comunitarios, curas, magisterio con el plan de alfabetización.
- . Indirectos.- Radio, porque llega a todas las comunidades, inclusive aquellas que no tienen luz eléctrica, TV en donde se puede, prensa, altoparlantes y especialmente por equipos de perifoneo, ya que se ha probado que este medio llega a la mayor parte de la población.

Los mensajes deben enfocarse en la alimentación materna y en que el biberón es igual a infección y muerte, intentando descartarlo para siempre; incorporación de alimentos sólidos, combinación de alimentos propios de la zona. Se debe investigar y conocer no sólo la región como un todo sino a la comunidad en sí, para lograr una equivalencia en cuanto a posibilidad económica y adquisición de alimentos en los distintos grupos poblacionales.

Promover los alimentos probados: ALIDE, ALISAN y FUERSAN. Enfatizar el incremento de la cantidad de acuerdo a la edad del niño, la incorporación de entrecomidas en la dieta infantil y enseñar a la madre cómo debe alimentar a su niño. Pedir a la madre que dedique más tiempo a la alimentación de los niños de menor edad y que no los dejen actuar a voluntad; insistir a la madre que no debe suspender la alimentación cuando el niño está enfermo sino que la varíe temporalmente y luego la incremente adecuadamente durante el período de recuperación. Enfatizar en la higiene y conservación de los alimentos, especialmente en la Costa, en el lavado de manos, alimentos y hervir el agua.

Las instituciones responsables de la implementación son el MSP, que debe liderar el proyecto con ayuda del CONADE, IESS, FFAA, Junta de Beneficencia, magisterio (diversificado y superior), universidades (incluir personas con estudios en nutrición), MAG, Ministerio de Finanzas y sector privado de salud.

Observaciones y comentarios.- Incorporar al personal de nutrición en todas las instituciones que trabajan en este proyecto. Es prioritario la identificación de los alimentos que se producen en cada comunidad, y de ser posible de las posibles mezclas y combinaciones que vayan acorde a la economía familiar. Enseñar a la comunidad el cultivo de huertos familiares, animales

de corral y otros para su consumo y uso en la vida diaria. Fomentar organizaciones como los clubes de madres lactantes, que estarían adjuntos a las unidades operativas de sector de salud público y privado, y promover en éstos la correcta lactancia y cuidado del niño, para lo cual debe recalcarse en el no uso del biberón y de las leches maternizadas, debido a que las madres por facilidad en cuanto a tiempo y comodidad, han adquirido el hábito de dar biberón a sus hijos.

En Brasil los clubes de madres han demostrado que se puede cambiar esta práctica, estableciendo horarios y normas para dar correctamente el seno; y para aquellas madres que por una razón u otra no pueden dar de lactar, existen las llamadas "nodrizas", que ayudan a los niños de madres que no pueden dar el seno.

Debe además, promocionarse el crecimiento de micro-empresas agroindustriales comunales, para obtener alimentos variados y de bajos costos, las cuales serían manejadas por personal de la comunidad capacitada para este fin.

Incluir en las campañas de alfabetización los temas de nutrición, y solicitar al gobierno de la república, por medio del Señor Ministro de Salud, que el año de 1989 lo declare como: "El año del inicio de la lucha contra la desnutrición", llamando a una movilización nacional. Para este fin, conformar un Comité Interinstitucional al más alto nivel, que guíe a la población en esta lucha.

En cuanto a la capacitación, involucrar a los colegios de profesionales y médicos privados, y por medio de visitas del personal del MSP a sociedades científicas, universidades y otros, para lograr la total participación en la búsqueda de soluciones a este grave problema.

En cuanto a normas y leyes, modificar la legislación ecuatoriana para la madre lactante que trabaja, para que cuente con cuatro meses pagados luego de parto para atender a su niño; no es necesario el descanso antes del parto salvo prescripción médica. Normar la veracidad y ética de la propaganda de alimentos por los medios de comunicación masiva. Establecer definitivamente una ley de defensa del consumidor público, y la prohibición de propaganda de leches maternizadas y uso del biberón.

Por último, utilizar los espacios en los medios de comunicación con los que cuenta SENDIP, para difundir mensajes sobre nutrición en las horas de mayor audiencia.

Grupo 8:

(Guido Terán, Jorge Toledo, Lupe Orozco, Marcelo Barba, Ma. Dolores Boada, Jenny Villafuerte, Rodrigo Jarrín, Martha Carrillo, Fausto Andrade, Magdalena Vanoni)

De acuerdo a lo que ya se ha discutido en los otros grupos, las causas de desnutrición son las mala distribución de los alimentos, las prácticas inadecuadas, las diarreas, IRA y especialmente una causa que se ha olvidado que es la insuficiente disponibilidad de comida.

Las acciones dirigidas a solucionar este problema no radica en un aumento de la economía familiar sino en utilizar los alimentos existentes.

El Gobierno tiene otro concepto para ayudar a las clases necesitadas que tal vez no estén de acuerdo con lo que se va ha plantear en esta plenaria. Se debe estar concientes de que el programa nutricional no es una solución a los problemas de mala distribución de alimentos a la población, sin embargo cualquier intervención (programa, proyecto, componente) debe estar inmerso en el contexto del Programa Nacional de Alimentación del país, y debe ser multisectorial, multifactorial, ser liderado y propuesto por el MSP para tener éxito.

Hasta el momento no se ha especificado lo que debe hacerse para combatir la desnutrición. Por tanto, es labor de los técnicos en salud el promover y liderar las acciones de otros sectores, para definir un proyecto de participación intersectorial.

La Educación Nutricional debe enfatizarse en los objetivos de cobertura y duración de la lactancia, y la incorporación de una alimentación complementaria en el 4-12 mes de vida.

Se ha demostrado a nivel mundial que los daños en el sistema nervioso central, a causa de la desnutrición, son muy graves cuando la desnutrición se presenta antes del primer año de vida. Si es posible gastar millones en la colación escolar, es aún más importante prevenir el riesgo de daños en la edad pre-escolar.

El enfoque de las acciones de nutrición debe ser en la educación del personal de campo responsable del futuro proyecto. Se debe ser rigurosos en las prácticas de los establecimientos de salud que estan induciendo al uso del biberón y desestimando la lactancia, lo cual debe ser penalizado.

En cuanto a estrategias y comunicación social, el inducir al cambio es algo laborioso y debe hacerse por medio de la intercomunicación y supervisión constante, la estimulación y motivación. También pueden utilizarse otros medios como son radio,

afiches, pero sólo como un refuerzo para el personal encargado. El personal que difunda los mensajes debe tener una capacitación adecuada y debe capacitarse también a los futuros médicos a nivel de las universidades.

Grupo 9:

(Jenny Ruales, Fernando Ortega, Pablo Pólit, Patricio López, Patricio Espinoza, Mauro Rivadeneira, Mariana Oleas, Alberto Quezada, Alicia Rodríguez, Piedad Donoso, Juan de Dios Alvarado, Fabricis Suárez, David Nelson, Ivón Álvarez, Ivan de la Torre, Ana Johns, Fabián Recalde, Diego Angulo, Nestor Jaramillo)

Este grupo fue multisectorial. Estuvo de acuerdo en que el problema de la desnutrición es un problema económico-social. Se sugirió la elaboración de una norma nacional para alimentación infantil, para los menores de dos años, debido a la diversidad de criterios que existen al respecto. El Consejo Nacional de Salud sería la institución responsable de esto y podría involucrar al MSP, Seguridad Social, y otros.

Para ello, debe tomarse en cuenta los resultados del estudio, las opiniones de las Facultades de Medicina y de la Sociedad de Pediatría. Estas normas deben difundirse por medio de educación formal al personal de salud, e informal dentro de la familia.

Además, debe estudiarse la posibilidad de una modificación a la ley de protección a la madre trabajadora, para que pueda dar de lactar más tiempo, considerandose las implicaciones de salud, seguridad social y económicas que tendría la aprobación de dicha ley.

En cuanto a comunicación social, debe reforzarse la confianza de la madre en su capacidad de dar su leche al niño, es decir que sí puede tener suficiente y que ésta no va a hacerle daño al niño. Esto debe hacerse por medio de OTIDES, líderes comunitarios y personal de salud, y transmitir los mensajes no sólo a las madres sino también a los padres.

En cuanto a productos específicos, se recomienda que las fórmulas y preparaciones se hagan en base a materias primas producidas y cultivadas en el país, ya que el tallarín de una de las mezclas probadas se elabora con trigo importado. Es indispensable incentivar la producción de productos agrícolas que sirvan de base para la preparación de estas recetas, y que las distintas regiones tengan fácil acceso a estas materias primas. Es riesgoso recomendar una preparación cuyos ingredientes no estén disponibles en el área.

Debe crearse un sistema de recolección de los datos del carnét de Salud Infantil, para la Vigilancia Epidemiológica y Nutricional del niño, con una apropiada evaluación del crecimiento y desarrollo de los mismos.

Las instituciones responsables de la ejecución de estas acciones son el MSP, SSC (Seguro Social Campesino), AFEME, entre otros.

