BASICS II

Conductas clave en salud maternoinfantil

Énfasis en las conductas de las personas responsables del cuidado de los niños para formular programas de salud maternoinfantil en las comunidades

Contribuidores

John Murray
Gabriella Newes Adeyi
Judith Graeff
Rebecca Fields
Mark Rasmuson
René Salgado
Tina Sanghvi

Conductas clave en salud maternoinfantil

Énfasis en las conductas de las personas responsables del cuidado de los niños para formular programas de salud maternoinfantil en las comunidades

John Murray

Gabriella Newes Adeyi

Judith Graeff

Rebecca Fields

Mark Rasmuson

René Salgado

Tina Sanghvi

BASICS II

Síntesis

Un equipo multidisciplinario de especialistas en medicina y del comportamiento preparó una lista de dieciséis conductas clave, las cuales podrían mejorar la salud maternoinfantil en las comunidades si las practican las personas encargadas del cuidado de los niños. Entre los criterios utilizados al seleccionar estas conductas clave se encontraron sus efectos sobre toda una serie de trastornos de salud, su relación demostrada con la mortalidad y la morbilidad, su impacto sobre los más importantes problemas de salud pública en los países en desarrollo, su posible medición, y su modificabilidad en función del costo. Dichas conductas clave se enmarcan en cinco categorías: (1) conductas en la salud reproductiva, (2) conductas relacionadas con la alimentación de lactantes y niños, (3) conductas en cuanto a vacunación, (4) cuidados prestados en el hogar, y (5) conductas de búsqueda de ayuda fuera del hogar. Los gerentes de programas de salud tienen que elegir las conductas clave sobre las que se concentrarán sus programas después de revisar los datos disponibles de su comunidad. Una vez realizado este proceso de selección, estarán listos para diseñar y aplicar las estrategias apropiadas al contexto local, así como observar y evaluar los resultados.

Forma en que se recomienda escribir la cita

Murray, John, Gabriella Newes Adeyi, Judith Graeff, Rebecca Fields, Mark Rasmuson, René Salgado, Tina Sanghvi. 2001. *Conductas clave en salud maternoinfantil: Énfasis sobre conductas de las personas responsables del cuidado de los niños para formular programas de salud maternoinfantil en las comunidades*. Publicado para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) por el Proyecto BASICS (Basic Support for Institutionalizing Child Survival), Arlington, VA.

Traducción

Esta publicación es una traducción del documento, *Emphasis Behaviors in Maternal and Child Health: Focusing on Caretaker Behaviors to Develop Maternal and Child Health Programs in Communities*. John Murray...[et al.] — Arlington, Va.: BASICS, 1997. Traducido por Manuel Muñoz (2001).

Crédito

Foto de portada: UNICEF/93-BOU0698/Jeremy Horner (Chinchero, provincia de Cuzco, Perú)

BASICS II

BASICS II es un proyecto financiado por la Oficina de Nutrición y Salud de la División de Programas Mundiales, Apoyo sobre el Terreno e Investigación (*Bureau for Global Programs, Field Support, and Research*) de la Agencia de EUA para el Desarrollo Internacional (*U.S. Agency for International Development* – USAID). La dirección de BASICS está a cargo de Partnership for Child Health Care, Inc. (contrato no. HRN-C-00-99-00007-00). Entre las organizaciones asociadas a BASICS II se encuentran la Academia para el Desarrollo Educativo (*Academy for Educational Development*), John Snow, Inc., y *Management Sciences for Health*; y entre las entidades subcontratadas, la Universidad Emory, la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad de Johns Hopkins University, The Manoff Group Inc., Program for Appropriate Technology in Health (PATH), Save the Children Federation, Inc., y TSL.

USAID Este documento no representa los puntos de vista u opiniones de USAID y puede reproducirse siempre que se cite a BASICS como fuente.

BASICS II

1600 Wilson Boulevard, Suite 300 • Arlington, VA 22209 USA
Tel: 703-312-6800 • Fax: 703-312-6900
Correo electrónico: infoctr@basics.org • Website: www.basics.org

Índice

- **Siglas** v
- **Resumen ejecutivo** vii
- **Sección 1**
  El Camino a la supervivencia: reconocimiento de la importancia del hogar 1
- **Sección 2**
  Conductas clave: priorización de conductas que tienen lugar en el hogar para formular programas de salud pública 3
- **Sección 3**
  Criterios para la selección de conductas clave 5
- **Sección 4**
  Uso de las conductas clave para la creación de programas de atención primaria de salud 7
- **Anexos**

  Anexo A: Justificación técnica en que se basan las conductas clave 15
  Anexo B: Hoja de datos para establecer prioridades en las conductas clave 25
  Anexo C: Escala para el análisis de la conducta 27
  Anexo D: Guías para obtener información 29
  Anexo E: Material de consulta 31
- **Lista de figuras y cuadros**

  Figura 1. Camino a la supervivencia 2
  Figura 2. Distribución de los 12,2 millones de muertes de niños menores de 5 años que tuvieron lugar en los países en desarrollo en 1995 3
  Cuadro 1. Conductas clave 6
  Cuadro 2. Principales preguntas para adaptar las conductas clave 12

Siglas

IRA	Infecciones agudas de las vías respiratorias (bajas)
BASICS	Basic Support for Institutionalizing Child Survival
CDC	U.S. Centers for Disease Control and Prevention (Centros de los Estados Unidos para la prevención y el control de enfermedades)
IM	Razón de mortalidad
ACS	Agentes comunitarios de salud
EDS	Encuesta demográfica y de salud
PAI	Programa ampliado de inmunización
MTI	Mosquiteros tratados con insecticida
CAP	Conocimientos, actitudes y prácticas
MS	Ministerio de Salud
OPV	Oportunidades de vacunación perdidas
ONG	Organización no gubernamental
SRO	Solución de rehidratación oral
M/P	Matronas o parteras
TT	Toxoide tetánico
USAID	U.S. Agency for International Development (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional)
OMS	Organización Mundial de la Salud

Resumen ejecutivo

Para tener un efecto medible en la morbilidad y mortalidad infantil en los países en desarrollo, los programas de salud pública deben concentrarse en conductas relacionadas con la salud y especialmente en las conductas de las personas que cuidan de los niños. Muchos programas de salud pública se centran en los servicios de salud; aunque estos juegan siempre un papel crucial en la provisión de servicios de atención básica, tienen que ir más allá de los servicios de salud para tener un mayor impacto en la salud infantil.

El *Camino a la Supervivencia* es un marco conceptual creado por el Proyecto BASICS (Basic Support for Institutionalizing Child Survival), los Centros de los Estados Unidos para la Prevención y el Control de las Enfermedades y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Dicho marco puede ser de utilidad en la creación y seguimiento de programas integrados de salud infantil y pone de relieve la necesidad de concentrarse en una serie de conductas que tienen lugar en el hogar para lograr un impacto en la morbilidad y mortalidad de lactantes y niños. También existen en la actualidad datos de calidad procedentes de muchos países en desarrollo, los cuales indican que por lo menos un 70 por ciento de todos los casos de mortalidad infantil se deben a cinco importantes trastornos de salud: enfermedades diarreicas, infecciones agudas de las vías respiratorias bajas (IRA), desnutrición, malaria y sarampión. Debido a que los niños sufren frecuentemente varias de estas enfermedades a la vez, si solamente se trata una de ellas es posible que mueran de las otras afecciones subyacentes, por lo que es necesario que los programas se concentren por completo en estas cinco causas más comunes de morbilidad y mortalidad.

El término conducta clave fue concebido para utilizarlo en programas de salud pública destinados a mejorar la salud de los niños en la comunidad mediante cambios de conducta entre las personas que los cuidan. Aunque no se cuente con los recursos necesarios para realizar una extensa investigación sobre los antecedentes de la situación, dicho concepto permite llevar a cabo amplios y complejos programas. Un equipo multidisciplinario de especialistas en medicina y comportamientos elaboró una lista abreviada de dieciséis conductas clave, las cuales, como se indicará más adelante en mayor detalle, fueron seleccionadas en base a los siguientes criterios: su gran importancia para la salud pública a través del impacto sobre distintos problemas de salud, su relación demostrada con la mortalidad y la morbilidad, su impacto sobre los principales problemas de salud pública en los países en desarrollo, el hecho de ser conductas que se pueden medir y que pueden cambiarse *mediante programas de salud pública eficaces en función del costo*

Como se indica en esta publicación, el proceso de aplicar el marco conceptual de las conductas clave para la planificación vertical de programas, de abajo a arriba, requiere tres pasos:

- En primer lugar, los gerentes de programas de salud tienen que elegir en cuáles de los dieciséis conductas clave se va a

concentrar su programa. Esto se puede hacer mediante una revisión de los datos disponibles de su comunidad sobre los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) de las personas que se ocupan del cuidado de los niños y sobre las tasas de cobertura de vacunación, así como estudiando la viabilidad de implementar un programa a nivel de la comunidad.