Resumen de los Puntos Tratados en los Nueve Grupos:

Puntos coincidentes.-

- . Se reconoce el esfuerzo de la investigación cualitativa.
- . La creación de un Comité Interinstitucional de Educación Alimentaria y de Nutrición.
- . Liderazgo del MSP para la búsqueda de las soluciones a los problemas de desnutrición. Liderazgo no significa solucionar sino encaminar los esfuerzos conjuntos para lograr un objetivo.
- . El problema de la desnutrición tiene como base la pobreza, es decir, es un problema socio-económico.
- . Se deben tratar los problemas de desnutrición con una educación nutricional y hacer uso de todos los medios de comunicación masiva disponibles en la región.
- . La necesidad de instaurar un Plan Nacional de Nutrición.

Otros puntos tratados:

- . Capacitación.-
 - Debe hacerse según el nivel tanto del personal de salud como de la comunidad, respetando la cultura e idiosincrasia del grupo a capacitar. Es decir, debe ser distinta a nivel urbano y rural.
 - Centrar la atención en médicos y personal de salud como elemento multiplicador de la capacitación a las madres y a la comunidad.
 - Debe ser formal e informal y a su vez continuada.
 - Debe ser homogénea.
 - Revisión de la formación académica e introducir temas de nutrición en las áreas de formación de las disciplinas médicas.

- . Debido a que el problema de desnutrición es intersectorial, la solución también debe serla y el papel fundamental es del sector educación a todo nivel: OTIDES, universidades y otros.
- . Normas y Leyes.-
 - Las normas y leyes vigentes deben aplicarse y hacerse cumplir, especialmente aquellas que tiene que ver con la protección de la madre trabajadora y del período de lactancia.
 - Incrementar el período de la licencia de lactancia hasta cuatro meses.
 - Debe normatizarse en los hospitales y maternidades, el mantener al niño junto a su madre luego del nacimiento.
 - Modificar la ley de la madre trabajadora con en fin de que ésta trabaje sólomente medio tiempo mientras dure su lactancia.
 - La lactancia debe ser norma de las maternidades y desechar el uso del biberón.
 - Crear una norma nacional de alimentación de los niños menores de dos años.
- . Comunicación Social.-
 - Los mensajes deben dirigirse no sólomente a la madre sin también al padre y resto de la familia.
 - Enfatizar los mensajes sobre nutrición de la madre en su período de gestación y lactancia, así como de la alimentación del niño durante su primer año de vida.
 - Crear mensajes para reforzar la confianza de la madre en su leche materna.
 - Incorporar un equipo técnico especializado que se haga cargo del mercadeo social.
 - Utilizar medios de comunicación masiva como radio, TV, periódicos en las campañas nacionales, y a los líderes y promotores comunitarios para las actividades permanentes.
- . Productos.-
 - Las preparaciones deben tener como base productos producidos en la comunidad.
 - Llegar a los grupos de más alto riesgo.
 - Incentivar la producción prioritaria de alimentos básicos.
 - Fomentar los huertos familiares y escolares.
 - Fomentar la crianza de animales menores para lograr una autosuficiencia de alimentos y una dieta balanceada.
 - Formación de micro-empresas comunales manejadas por personas de la comunidad previamente capacitadas.

- . Las instituciones más importantes para la implementación de la estrategia son: MSP, MEC, MBS. Incorporar otras instituciones como: FFAA, Junta de Beneficencia, Seguro Social Campesino, IESS, Ministerio de Finanzas, Ministerio de Gobierno, CONADE, Agencias Internacionales.
- . Nombrar el año 1989 como "El año del inicio de la lucha contra la desnutrición".

Conclusiones de la Plenaria:

El Dr. Gabriel Ordoñez menciona que se ha tocado situaciones y problemas que existen en el Ecuador desde hace mucho tiempo. Se ha dado énfasis al problema prenatal, ya que la nutrición en países como el Ecuador comienza en la vida intrauterina. Se recomienda que el MSP realice una investigación formativa sobre las prácticas alimentarias y nutricionales de las madres embarazadas y lactantes. Según experiencias de otros países, una solución sería el aporte de un mayor número de calorías durante la gestación que logra un mejor peso al nacer. Es del parecer de muchos que al hablar de nutrición se está intentando ocultar su verdadero significado que es "pobreza". Deben proponerse estrategias nuevas para reemplazar a todas aquellas antiguas que no han dado resultados positivos, como por ejemplo las guarderías. Además, deben crearse nuevas normas que protejan a la mujer gestante o lactante, ya que los empleadores actuales no quieren o se muestran reacios a contratar a mujeres, debido a que al momento de su parto tiene el derecho de hacer uso de su período pagado de descanso y de sus horas de lactancia, lo cual no es conveniente para los fines de las empresas; debe vigilarse y penalizarse esta discriminación.

Discusión:

El Dr. Fausto Andrade discrepa en cuanto a que la investigación formativa no ayuda al desarrollo de políticas ya que sí lo hace. Para poder combatir la desnutrición debe insertarse un componente de educación en nutrición dentro del programa nacional, ya que la verticalidad y unilateralidad no logra cambios significativos. La pobreza determina los niveles de desnutrición, ya que genera la falta de dinero para disponer y comprar los alimentos necesarios, deben unirse los esfuerzos de los distintos sectores e instituciones para definir un plan nacional en un corto plazo (retando al tiempo). Enfatiza que el MSP debe tomar en cuenta las sugerencias y recomendaciones que salgan de este seminario para elaborar una estrategia o componente dentro el plan nacional, si se espera obtener resultados positivos.

La Lcda. Rosa Araque, trabajadora social: indica que ha trabajado mucho tiempo en el campo de educación en salud pública, y que enseñó las bases de una buena nutrición a base de carne, huevos, leche, queso, etc... que eran los alimentos recomendados. Sin embargo, estas recomendaciones no eran prácticas debido a que la gente del pueblo no tenía dinero suficiente para comprar estos alimentos. Es de su parecer que ya que la alimentación es la fuente de la vida, la calidad de la alimentación determina la calidad de vida. Debe enfatizarse en la alimentación pre y post natal y en la planificación familiar.

El Dr. Miguel Almeida, como un visionario "desde fuera" como el mismo se autocalifica, está de acuerdo en que la causa del problema de la desnutrición en el Ecuador es social y no exclusivamente médico. Expresa su satisfacción por encontrar representaciones de diversas instituciones en este seminario/taller, cuyo objetivo es encontrar nuevas estrategias para una adecuada alimentación. Sin embargo, enfatiza que durante un período tan corto se pueda transmitir todo el material necesario para la elaboración de una estrategia tan complicada, y por tanto solicita que se tome en cuenta a todas las instituciones participantes en el futuro diseño del plan. Asimismo, solicita que los niveles decisorios no olviden las recomendaciones que aquí se están dando, y que se proyecte el plan nacional de nutrición de manera que cuente con el total respaldo político y de las autoridades del Ministerio de Salud Pública, para asegurar su éxito.

La Dra. Virginia Gómez, quien ha estado trabajando con la Casa de la mujer fomentando la lactancia por medio de seminarios y talleres, da a conocer que según información de organizaciones internacionales de trabajo, la licencia post-parto se ha extendido a 12 semanas (3 meses), lo cual, si bien ha sido acogido por el gobierno ecuatoriano aún no se ha puesto en vigencia. No está de acuerdo en desechar aquellas leyes que no han dado hasta el momento resultados positivos, como la referente a las guarderías, ya que no se puede retroceder en algo que ya se ha logrado, pues sería en cierto modo quitar los pocos beneficios que la madre ha adquirido.

El Ing. Juan de Dios Alvarado expresa que los documentos básicos utilizados en este seminario son valiosos y de gran ayuda. Sin embargo, expresa que aunque fueron citados para ayudar a buscar soluciones tendientes a mejorar los hábitos alimentarios en niños de 0-24 meses, no están preparados para una tarea tan grande.

A su vez menciona que no está de acuerdo con la educación formal a nivel primario, secundario y superior, porque esto implica demasiado tiempo y un costo muy grande, inclusive superior al presupuesto total del proyecto en sí, lo cual no se justifica. Expresa que debe implementarse definitivamente una estrategia de educación informal, que llegue a las madres de una

manera rápida, clara y efectiva.

La Lcda. Mariana Freire de Pozo, como maestra formadora de maestras de jardín, expresa que la atención materno/infantil como estrategia a largo plazo es muy importante, especialmente la atención a niños de 0-24 meses. Se debe concientizar a todo nivel sobre lactancia y educación nutricional.

Con su experiencia didáctica y de educación en salud, ha comprobado que para obtener resultados positivos, se necesita además de una campaña masiva en donde intervengan absolutamente todos, también una campaña de educación permanente formal e informal. Aclara que el niño preescolar es el recurso humano que el maestro tiene más cerca para poder llegar a las familias. Deben aprovecharse todos los niveles educativos para entregar el mensaje. El niño es aquel que promueve los productos que ve en las propagandas, los K-chitos, etc... Por tanto, el aprendizaje efectivo no está sólo en la repetición sino en la funcionalidad y en la destreza, ya que si no se practica esta destreza se la pierde. Enfatiza que debe llegarse a todos los niveles del pueblo por medio del sector educativo.

La Lcda. Isabel Ricaurte menciona que en el país existen ya leyes y normas que protegen a la mujer, sin embargo la mujer no aprovecha estos derechos. Las madres tienen su periodo de lactancia que dura nueve meses, y muchas instituciones otorgan este tiempo a sus empleadas, pero por la falta de concientización las mujeres no utilizan este tiempo para la lactancia. Por tanto, es necesario que la madre tome conciencia sobre los beneficios de la leche materna y que aprovechen sus horas de lactancia para alimentar verdaderamente a sus hijos. Es bueno cambiar la legislación para recibir mejoras, pero estas no serán útiles sin antes cambiar la actitud de la madre para aprovechar estas leyes.

La Lcda. Rosario Granados expresa su satisfacción por comprobar que ya se están realizando seminarios de nutrición en el país. Sólo desea recordar a todas las instituciones presentes, que en el país existe un grupo muy grande de nutricionistas, con formación académica del más alto nivel y muy competentes, que tienen la formación teórica y práctica para emprender la educación nutricional de un plan nacional como el que se piensa implementar en el futuro.

CAPITULO IV
RESUMEN DE LAS INTERVENCIONES DE LAS
SESIONES INAUGURAL Y DE CLAUSURA

Programa de la Sesión Inaugural

- 1.- Himno Nacional del Ecuador.
- 2.- Intervención de la Dra. Yolanda de Grijalva, Directora del Proyecto.
- 3.- Intervención del Dr. Julio Alvear, Jefe de la División de Nutrición del M.S.P.
- 4.- Intervención del Dr. Plutarco Naranjo, Ministro de Salud, declarando inaugurado el evento.
- 5.- Himno a la ciudad de Quito.

Programa de la Sesión de Clausura

- 1.- Himno Nacional
- 2.- Palabras del Dr. Adolfo Toro, Presidente de la Sociedad de Pediatría.
- 3.- Palabras del Dr. Dimitri Barreto, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador.
- 4.- Palabras del Dr. Patricio Espinoza, representante de los participantes.
- 5.- Palabras del Dr. Enrique Granizo, Subsecretario de Salud Pública, declarando clausurado el evento
- 6.- Himno a la ciudad de Quito.

Programa de la Sesión Inaugural

Intervención de la Dra. Yolanda de Grijalva

La Dra. Yolanda de Grijalva, Directora del Proyecto y organizadora del Seminario/Taller sobre Nuevas Estrategias sobre Nutrición Infantil, da la bienvenida a los participantes y hace incapié en que el grupo es pequeño pero selecto, con participantes tanto del sector público como privado entre los que se cuentan: pediatras, obstetras, nutricionistas, educadores para la salud, voluntarios, trabajadores sociales, entre otras, de las provincias de Manabí, Guayas, Pichincha, Chimborazo, Tungurahua, Imbabura, Azuay y Loja.

El objeto de este seminario no es solamente el de presentar los resultados de la investigación, sino llevar a cabo un trabajo conjunto para diseñar las acciones que se tomarán en el futuro dirigidos a preservar la salud de los niños. Se ha combinado: 1) la parte técnica.- la investigación cualitativa, 2) la parte política.- el apoyo de las altas esferas del gobierno y 3) la parte operativa.- el apoyo y presencia de representantes de las distintas instituciones que se traducirá en acciones para mejorar las prácticas actuales de alimentación infantil.

A su vez se expresa la gratitud de los investigadores que tomaron parte en el proyecto, hacia las madres y padres de familia de los hogares de Costa, Sierra y Oriente que visitaron, por su buena acogida al personal, por sus puntos de vista, consejos, tiempo, apreciaciones y enseñanzas sobre lo que se puede hacer en el país para motivar y concientizar a la comunidad y lograr cambiar las prácticas negativas de alimentación y mejorar aquellas que son positivas. Además, agradece la asistencia técnica brindada por Manoff Internacional y a AID por el financiamiento del proyecto.

Intervención del Dr. Julio Alvear

El Dr. Julio Alvear del Ministerio de Salud Pública (MSP), comenta que deben dejarse a un lado las discusiones y proceder a las acciones inmediatas. Da a conocer que el nuevo Ministro de Salud, Dr. Plutarco Naranjo, ha ofrecido todo su apoyo a este sector tan olvidado, como es el de la nutrición.

El Dr. Alvear se permite aclarar sobre las diferencias entre una investigación cuantitativa y cualitativa ya que la confusión entre estos dos términos pueden producir una polémica en cuanto a la muestra y metodología utilizadas en la presente investigación.

Enfatiza que el objetivo del seminario/taller es que inter-institucionalmente e intersectorialmente se lleguen a conclusiones para elaborar un plan nacional de nutrición. Menciona que el problema nutricional debe ser enfocado multisectorialmente por ser un problema de esta misma índole.

El sector salud recibe todo el efecto, es decir, la morbi-mortalidad de la niñez. Se necesitan acciones de prevención por medio de la educación, ya que la causa principal se debe a malas prácticas alimentarias. La nutrición es responsabilidad de todo el sector salud y no sólo del Ministerio de Salud, ya que acciones unilaterales no solucionan el problema, por lo cual hay que buscar soluciones conjuntas y prácticas inmediatas.

Intervención del Dr. Plutarco Naranjo

El Dr. Plutarco Naranjo felicita a los organizadores por llevar a cabo este seminario/taller en el campo nutricional. Menciona que el sector salud, particularmente el MSP no es el único responsable de solucionar la desnutrición en el país, especialmente la desnutrición de los niños. La desnutrición no es un problema médico ni biológico sino esencialmente económico y social; donde existe pobreza también existe desnutrición. La solución se encuentra en el campo económico y social, vendrá cuando se crean más fuentes de trabajo, cuando la población tenga un "buen salario" (en cuanto al poder adquisitivo), y seguridad para sí mismo y su familia. Enfatiza que existe más de un 13% de desocupación abierta, es decir un alto índice de desocupación, y un 30 a 40% de subocupación.

Según los resultados de la encuesta DANS más del 50% de los niños menores de cinco años son desnutridos, y este porcentaje es más alto que cualquier otro a causa de problemas médicos, biológicos o de enfermedad.

La desnutrición afecta no sólo a la parte física-somática, sino que repercute en la capacidad intelectual del niño y determina una desventaja en su desarrollo psicológico e intelectual, especialmente durante los primeros años de vida (hasta los cuatro años que son los más importantes).

El MSP y todo el sector salud tiene la responsabilidad de mejorar el nivel nutricional. Esto puede lograrse por medio de la educación alimentaria, lo cual no significa enseñar sin base alguna, sino tener conocimientos previos nacidos de la investigación sobre las prácticas alimentarias en el medio social que se quiere capacitar.

El Dr. Naranjo informa que se ha descubierto que los grados de desnutrición se deben principalmente a con qué se alimenta el pueblo ecuatoriano, lo cual da una proyección de las acciones inmediatas a llevarse a cabo. El 99% de las familias se alimenta a base de arroz. La inflación en el último período se ha elevado, casi un 60%, lo cual afecta a los alimentos que son los primeros en subir de precio. Esto origina que la madre traten de comprar lo más barato: arroz y harinas (fideos, pan).

Más del 60% de las familias no comen carne, leche, huevos, porque no tienen dinero para comprarlos y su alimentación es esencialmente vegetariana pero monovalente. Entre los cereales, el que más consumen es el arroz que es el menos nutritivo, inferior al maíz, trigo, cebada, lo cual lleva a la desnutrición. La alimentación popular no es variada existiendo un déficit en aminoácido debido a la alimentación a base de un sólo cereal. En los últimos años se ha aumentado el consumo de pan, habiéndose importado diez mil millones de sucres en trigo para hacer pan.

La alimentación variada debe a su vez ser suficiente tanto en cantidad como en calidad. La población utiliza mucho los tubérculos tales como la yuca, papa en la sierra y el verde en la costa, los cuales son ricos en calorías e hidratos de carbono pero pobres en proteínas.

En relación a los hábitos alimentarios de la familia, de por sí son decisivos para una buena o mala nutrición. Entre los muchos hábitos está el número de veces que se alimenta al niño, ya que se ha comprobado que si el niño recibe la misma dieta dos veces al día en un caso, pero fraccionado en 6 u 8 veces en otro caso, el segundo está mejor nutrido que el primero, debido a que la absorción intestinal y digestión es mejor.

Al ingerir sólo un cereal sin asociarlo a una leguminosa se aprovecha sólo el 45% y se pierde un 55%. Si sólo se ingiere la leguminosa se aprovecha el 48%, perdiéndose lo demás. Al contrario, cuando se asocia un cereal con una leguminosa se aprovecha un 80%. Desgraciadamente la tradición de combinar cereal y leguminosa se ha ido perdiendo, las leguminosas han encarecido y ya no se las consume sino muy poco.