- En segundo lugar, hay que elegir las estrategias apropiadas en función del contexto local para abordar ese subgrupo de conductas. Este es un proceso que requiere: (i) identificar los aspectos de la conducta en los que hay que concentrarse en función del contexto; (ii) identificar las poblaciones objetivo, (iii) elaborar estrategias para cambiar las conductas clave en dichas poblaciones y (iv) determinar cuáles son los canales de comunicación apropiados, así como elaborar mensajes y materiales.
- En tercer lugar, se necesita un plan de monitoreo y evaluación. El subgrupo de conductas elegido por los programas de la comunidad puede ser la base para establecer objetivos e indicadores sencillos en los programas.

En general, se espera que, al concentrarse en un número reducido de los comportamientos de las personas que cuidan de los niños, dicho enfoque permita a los gerentes y planificadores de programas de salud a nivel local elaborar programas eficaces en función del costo en las comunidades.

El camino a la supervivencia: reconocimiento de la importancia del hogar

Para tener un efecto medible en la morbilidad y mortalidad infantil en los países en desarrollo, los programas de salud pública necesitan concentrarse en las conductas relacionadas con la salud y, especialmente, en los comportamientos de las personas que cuidan de los niños.

Muchos programas de salud pública se centran en las unidades de salud, porque constituyen una estructura organizada, un sistema conocido y cuentan con personal de salud capacitado. Pero, con frecuencia, los servicios de salud atienden sólo a una pequeña parte de los niños enfermos de la comunidad, por lo que no pueden lograr un impacto sobre el conjunto de la morbilidad y mortalidad infantil. Para hacer una mayor contribución a la salud infantil, los programas de salud tienen que mejorar el tratamiento que los niños enfermos reciben en el hogar por parte de sus familias y las personas que los cuidan. Aunque los servicios de salud jugarán siempre un papel de alto relieve en la prestación de servicios de atención primaria, los programas de salud deben ir más allá de la labor que las unidades de salud realizan. El Proyecto BASICS, los Centros de los Estados Unidos para la Prevención y el Control de las Enfermedades (CDC) y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) han elaborado un marco conceptual denominado el *Camino a la Supervivencia*, con objeto de apoyar el desarrollo y monitoreo de programas integrados de salud infantil. Este marco (véase la Figura 1) incluye los pasos esenciales desde el momento en que el niño está sano, luego cuando surge la enfermedad y hasta que logra superarla y sobrevivir (Waldman y colaboradores, 1996). Un componente importante del *Camino a la Supervivencia* tiene lugar en el hogar y en la comunidad. En el caso concreto del hogar, existen las siguientes áreas esenciales que inciden en la calidad de la atención que los niños reciben:

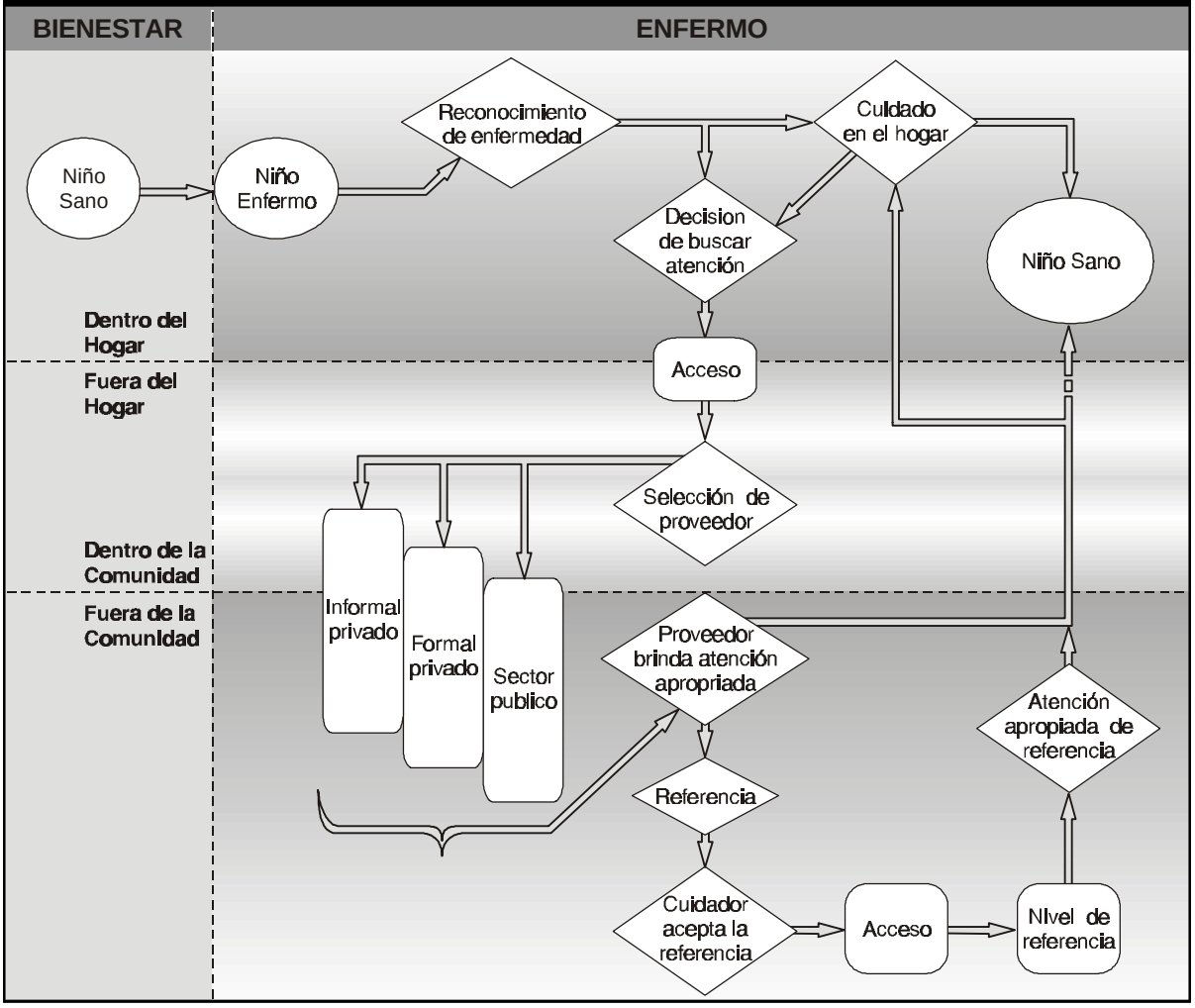
- **Prevenir enfermedades en niños sanos:** Se ha demostrado que, para prevenir enfermedades en la niñez, pueden adoptarse medidas simples tales como amamantar al niño, complementar la lactancia con otros alimentos de manera apropiada, adoptar hábitos básicos de higiene (lavarse las manos) y administrar al niño la serie completa de vacunas durante su primer año de vida. También se ha demostrado que, cuando se pospone el primer embarazo, se deja más espacio entre un hijo y otro y se limita el tamaño de la familia, se puede reducir la mortalidad en los lactantes y niños.
- **Reconocer la presencia de enfermedades en los niños:** Para tratar de forma apropiada al niño enfermo, las personas que lo cuidan tienen que ser capaces de reconocer cuándo tiene problemas de salud.
- **Buscar ayuda de un proveedor de servicios apropiado fuera del hogar:** Cuando sea necesario, las personas que cuidan de los niños deben buscar ayuda de un proveedor de servicios de salud apropiado (que les proporcione servicios de calidad) antes de que la condición del niño se agrave y aumente su riesgo de muerte. Por otra parte, los trabajadores de salud tienen que proporcionar servicios de calidad, indicando a las personas que cuidan de los niños la forma en que deben administrarse las medicinas en casa y cuándo deben volver a la consulta de seguimiento.

- **Proporcionar la debida atención a los niños enfermos en el hogar**: Las personas que cuidan de los niños deben ser capaces de proporcionar el tratamiento adecuado a sus propios hijos en el hogar, independientemente de si han consultado o no a un proveedor de servicios de salud. Por ejemplo, tienen que conocer la forma apropiada de administrar las medicinas y las soluciones de rehidratación oral, así como los líquidos y alimentos que debe tomar el niño, tanto durante la enfermedad como una vez que se recupere.