La experiencia y las investigaciones realizadas hasta el momento pueden determinar ya una estrategia de acción. Hay estrategias que no han tenido el impacto deseado, por lo cual el objetivo de este taller es crear nuevas estrategias y planes de acción para el futuro. Todos los participantes deben aportar con sus experiencias. La participación debe ser colectiva y de interés mutuo para lograr resultados positivos. Este seminario/taller tiene como base los resultados de una investigación, y con la cooperación intersectorial, interagencial y de todos los ecuatorianos se puede lograr un mejor nivel nutricional para la población infantil.

Programa de la Sesión de Clausura

Intervención del Dr. Adolfo Toro:

Mirando a la selecta concurrencia me doy cuenta de que no soy el elemento adecuado para realizar esta intervención. Los hombres conocemos nuestras limitaciones, sin embargo se me ha hecho la diferencia, como representante de la Sociedad de Pediatría y de la Provincia del Guayas, he aceptado intervenir. Deseo felicitar a los organizadores del evento, por este encuentro que es más un compromiso de todos los que hacemos salud y nutrición. Siempre he considerado que debe hacerse algo, desde hace mucho tiempo, en las escuelas, colegios y universidades del país, para de esta manera dejar de ser un país subdesarrollado.

Ya es hora de formular un plan que nos lleve a un cambio definitivo y para esto considero que debe haber un cambio en el núcleo familiar, en la metodología de la escuela, en el pensum de estudios de las universidades. Debe existir una unión de todos para educar a la población en nutrición infantil y comprometernos, especialmente los que hacemos Salud, los del grupo multidisciplinario y todos los presentes en este seminario.

En Guayaquil, del 31 de octubre al 4 de Noviembre se llevara a cabo el VI Congreso Nacional de Pediatría, que es una oportunidad para todos los que formamos la comunidad pediatrica hagamos posible la existencia de una Federación Ecuatoriana de Pediatría, que pueda intervenir en las políticas de salud. Esto es algo que hemos ofrecido y que vamos a cumplir.

Intervención del Dr. Dimitri Barreto:

Somos sin lugar a dudas, parte de un país que busca una nueva sociedad en la que se pueda compartir el pan el alfabeto y la alegría,. Así, queda atras la noche del autoritarismo arrogante del reconstructor neoliberal. Esperamos que las promesas de los nuevos dirigentes no sean un nuevo canto de sirenas, de otra manera el frustramiento volvera a imperar en el país. Tengan la seguridad que tenemos un pueblo que puede conquistar sus sueños.

Somos también parte de un país adolorido y esperanzado, así podemos constatar que se puede ver todos los días niños famélicos, desnutridos, descalzos, que se vieron impulsados a hacer de la calle su habitat cotidiano, obligados prematuramente a ganar el pan con su propio esfuerzo y trabajo de todos los días; podemos ver a niños que cambiaron su sonrisa por una expresión de violencia y desconcierto. De allí viene el dolor.

Pero también constatamos día a día que tratamos de organi-

zarnos, buscamos caminos para lograr nuevos horizontes y un mañana más fructífero. Quizas este seminario puede estar inscrito en las paginas de la esperanza, transformar las buenas inquietudes realizar las concretas. Es positivo cambiar los hábitos de conductas alimentarias pero hay que encontrar las soluciones radicales. Pueden ser útiles el FUERSAN, el sango, las huertas familiares y la lactancia prolongada, pero creer que por si solo estas medidas son suficientes es ser utópicos y a lo mejor veleidosos. Habra que encontrar las soluciones totales que quizas tienen componentes radicales.

Nada podemos hacer si tenemos la dieta y los padres no tiene el dinero suficiente que permita conseguir los alimentos indispensables para configurar esta dieta. Creemos que para ser coherentes con una política de nutrición debemos impulsar una modificación profunda, en las estructuras económicas que permita compartir la riqueza. Nada podemos hacer sin modificar la producción, distribución, comercialización y consumo; sin tener todos iguales opciones para adquirir lo necesario para vivir. Mientras sigamos en una sociedad en la que unos pocos acaparan el trabajo de las mayorías, seguiremos siendo un pueblo desnutrido, un pueblo sin mañana.

De parte de la Facultad de Ciencias Médicas, que es una institución abierta al tiempo, existe la mejor disposición de animo. Nuestro compromiso, que lo hacemos público ahora, es compartir esfuerzos en un trabajo eminentemente inter-institucional, dejando atras los recelos, temores y prejuicios de una institución frente a otra, ya que somos parte de un país unitario y las acciones también deben ser unitarias. Nuestra facultad ya lo ha venido demostrando en el campo de la investigación, para conocer a profundidad las condiciones causales y razones de nuestra situación de postergación. Lo que es más importante, se ha intentado buscar la comunión de esfuerzos entre todos aquellos que debemos buscar los caminos y lograr las soluciones.

Felicitemos a aquellos que organizaron este evento, de manera particular a la Dra. Yolanda Silva de Grijalva, que desde siempre ha entregado sus mejores esfuerzos en la búsqueda de caminos para los niños ecuatorianos. Queremos que persista en sus esfuerzos, teniendo el respaldo de la Facultad de Ciencias Médicas. Termino haciendo más la cita que consta en el primer programa que se distribuyó para este taller.

El pan para ser nuestro exige que transformemos el mundo y liberemos a la sociedad de sus mecanismos de riqueza conseguida a costa del pan de la boca del otro.

Intervención del Dr. Patricio Espinoza

Realmente con sorpresa, he sido designado inmerecidamente pero con mucho honor, y deseo presentar a cada uno de ustedes de la mejor manera posible.

Esta reunión ha cumplido con sus objetivos: analizar un problema latente en todo el mundo y consolidar las diversas opiniones de los participantes intentando lograr una estrategia útil para los niños ecuatorianos.

El problema nutricional, que como bien lo manifestó el Señor Decano de la Facultad de Ciencias Médicas, es un problema que deberá tomarse por la raíz. En tanto la situación tenga su fondo social, consideramos que la sociedad requiere de actitudes que le conduzcan día a día a mejorar el nivel de vida y el estado de salud de los ciudadanos. En ese sentido creo que es valioso el aporte entregado por cada uno de nosotros, movilizándonos desde distintos puntos del país, desde los diferentes puestos de trabajo, realmente hemos hecho un esfuerzo en estos dos días por entregar lo mejor de nosotros. Se han dado recomendaciones para cambiar la dieta del niño en sus dos primeros años de vida, se han tratado aspectos legales en relación con el trabajo de la madre, capacitación del personal, etc..., que creo son aspectos fundamentales.

Señor Subsecretario, el hecho de haber participado en este Seminario Taller Inter-institucional de carácter nacional, realmente nos compromete, a todos tanto en el plano institucional cuanto en el plano cívico patriótico, porque estamos pretendiendo solucionar un problema fundamental de nuestra niñez.

Este hecho de comprometernos nos obliga a su vez a mantenernos atentos y vigilantes para que las recomendaciones del taller y los ofrecimientos se hagan realidad. Hay recelos de que no llegue a cumplirse este plan; igualmente tenemos recelo de que esto se constituya en un plan exclusivamente vertical y no forme parte de un plan integral de nutrición, como componente fundamental para mejorar las condiciones de salud de nuestro pueblo.

Finalmente considero que es justo, en nombre de este distinguido y selecto grupo de participantes a este Seminario Taller, expresar una vez más las felicitaciones al Ministerio y a cada uno de sus funcionarios por la organización del evento y también desearles los mejores éxitos en este nuevo programa en beneficio de la niñez ecuatoriana.

Intervención del Dr. Enrique Granizo

Señor Doctor Dimitro Barreto Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, distinguidos miembros de la mesa directiva, funcionarios del Ministerio de Salud Pública, señoras y señores.

El Gobierno Nacional reconoce que uno de los problemas prioritarios y fundamentales de la salud pública constituye la desnutrición y la desnutrición infantil es el problema número uno de la salud pública en nuestro país. La desnutrición es el telón de fondo que enmarca la gran morbi-mortalidad infantil y una serie de procesos nosológicos que agobian no sólo a la niñez sino también a todo el conglomerado social.

Vale la pena preguntarnos desde cuando somos un pueblo de desnutridos, creo que desde hace mucho tiempo. En realidad vamos siendo cada vez más desnutridos posiblemente como han dicho algunos estudiosos del tema, "el pueblo ecuatoriano en sus orígenes estaban constituidos por conglomerados bien nutridos, pero se inicia el proceso de desnutrición en el país cuando se inicia el proceso de colonización y el proceso de aculturización que todavía vivimos hasta este momento". De tal manera que es grato que los ecuatorianos vayamos tomando conciencia definitiva, de que este fenómeno debe ser afrontado con la verticalidad y la frontalidad que exige.

Es importante anotar que las autoridades actuales hablan ya de un gran proceso para conseguir un pueblo sano, un pueblo bien nutrido y un pueblo educado. Es importante ver también que todos estamos con esa predisposición espiritual de tratar de tomar a este "toro por los cuernos", por ello es que yo creo y sigo sosteniendo que el ataque a la desnutrición y fundamentalmente el ataque a la desnutrición infantil, es un negocio que nos compete a todos; y que por lo tanto este ataque en primer lugar debe ser desmedicalizado y esto quiere decir que aquí tenemos que ir: Educadores para la Salud, Obreros, Estudiantes, Maestros, es decir todo el conglomerado social a tomar como suya esta causa que reivindique el estado nutricional de nuestro pueblo.

Se ha dicho y con mucha razón que esto es un trasunto de la crisis que la vivimos; así es, la crisis pública está implicada en la crisis global que consume a nuestro país y esto es más notorio y crítico, cuando hay un modelo de desarrollo concentrador de la riqueza.

Es mucho más evidente ver la depauperización biológica de un pueblo y, ver esta depauperización biológica que hemos ido sufriendo no sólo en los estratos marginales, sino también en las capas medias y aún otras capas de los estratos en que artificialmente se divide la sociedad.

Qué hacer ante ello; el Gobierno Nacional aspira a implementar una real política nacional de alimentación y nutrición y sabemos y entendemos que esto es un reto que constituye todo un proceso histórico; que hay que cambiar una serie de estructuras que han mantenido precisamente a nuestro país sumido en un modelo injusto y concentrador. Se ha privilegiado a la agricultura de exportación que generaba divisas, las cuales estaban al servicio de la deuda externa y es así como hemos privilegiado al desarrollo de la agricultura de la vaca, de la palma africana, del banano, del café, del cacao, en detrimento gravísimo de la agricultura de consumo interno, es decir de aquella agricultura que puede servir para nutrir mejor a nuestro pueblo.

El Gobierno Nacional está precisamente empeñado, si bien en no descuidar ese primer rubro, en darle especial apoyo a este segundo rubro, porque de lo contrario, de qué ataque a la desnutrición podríamos hablarles; si el pueblo no tiene la posibilidad de acceder a los alimentos tanto mediante el poder adquisitivo real de su salario cuanto por la oferta de alimentos que sean idóneos para su nutrición.

Pero claro está que también se necesita un componente educativo, cuántos patrones de consumo tenemos que cambiar, cuanto nosotros mismos tenemos que aprender para poder decir que estamos mejor alimentados y mejor nutridos y es por ello que yo celebro que hayan realizado este Seminario Taller, que ha generado una serie de conclusiones y de recomendaciones que serán puntualmente recogidas por las autoridades del Ministerio de Salud Pública, y que serán incorporadas al plan general de salud, que en breves días nosotros pondremos a consideración de la ciudadanía, como parte integrante de un nuevo modelo general de desarrollo que necesita este país a todas las luces.

Es por esta razón que yo agradezco a los funcionarios de salud pública que han tenido toda la decisión de organizar este Seminario Taller, a todos los docentes, dicentes y participantes del mismo, que con su talento vinieron a enriquecer a las autoridades de salud pública, para que puedan tener mejores causales y mejores alternativas y una mejor toma de decisiones, en esta tan importante materia de la salud pública.

Yo sé que habrán quedado algunos interrogantes; así es cuando el hombre busca una solución a una pregunta y la encuentra. Posiblemente, surgen nuevas interrogantes, jamás se va a agotar el tema y siempre van a estar suscitándose nuevas y a veces más inquietantes preguntas. Es por esta razón que estas discusiones no deben agotarse con este seminario, que este debería ser el punto de partida para una serie de encuentros en donde cada vez se vaya profundizando el tema, en donde no solamente queden enunciados teóricos, sino que marquen direcciones y pautas para la praxis adecuada y para que sigamos poniendo bases audaces e irreversibles, de un proceso realmente

democrático de administración de la cosa pública y al decir democrático quiero decir participativo, donde todos seamos corresponsables y cogestores de la administración. No de otra manera se puede entender la simientación de un proceso democrático y el avance hacia una medicina que sea de todos y para todos que sea desmercantilizada y más humanizada.

Muchas Gracias.

ANEXOS

1. AGENDA
2. TRIPITICO
3. RESULTADOS DE LAS PRUEBAS ORGANOLEPTICAS
4. BIBLIOGRAFIA
5. LISTA DE PARTICIPANTES

ANEXOS

1. AGENDA
2. TRIPTICO
3. RESULTADOS DE LAS PRUEBAS ORGANOLEPTICAS
4. BIBLIOGRAFIA
5. LISTA DE PARTICIPANTES

**SEMINARIO TALLER DE EDUCACION NUTRICIONAL
"NUEVAS ESTRATEGIAS DE ALIMENTACION INFANTIL"**

Miércoles 21 de Septiembre de 1988

P R O G R A M A

HORA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
08H30-08H30	Inscripciones	Sra. Ana Maria Merchàn A.T.E.
08H30-09H00	Inauguraciòn	Dr. Plutarco Naranjo Ministro de Salud Pùblica
09H00-09H30	Objetivos del Taller Metodologia	Dra. Yolanda de Grijalva Directora del Curso
09H30-10H15	Visiòn General de la Situaciòn Nutricional en el Ecuador	Dr. Julio Alvear Jefe de la Divisiòn de Nutriciòn del MSP
10H15-10H45	RECESO. Cafè, visita a los stands	
10H45-12H00	Mejorando la Nutriciòn Infantil: Recientes Experiencias aplicables al Ecuador	Dra. Marcia Griffiths MANOFF INTL. INC.
12H00-12H30	Presentaciòn de la Metodologia y Muestreo de la Investigaciòn	Dra. Maria Elena Acosta Investigadora del IIDES
12H30-14H00	ALMUERZO	
14H00-15H30	Resultados de la Investigaciòn: Fases 1 y 2	Dra. Yolanda de Grijalva
15H30-16H00	RECESO	
16H00-17H00	Resultados de la Investigaciòn: Fase 3	Dra. Yolanda de Grijalva

**SEMINARIO TALLER DE EDUCACION NUTRICIONAL
"NUEVAS ESTRATEGIAS DE ALIMENTACION INFANTIL"**

Jueves 22 de Septiembre de 1988

P R O G R A M A

HORA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
08H00-08H30	Explicación del marco general para la estrategia e instrucciones para el Trabajo de Grupos.	Dra. Yolanda de Grijalva
08H30-13H00	TRABAJO DE GRUPOS: 1. Mejoramiento de la nutrición infantil Bases de la Estrategia 2. Contribución de los diferentes sectores 3. Priorización de las actividades inmediatas	Participantes
13H00-14H00	ALMUERZO	
14H00-16H00	Plenaria - Conclusiones	Dr. Nelson Dávila Director General de Salud Dra. Marcia Griffiths
16H00	Clausura	Dr. Enrique Granizo Subsecretario de Salud

Recetas

Bibliografía

PARA NIÑOS ENTRE 4 - 6 MESES: ALIDE 4

TEMAS

- PURE DE PAPA (Para iniciar el destete).

Ingredientes:	Cantidad:
- Papa cocida	1 Unidad m
- Yema de Huevo	1 Unidad
- Zanahoria Amarilla cocida	1/2 Unidad p
-Manteca de Color	1 cucharita

- RALLADO DE ZANAHORIA CON GUINEO (Para iniciar el destete).

Ingredientes:	Cantidad:
- Plátano de Seda	1 Unidad mediana
- Leche	1/4 taza
-Zanahoria Amarilla	1/2 Unidad p
- Aceite	1/2 cucharita

- Mercadeo Social
- Educación Nutricional
- Monitoreo de Crecimiento
- Alimentación Infantil
- Material Educativo

Los artículos de su interés pueden ser fotocopiados durante el taller.

PARA NIÑOS MAYORES DE 7 MESES: ALISAN

TALLARIN CON TOMATE

Ingredientes:	Cantidad:
- Fideo Cabello de Angel (cocinado)	10 cucharitas (2 onzas)
- Yema de Huevo (cocinada)	1 unidad
- Tomate Riñón	1/2 Unidad med.
- Aceite	1 cucharita.
- Cebolla/sal	Cantidad suficiente.