El Camino a la Supervivencia (véase a continuación) pone de relieve la necesidad de concentrarse en cierto número de conductas en el hogar para reducir la morbilidad y mortalidad infantil. Por ejemplo, existen datos preliminares procedentes de Bolivia que indican que solamente un 40 por ciento de las personas que cuidan de los niños se dieron cuenta de que los niños estaban enfermos y que sólo un 1 por ciento de ellos les proporcionaron el tratamiento adecuado en el hogar (Aguilar-Liendo y colaboradores, 1997).

Para avanzar tanto en la prevención como en el tratamiento de las enfermedades de la infancia en el hogar, es esencial cambiar la conducta de las personas y familias que atienden a los niños pequeños.

Figura 1. Camino a la supervivencia



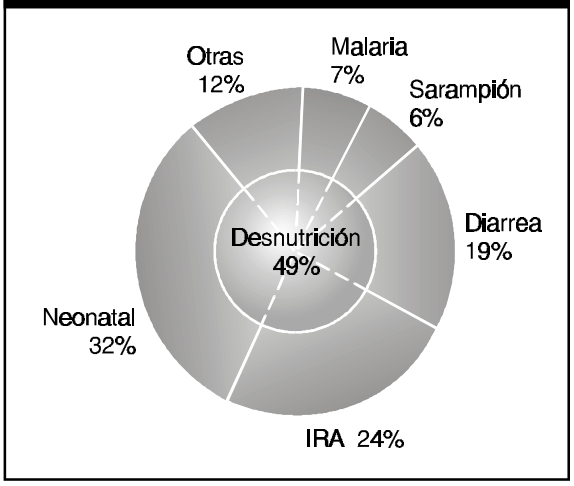
Conductas clave: priorización de las conductas que tienen lugar en el hogar para formular programas de salud pública

Se dispone de datos fiables procedentes de muchos países en desarrollo que indican que al menos 70 por ciento del total de la mortalidad infantil se debe a cinco importantes problemas de salud: diarreas, infecciones agudas de las vías respiratorias bajas (IRA), desnutrición, malaria y sarampión (véase la Figura 2).

Los datos indican que los niños sufren con frecuencia varias de estas afecciones a la vez, por lo que, si sólo se trata una de ellas, es posible que mueran a consecuencia de otros problemas subyacentes. También se ha documentado ampliamente que la desnutrición, aunque sea leve, puede aumentar las probabilidades de morir de distintas enfermedades (Pelletier y colaboradores, 1993, 1995), por lo que, para mejorar la salud de los niños en los países en desarrollo, es necesario que los programas de salud se concentren en las cinco principales causas de morbilidad y mortalidad a la vez, incluida la desnutrición.

Existen tres puntos importantes a considerar al planificar estrategias para cambiar las conductas de atención de salud adoptadas por las personas encargadas del cuidado de los niños en el hogar. En primer lugar, hay que considerar si el cambio de conducta va a tener un impacto significativo en la morbilidad y salud infantil. Existen en la actualidad datos epidemiológicos fiables, procedentes de toda una serie de lugares en países en desarrollo, que han permitido identificar qué conductas pueden jugar un papel importante en la salud infantil. En segundo lugar, hay que considerar la viabilidad del cambio de una conducta en particular, ya que se ha demostrado que ciertos comportamientos son difíciles de cambiar y otros pueden cambiarse a corto plazo, pero el cambio no es duradero. La experiencia obtenida en la realización de programas de salud en toda una serie de contextos ha permitido identificar las conductas que pueden ser más difíciles de cambiar que otras. En tercer lugar, hay que tener en cuenta los recursos con que se cuenta para la realización de actividades programáticas en los hogares y la comunidad. Los recursos de los gobiernos, las comunidades y las familias son limitados, por lo que los programas tienen que sacar el mayor provecho posible del dinero

Figura 2. Distribución de los 12,2 millones de muertes de niños menores de 5 años que tuvieron lugar en los países en desarrollo en 1995.



Fuente: Organización Mundial de la Salud.

que se invierta. Las intervenciones de cambio de conducta deben ser efectivas en función de costo y lograr los mejores resultados con los recursos disponibles.