ARROZ VERDE

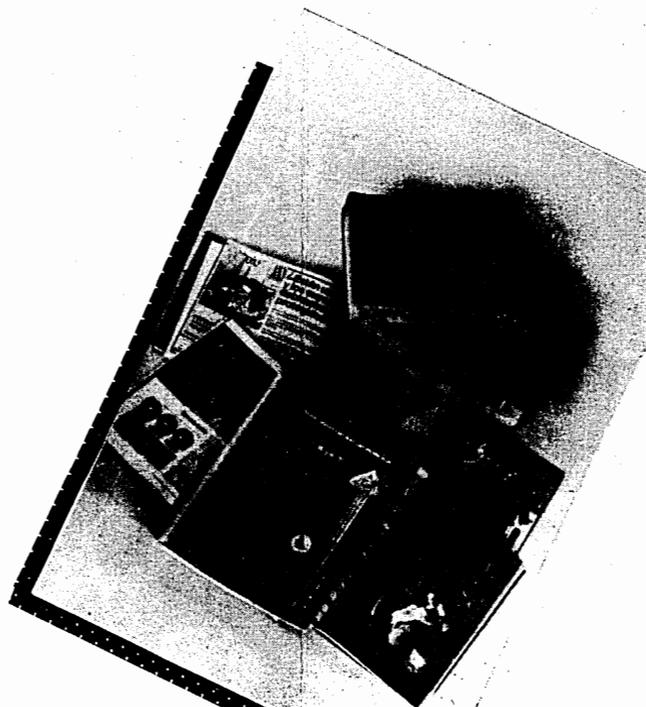
Ingredientes:	Cantidad:
- Arroz	10 cucharitas (cocido)
- Yema de Huevo	1 unidad
- Espinaca	6 hojas g
- Aceite	1 cucharita

SANGO DE PESCADO

Ingredientes:	Cantidad:
- Verde	1/2 Unidad mediana
- Pescado	1 Pedazo p (50 g)
- Manteca de Color	1 cucharita

FUERSAN

Ingredientes:	Cantidad:
- Máchica	3 Tazas
- Harina de Haba	1 Taza
- Aceite	3 Cucharadas



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
DIVISION NACIONAL DE NUTRICION

Instituto de Investigaciones para el
Desarrollo de la Salud I.I.D.E.S.
AGENCIA INTERNACIONAL PARA EL
DESARROLLO A.I.D.
MANOFF INTERNATIONAL INC.



SEMINARIO TALLER DE
EDUCACION NUTRICIONAL

“NUEVAS
ESTRATEGIAS
EN ALIMENTACION INFANTIL”

21-22. septiembre-1988.
Edificio Las Camaras
Alemania 1326 y Republica

NUTRICION
DE LA COMUNIDAD DEL SECTOR SALUD



Quito - Ecuador

Prácticas alimentarias en niños menores de 5 años



PROBLEMAS

La mayoría de madres no saben lo que es calostro ni conocen sus ventajas, sino que lo asocian con "lo de las vacas". Más generalizado y comprendido es el nombre de "primera leche".

Algunas madres de la costa y de otras áreas (las que dan a luz en el Hospital) descartan el calostro.

Algunas madres (especialmente primerizas) tienen problemas en los senos cuando comienzan a dar de lactar (fisuras, tumefacción).

Muchas madres dan de lactar sólo de un seno en cada lactada.

La característica fundamental de la comida que reciben los niños menores de dos años es que tiene consistencia líquida y se administra en mínimas cantidades.

Pocas madres dedican tiempo y paciencia para dar de comer a sus hijos.

El estado nutricional de los niños se vio claramente deteriorado (eso dijeron las madres) por la presencia de la enfermedad y por las malas prácticas alimentarias durante y después de los períodos de morbilidad.

Disponibilidad de alimentos en los hogares



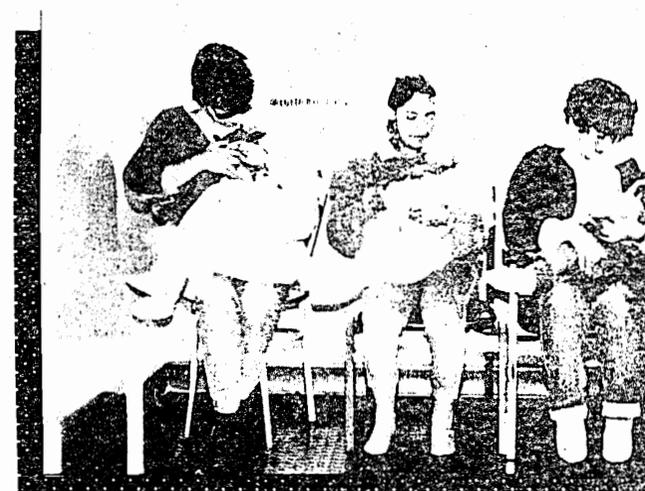
PROBLEMAS

Los alimentos complementarios vienen de la comida familiar y los más comunes son: sopa de fideo, arroz, papas, verduras y harina. Está limitado el consumo de frutas, hortalizas, grasas y proteínas de origen animal.

Son muy notorias la falta de transferencia de los alimentos de que dispone la familia (dieta familiar) hacia el niño pequeño y la limitada preparación de alimentos (recetas) especiales para el infante.

Si los niños menores de dos años recibieran algo más de comida familiar, su crecimiento y nutrición no sufrirían tan graves deterioros como los que se pueden encontrar en la actualidad.

Soluciones a problemas anteriores



SOLUCIONES

Comenzar la lactancia materna inmediatamente después del parto y dar el calostro.

Dar de los dos senos en cada lactada.

Quitar el biberón.

Iniciar el destete a los 4 meses con al menos una comida familiar espesa.

Dar comida familiar espesa.

El aumento del consumo a

través de entrecomidas nutritivas tiene muchas posibilidades de que se pueda cumplir.

La educación nutricional debe abarcar a toda la familia.

El tiempo de la madre es un aspecto que debe ser tomado en cuenta para el cumplimiento de recomendaciones que mejoren las prácticas alimentarias existentes.

A N E X O 3

RESUMEN DE LAS PRUEBAS ORGANOLEPTICAS

Durante el desarrollo del Seminario Taller se presentaron las mezclas alimentarias para destete, desarrolladas en el proyecto PICNI; para ser degustadas por los participantes.

Se prepararon las mezclas: rallado de zanahoria amarilla, tallarín de huevo, arroz verde y FUERSAN para el primer día; y puré de papa, sango de pescado y FUERSAN para el segundo día.

Las recetas de las preparaciones se encuentran en el plegable (tríptico) del Anexo 2 de este informe.

Para conocer la opinión de los participantes sobre mezclas alimentarias se diseñó un formulario el cual fue llenado al momento de la degustación. Los opiniones de los participantes al taller en cuanto a sabor, color y olor, se resumen en el siguiente cuadro.

RESULTADOS DE LA PRUEBA ORGANOLEPTICA DE LAS MEZCLAS ALIMENTARIOS. PROYECTO PICNI. 1988

Preparación	Bueno/acep.	Regular	Malo/No acap.	Total
Rallado de zanahoria	9	1	-	10
Puré de papa	10	-	-	10
Tallarín de huevo	12	-	-	12
Arroz verde	5	3	-	3
Sango de pescado	4	2	-	6
Fuersan	9	5	-	14
TOTALES:	49	11	-	60

Como se puede observar, la preparación más aceptada fue el "tallarín de huevo" y menos aceptado el "sango de pescado".

Algunos de los participantes hicieron los siguientes comentarios a las preparaciones.

1. Rallado de zanahoria amarilla

- . Muy apetitosa
- . Es alimento de la Costa. Cómo difundirlo en la Sierra?.
- . Debería hablarse de la importancia de estos alimentos desde los jardines de infantes directamente a los niños.
- . Se deberá utilizar programas de radio para la difusión de estas preparaciones.

2. Puré de papa

- . Muy espeso para los niños de esda edad
- . Habria que ver el costo
- . El sabor residual del huevo crudo personalmente a mi no me gusta pero para niños pienso que no hay problema.

3. Tallarin con huevo

- . Muy rico y muy nutritivo
- . Interesante enseñar la forma de preparar

4. Arroz verde

- . Posiblemente difícil obtener huevos
- . Es una buena combinación
- . Personalmente no me gustó
- . Creo que si es aceptable.

5. Sango de pescado

- . Parece bueno para personas de la Costa
- . Producto blando, agradable y bueno promover el uso de pescado.
- . Muy seco
- . Buscar la forma de servir sin espina de pescado.

6. Fuersan

- . Muy seco, sería conveniente comerlo, aún por precaución acompañado de un vaso de bebida, por ejemplo colada de avena con panela.
- . Cómo se introduciría esta mezcla en las áreas urbano marginales.
- . Serà importante revalorizar nuestras constumbres pasadas que han aportado significativamente en la alimentación de la familia ecuatoriana.
- . Util al ser dado en chapo con leche
- . Riquisima la ser dada en una sopa espesa de verduras
- . Debe añadirse líquido
- . Sería posible tener facilidades para su provisión permanente a nivel familiar.

BIBLIOGRAFIA

- AMADOR, Manuel. "Educación en Nutrición en Cuba: Su Interacción en el Desarrollo Socioeconómico". La Habana, 1984.
- ASOCIACION DE MADRES QUE AMAMANTAN SIEMPRE. "Curso de Lactancia Materna". Tegucigalpa, fecha no disponible.
- BERG, Alan. "Los Malnutridos". Banco Mundial, 1a. Washington, 1981.
- BONILLA, E.; ALFEREZ DEL CASTILLO, M.; PINEDA, F. "Informe Final sobre los Estudios Antropológicos en Supervivencia Infantil y Comunicación realizados en Cuatro Comunidades". INCAP, Febrero, 1987.
- CAMERON, Margaret; HOFVANDER, Yngve. "Manual of Feeding Infants and Young Children". Univer, Oxford, 3a. Delhi, 1983.
- CARRINGTON, Maria; GRIFFITHS, Marcia; DIAMOND, Maggie. "Guide to Mass Media and Support Materials for Nutrition Education in Developing Countries. A Supplement". UNICEF, Barbados, 1979.
- CENTRO DE DOCUMENTACION SOBRE ALIMENTACION INFANTIL Y NUTRICION MATERNA. "Madres y Niños". Vol 1: 1(80), 3(81); Vol 2(82): 1, 2, 3; Vol 3(83): 1, 2, 3; Vol 4(84): 1, 3; vol 5: 1(85), 2 (86), 3 (86); Vol 6(87): 1, 2, 3;
- CENTRO DE DOCUMENTACION SOBRE ALIMENTACION INFANTIL Y NUTRICION MATERNA. "Government Legislation and Plicies to Support Mothers and Breastfeeding, Improve Maternal and Infant Nutrition, and IMP". American Public Health Association. Septiembre, 1984.
- CENTRO DE DOCUMENTACION SOBRE ALIMENTACION INFANTIL Y NUTRICION MATERNA. "Government Legislation and Plicies to Support Mothers and Breastfeeding, Improve Maternal and Infant Nutrition, and IMP". American Public Health Association. Enero, 1988.
- CENTRO DE DOCUMENTACION SOBRE ALIMENTACION INFANTIL Y NUTRICION MATERNA. "Information Packet: Growth Monitoring". American Public Health Association. Junio, 1987.
- COPAM. "Unidades de Educación Grupal para el Fomento de la Lactancia Materna".
- EL HOGAR DE LA MADRE. "La Lactancia Materna". Lima, fecha no

disponible.

- * "Enfrentando el Descenso Histórico de la Lactancia Materna". Washington, fecha no disponible.
- * "Está usted pensando cómo alimentar a su bebé? Por qué no prueba amamantarlo (Darle el Pecho)?", fecha no disponible.
- FAO. "Nutrición: Consumo y Cocina Popular". Quito, fecha no disponible.
- FAO. "Alimentación y Nutrición", 62, fecha no disponible.
- FAO. "Alimentación y Nutrición", 81, fecha no disponible.
- FAO. "Alimentación y Nutrición", 92, fecha no disponible.
- FAO. "Alimentación y Nutrición", 101, fecha no disponible.
- GRANT, James. "Estado Mundial de la Infancia". UNICEF, 1987.
- GREINER, Ted. Introducción por LATHAM, Michael. "Regulation and Education: Strategies for Solving the Bottle Feeding Problem". Cornell International Nutrition. 1977.
- GRIFFITHS, Marcia; MANOFF, Richard. "Guide to Mass Media and Support Materials for Nutrition Education in Developing Countries". International Nutrition Communication Service, Enero, 1985.
- GRIJALVA, Yolanda de.; ORDOÑEZ, P.; ACOSTA, M.E.; MONCAYO, J.; NELSON D. "Estudio sobre el Crecimiento Físico de los Niños en el Ecuador. Plan de Reducción de la Enfermedad y Muerte Infantil". MSP, Septiembre, 1986.
- HOFVANDER, Yngve. "Maternal and Young Children Nutrition". UNESCO, 1983.
- HOLLIS, Christine. "Using Communications to Solve Nutrition Problems: A Compendium". International Nutrition Communication Service. Junio, 1986.
- INCAP. "Avances de la Supervivencia Infantil". Vol 4(86): 1; Vol 5(87): 1, 2, 3, 5.
- INCAP. "Suplemento sobre Nutrición Materno-Infantil, Lactancia y Destete". Vol 2(84): 3; vol 3(85): 1, 3, 4, 5, 6.
- INTERNATIONAL NUTRITION PLANNERS FORUM. "Nutrition In Primary Health Care". Oelgeschlager, Gunn & Hain Publishers, Inc. 1984.

- ISRAEL, Ron; LAMPTEY, Peter. "Nutrition Training Manual Catalogue for Health Professionals, Trainers and Field Workers in Developing Countries". International Nutrition Communication Service.
- * "Lactancia Materna", Nicaragua, fecha no disponible.
 MENDEZ NUÑEZ de, Marisela, "Amamantar es lo Mejor para tu Hijo", Republica Dominicana, fecha no disponible.
- LA LIGA DE LA LECHE. "Para mi niño lo mejor". Guatemala, fecha no disponible.
- MANTRA, I.B. et al. "Nutrition Communication and Behaviour Change Component. Indonesian Nutrition Development Program". Manoff International, Inc., 1984.
- MATERIALES MARIA MAYA. "La Alimentación del Niño Pequeño: Además del Pecho". Guatemala, fecha no disponible.
- MINISTERIO DE PREVISION SOCIAL Y SALUD PUBLICA DE BOLIVIA. Dirección Nacional del SVEN, Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nutricional. Vol 1(86): 3.
- MITZNER, K.; SCRIMSHAW, N.; MORGAN, R. "Improving the Nutritional Status of Children during the Weaning Period Mit". 1a. Massachusetts, 1984.
- NARANJO, Plutarco. "Desnutrición: Problemas y Soluciones". MSP, 1a. Quito, 1986
- NATIONAL COUNCIL FOR INTERNATIONAL HEALTH. "International Health News". Vol 8: 6, June/July/87.
- NATIONAL NUTRITION COUNCIL. "Key Results of the Swaziland National Nutrition Status Survey". UNICEF, fecha no disponible.
- OMS. "Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna", Ginebra, 1981.
- PLAN NACIONAL DE ALIMENTACION Y NUTRICION. "Manual de Lactancia Materna", fecha no disponible.
- PLAN NACIONAL DE ALIMENTACION Y NUTRICION. "Laminario Lactancia Materna". Bogotá, fecha no disponible.
- * "Population Reports". J24. Population Information Program. John Hopkins University, Octubre, 1982.
- POPKIN, B; BILSBORROW, R.; AKIN, J.; YAMAMOTO, M. "Breastfeeding

Determinants in Low-Income Countries". Universidad de Carolina del Norte, 1981.

SISTEMA ALIMENTARIO MEXICANO. "Leche Materna: La Alimentación Completa para el Bebè". Mèxico, fecha no disponible.

* "The Uniqueness of Human Milk", 24, The Journal of Clinical Nutrition, fecha no disponible.

TECHNICAL GROUP MEETING. "Guidelines for Developing Strategies to Promote Successful Breastfeeding". UNICEF, Barbados, 1979.

UNESCO NUTRITION EDUCATION PROGRAMME. "Show and Tell Disciplines D'Eveil Mostrar y Contar". UNESCO, 1985.

UNICEF. "El Redescubrimiento de la Lactancia Materna: Guiòn Cinematogràfico". Nueva York, fecha no disponible.

UNICEF. "Information for Action Issue Paper", Enero, 1986.

UNICEF. "Information for Action Issue Paper", Septiembre, 1985.

UNICEF. "Information for Action Issue Paper", Julio, 1983.

WEBER, Candy. "Manual para una Madre". Wisconsin, fecha no disponible.

WINIKOFF, et. al. "The Infant Feeding Study. Bangkok Site Report". UNICEF, 1986.

A N E X O 5

Seminario Taller: "Nuevas Estrategias en Alimentación Infantil".

LISTA DE PARTICIPANTES

INSTITUCION/ CARGO

NOMBRE

Autoridades:

Ministro de Salud Pública	Dr. Plutarco Naranjo
Subsecretario de Salud	Dr. Enrique Granizo
Directora de Fomento y Protección	Dra. Magdalena Vanoni
Secretario Ejecutivo C N S	Dr. Fausto Andrade
Representante OPS-OMS	Dr. Carlos Pettigiani

Planta Central del MSP

Director de INAC	Dr. Eduardo Rodriguez
Jefe de Div. de Ed. para la Salud	Lic. Héctor Olmedo
Jefe de la Div. de Nutrición	Dr. Julio Alvear
Jefe de la Div. de Investigaciones Nutricionales	Dr. Mauro Rivadeneira
Jefe de la Div. de Investigaciones Médico Sociales	Dr. Fernando Ortega
Médico de Div. Materno Infantil	Dr. Rodrigo Jarrín
Médico de la Div. de Nutrición	Dr. Ramón Ponce
Enfermera de la D.N.N	Lcda. Martha Carrillo
Educador para la Salud de D N N	Lcdo. Luis Montahuano
Nutricionista del IIDES	Lcda. Mariana Oleas
Bioquímica de IIDES	Bio. Alicia Rodríguez
Nutricionista de Serv. Salud	Lcda. Lida Daqui
Educador para la Salud	Lcdo. Juan Salazar
Educador para la Salud	Lcdo. Eduardo Salazar
Coordinador del IIDES	Dr. Fabrízis Suárez
Educador para la Salud	Lcdo. Víctor E. Sánchez
Jefe de Estadística-Planificación	Lcda. Lupe Orozco

Subsecretaría de la Región II

Jefe de Fomento y Protección	Dr. Jorge Toledo
------------------------------	------------------

Dirección Provincial de Salud de Pichincha

Jefe de Administración de Serv. de Salud	Dr. Pablo Herrera
Enfermera de Materno Infantil	Lcda. Jenny de Puente
Educador para la Salud	Lcdo. Gonzalo Tixe