El concepto de *conducta clave* ha sido creado para aplicarlo a los programas de salud pública destinados a mejorar la salud infantil en las comunidades mediante cambios de conducta en las personas que cuidan de los niños, pero que no cuentan con suficientes recursos para llevar a cabo una extensa investigación sobre las condiciones existentes o para realizar amplios y complejos programas. Se consideran conductas clave (véase el Recuadro 1) aquellas conductas de las personas que cuidan de los niños que ya tienen un impacto demostrado desde el punto de vista de la salud pública y que pueden cambiarse de forma efectiva en función del costo.

Recuadro no. 1. Definición de la terminología

Conducta o comportamiento: Una acción o serie de acciones llevadas a cabo por un individuo en un momento determinado.

Conducta clave: Un comportamiento en el que se debe poner énfasis en los programas de salud, debido a su impacto en la salud pública, que es medible y que pueden adoptarlo las personas que cuidan de los niños en el hogar o los trabajadores de salud.

Persona que cuida del niño: La principal persona responsable del cuidado del niño. Con frecuencia, es la madre del pequeño, pero también puede serlo su padre, su abuelo o abuela, un hermano mayor u otro miembro de la comunidad.

Criterios para la selección de conductas clave

Un equipo multidisciplinario de especialistas en medicina y comportamiento elaboró una lista de dieciséis conductas clave teniendo en cuenta los cinco criterios siguientes. Las conductas clave deben ser aquellas que—

- se considera que son de gran importancia para la salud pública, por tener un impacto sobre múltiples enfermedades,
- se ha demostrado que reducen la morbilidad y mortalidad infantil,
- tienen un impacto sobre los principales problemas de salud en los países en desarrollo,
- son medibles,
- puedan cambiarse mediante intervenciones de salud pública cuya viabilidad y efectividad en función de costo han sido demostradas.

Dichos criterios se basaron tanto en consideraciones epidemiológicas como en los resultados programáticos reconociendo que no todos ellos podrían tener el mismo peso en las distintas conductas clave. Por ejemplo, el uso de mosquiteros tratados con insecticida (MTI) sobre las camas y el mantenimiento de los mismos es una medida de prevención contra la malaria, pero no afecta a ninguna de las otras causas importantes de morbilidad y mortalidad infantil. Dicha conducta fue incluida porque la malaria se considera un importante problema de salud pública en muchos entornos en los países en desarrollo y se ha documentado que los mosquiteros son una forma de prevención efectiva cuyo uso debe promoverse. De igual manera, se ha demostrado que el extender el período de lactancia exclusiva tiene un importante efecto en la salud pública, aunque los programas para alentar dicha conducta en grandes sectores de la población no siempre sean efectivos en función de costo ni fáciles de mantener. A pesar de ello, se están perfeccionando los enfoques para lograr cambios de conducta a gran escala en la lactancia materna y las perspectivas de cara al futuro son prometedoras.

Se proporciona una lista final que clasifica las dieciséis conductas clave en cinco categorías: (1) conductas relacionadas con la salud reproductiva, (2) prácticas de alimentación de lactantes y niños, (3) hábitos de vacunación, (4) atención de salud en el hogar y (5) lo que se hace para buscar asistencia de salud fuera del hogar. Se considera que cada una de estas categorías es importante para elevar al máximo la eficacia de los programas. En algunas de ellas existe una cierta superposición, pero se pensó que, para efectos programáticos era conveniente separar los hábitos alimentarios y las conductas relacionadas con la vacunación de otros comportamientos en el hogar con el fin de resaltar su importancia.

Las conductas clave aparecen presentadas por categoría en el Cuadro 1 y, en el Anexo A, se proporcionan las razones técnicas que justifican cada una de ellas.

Cuadro 1. Conductas de relieve

CONDUCTAS RELACIONADAS CON LA SALUD REPRODUCTIVA: Es necesario que las mujeres en edad de procrear utilicen métodos de planificación familiar y realicen consultas prenatales durante el embarazo.

1. *Todas las mujeres en edad fértil deben posponer su primer embarazo, espaciar el nacimiento de los hijos y limitar el tamaño de su familia.*
2. *Todas las mujeres embarazadas deben ser examinadas por personal de salud por lo menos dos veces.*
3. *Todas las mujeres embarazadas deben tomar suplementos de hierro.*

ALIMENTACIÓN DE LACTANTES Y NIÑOS: Las madres tienen que asegurarse de que sus hijos tomen los alimentos y líquidos apropiados.