INSTITUCION/ CARGO**NOMBRE****Dirección Provincial de Salud de Guayas**

Jefe de Salud Infantil Dr. Ana Amat

Dirección Provincial de Salud de Manabí

Jefe del Dpto. de Epidemiología Dr. Guido Terán

Dirección Provincial de Salud de Chimborazo

Director Provincial de Salud Dr. Ramiro Guerrero
Enfermera Lcda. Melfa Jaramillo

Dirección Provincial de Salud de Loja

Jefe de Fomento y Protección Dr. Segundo Calle

Hospital Pablo Arturo Suárez

Jefe del Serv. de Pediatría Dr. Carlos Valencia

Hospital Baca Ortiz

Director del H. Baca Ortiz. Dr. Gonzalo Mantilla
Enfermera Jefe del Serv. Pediatría Lcda. María Terán
Voluntaria Sra. Elena Godoy
Voluntaria Sra. María Ramírez
Voluntaria Sra. Lupe Salazar

Hospital Enrique Garcés

Médico Tratante del Serv. Dr. Fernando Betancourt
de Pediatría
Enfermera Jefe del Serv. Lcda. Janeth Salazar
de Pediatría

Hospital Gineco-Obstétrico Isidro Ayora

Jefe del Serv. de Pediatría Dr. Víctor H. Espin
Jefe del Centro Obstétrico Dr. Gustavo Ramos
Médico Tratante del Serv. Dr. Anibal Arias
de Pediatría
Enfermera Supervisora Lcda. Mariana Acosta

INSTITUCION/ CARGO**NOMBRE****Hospital Carlos Andrade Marín**

Pediatra del H. C.A. Marín
Enfermera Jefe del Serv. de
Pediatria
Jefe de Evaluación Médica
Médico Residente del Serv. de
Pediatria
Enfermera
Supervisora

Dr. Gabriel Ordoñez
Lcda. Enma Guerrón
Dr. Marcelo Barona
Dr. Pablo Riofrio
Lcda. Susana Jimenez
Lcda. Ligia Castro

Hospital Militar

Jefe del Serv. de Pediatría

Dr. Mario Velásquez

Hospital Eugenio Espejo

Médico tratante del Serv. de
Pediatria

Dr. Fernando Aguinaga

Hospital Patronato San José

Enfermera-Jefe de Consulta Ext.

Lcda. Pilar Pàez

Hospital Vicente Corral (Cuenca)

Jefe del Servicio de Pediatría

Dr. Jorge Montalvo

Hospital Guayaquil (Guayaquil)

Médico Tratante del Serv. de
Pediatria

Dr. Adolfo Toro

Hospital Alejandro Mann (Guayaquil)

Coordinador General

Dr. Francisco Obando

Hospital Francisco Icaza Bustamente (Guayaquil)

Jefe del Servicio de Nutrición

Dr. Gerardo Flores

INSTITUCION/ CARGO**NOMBRE****Maternidad Mariana de Jesús**

Médica Tratante

Dra. María Mosquera

Hospital Gineco-Obstetrico Enrique Sotomayor

Voluntaria

Sra. Delia Mosquera

Hospital Villagómez

Médico Tratante

Dr. Carlos Rios

AFEME

Director Ejecutivo

Dr. Edgar Jativa

Facultad de Medicina Universidad Central

Decano de la Facultad de Medicina

Dr. Dimitri Barreto

Profesora Principal de Pediatría

Dra. Rosa Romero

Director del Instituto de

Dr. Patricio Espinosa

Investigaciones

Jefe del Lab. Inv. Metabolismo

Dr. Patricio López

y Nutrición

Director del Postgrado de

Dr. Luis Escobar

Ginecología

Profesor Principal de Pediatría

Dr. Enrique Chiriboga

Profesor de Pediatría

Dr. Homero Endara

Escuela Politécnica Nacional

Profesor principal Ins. Inv.

Ing. Pablo Pòlit

Tecnológicas

Investigadora

Ing. Jenny Ruales

Asistente de investigación

Sr. Carlos Orozco

Facultad de Enfermería de la PUCE

Profesora Agregada

Lcda. Zoila Jácome

Profesora

Lcda. Nancy Revelo

INSTITUCION/ CARGO**NOMBRE****Universidad de Cuenca**

Director de IDICSA
Docente de la Càtedra de
Pediatria

Dr. Alberto Quezada
Dr. Bolivar Quito

Universidad Estatal de Guayaquil

Profesor principal de la Càtedra
de Pediatria

Dr. Cèsar Molina

Facultad de Nutriciòn (ESPOC).

Docente en Planif. Aliment.

Lcda. Patricia Chico

Universidad Técnica de Ambato

Profesor de la Facultad de
Alimentos

Ing. Juan Alvarado

Ministerio de Educaciòn

Docente del Colegio M. Cañizares
Coordinadora de Educaciòn Para
la Salud

Lcda. América Vinueza
Dra. Mònica Zumàrraga

Docente del Colegio M. Cañizares
Supervisora del Clgo. M. Cañizares
Investigadora de Microplanif.
Educativa
Investigadora de Microplanif.
Educativa

Lcda. Renè Rueda
Lcda. Mariana Freire
Lcda. Augusta Buitròn

Lcda. Patricia Bravo

Ministerio de Bienestar Social

Programas No Convencionales
Subsecretaría de Desarrollo Rural

Dra. Tamara Aucatoma
Lcda. Hilda Salas

Direcciòn de Higiene Municipal

Jefe de Servicios de Salud
Educatora para la Salud

Dr. Jaime Miranda
Lcda Bertha Muela

INSTITUCION/ CARGO**NOMBRE****SENAC**

Periodista

Lcda. Piedad Donoso

OTIDESAsesora
NutricionistaDr. Rocio Bastidas
Lcda. Gloria Huilca**Instituto Nacional de Higiene I. Pérez**

Microbióloga

Dra. Mónica Sosa

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Nutricionista del IESS

Lcda. Isabel Ricaurte

Seguro Social CampesinoSeguro Social Campesino
Médico Planificador Dpto. de
Investig. y EstudiosDra. Marianela Ramos
Dr. Luis Ayala**CONACIT**

Técnico en Planificación

Lcda. Dolores Boada

Fundación Enfermera

Delegada

Lcda. Ana Galarza

FoderumaSubgerente
Consultor TécnicoIng. Víctor Proaño
Dr. Miguel Almeida**Prefectura Provincial de Imbabura**

Prefecto Provincial de Imbabura

Dr. Luis Muñoz

INSTITUCION/ CARGO**NOMBRE****Organismos Internacionales**

Coordinador PREMI - AID	Dr. Joseph Baldi
Asesor - AID	Dr. David Nelson
Asesor - AID	Dr. Jaime Benavente
Subjefe de Salud - AID	Dra. Katherine Jones-Patron
Oficial de Salud de UNICEF	Dr. Lenin Guzmán
Director de Operaciones de PMA	Dr. Bodo Henze
Asistente de Programa de FAO	Srta. Ivon Alvarez

Instituciones Privadas

CEPAM (Encargada de Nutrición y Consumo)	Nut. Michell Fried
CEPAM (Coordinadora de Salud)	Dra. V. Gómez de la Torre
CEMOPLAF (Jefe del Dep. Educativo)	Dr. Alberto Loaiza
CONFERENCIA EPISCOPAL (Coordinad.)	Sra. Cecilia Ríos
CUERPO DE PAZ (Director Programa de Salud)	Dr. Miguel Artola
FONDO ECUAT. POPULORUM PROGRESO (Asesor)	Ing. Wilson Navarro
CATHOLIC RELIEF SERVICES (Project Manager)	Lcda. Susana Larrea
CATHOLIC RELIEF SERVICES (Asist. de Proyecto)	Lcda María Miranda
INNFA (Psicóloga del Sist. Aten. Infantil)	Dra. Sonia Rodríguez
LIGA I. DE LA LECHE (Administ. Regional)	Dra. Ana Johnson
FUNDACION ICD (Director)	Dr. Fabián Recalde
FUNDACION ICD (Director Técnico)	Dr. Ivan De la Torre
PROGRAMAS DE SALUD COMUNITARIO	Dra. Nelly Gallegos
CARE (Coordinadora)	Lcda. Rosario Granados
NUTREXPA (Gerente)	Dr. Diego Angulo
NUTREXPA (Gerente de Marketing)	Dr. Nestor Jaramillo
IDEAS Y PRODUCCIONES	Srta. Diana Navas

Otros Participantes

Dr. Fabián Vasconez
 Dr. Susana Tamayo
 Lcda. Patricia Herrera
 Lcdo. Galo Paredes
 Lcda. Rosa Araque

INSTITUCION/ CARGO

NOMBRE

Equipo de Investigación

Dra. Yolanda de Grijalva
Dra. María Elena Acosta
Dra. Ximena Abarca
Lcda. Liliam Mancheno
Lcda. Piedad Yerovi
Lcda. Ana Tamayo
Lcdo. Enrique Contreras
Lcda. Lucia Valle

Secretarias

Sra. Yolanda del Castillo
Srta. Marcia Páez

Administración

Sra. Ana María Merchán