4. *Lactancia exclusiva por aproximadamente 6 meses.*
5. *Alimentación complementaria apropiada a partir del 6º mes, al tiempo que se continúa amamantando hasta los 24 meses.*

CONDUCTAS RELATIVAS A LA VACUNACIÓN: Los lactantes tienen que recibir una serie completa de vacunas; las mujeres en edad de procrear tienen que recibir la serie apropiada de vacunas contra el tétanos.

6. *Hay que llevar a vacunar a los lactantes contra el sarampión tan pronto como cumplan los 9 meses.*
7. *Hay que llevar a vacunar a los lactantes incluso cuando estén enfermos y es necesario permitir que sean vacunados cuando asistan a consultas para el tratamiento de cualquier enfermedad.*
8. *Las mujeres embarazadas y las que se encuentran en edad de procrear tienen que vacunarse contra el tétanos cuando tengan ocasión de hacerlo.*

CONDUCTAS PARA PROMOVER LA SALUD EN EL HOGAR: Las personas que cuidan de los niños tienen que adoptar las conductas adecuadas para la prevención y el tratamiento de las enfermedades infantiles.

Prevención

9. *Uso y mantenimiento de mosquiteros tratados con insecticida sobre las camas.*
10. *Lavarse las manos con jabón cuando sea apropiado.*
11. *Todos los lactantes y niños tienen que ingerir suficiente vitamina A.*
12. *Todas las familias tienen que utilizar sal yodada*

Tratamiento

13. *Continuar alimentando al lactante/niño y darle más líquidos cuando esté enfermo, así como aumentar su alimentación inmediatamente después de la enfermedad.*
14. *Mezclar las SRO y administrar correctamente al lactante/niño dicha solución o el líquido de rehidratación oral de que se disponga en casa.*
15. *Administrar el tratamiento y las medicinas siguiendo las instrucciones (en lo que se refiere a la cantidad y la duración).*

Los niños tienen que poder reconocer cuándo el lactante/niño se encuentra enfermo, así como saber cuándo hay que llevarlo a ser examinado por un trabajador de salud o servicio de salud.

16. *Buscar el tratamiento apropiado cuando se observe que el lactante/niño se encuentra enfermo (es decir, que tenga mal aspecto, no juegue, no coma o beba, esté letárgico o cambie su estado de conciencia, vomite todo lo que ingiera, tenga fiebre alta o respiración rápida/dificultad para respirar).*

Uso de conductas clave en la creación de programas de atención primaria de salud

Las conductas clave pueden proporcionar un marco de referencia para planificar programas desde la base. El objetivo de cambiar las conductas clave de las personas encargadas del cuidado de los niños puede servir de orientación a los planificadores de salud en sus estrategias destinadas a mejorar la salud infantil en la comunidad.

Los cambios de comportamiento pueden usarse como objetivos para el desempeño de dichos programas, utilizando tres enfoques. En primer lugar, los directores de programas de salud tienen que decidir cuáles de las dieciséis conductas clave se incluirán en sus programas. El segundo paso es determinar las estrategias apropiadas al contexto local que deben adoptarse para promover la adopción de este subgrupo de conductas; y el tercer paso es el monitoreo y evaluación del plan. A continuación se describen en detalle estas tres fases del desarrollo de programas dirigidas a promover conductas clave en las personas que cuidan de los niños.

Al decidir cuál es la mejor forma de fomentar las conductas clave seleccionadas, es importante no perder de vista que las personas al cuidado de los niños viven en el seno de comunidades y que dichas comunidades (sus miembros, trabajadores de salud, normas, instituciones y políticas) influyen en las conductas de las personas que cuidan de los niños. Por ejemplo, aunque dichas personas son responsables de llevar a los lactantes a los servicios de salud para ser vacunados contra el sarampión, los trabajadores de salud son quienes tienen la responsabilidad de administrar las vacunas, por lo que el hecho de si el lactante recibe o no la vacuna contra el sarampión dependerá de las creencias que ambos tengan sobre la vacunación. Igualmente la norma social de una comunidad respecto a la lactancia exclusiva puede afectar a la decisión de una de las madres a la hora de introducir otros líquidos (aparte de la leche materna) en la dieta del niño del 3 meses. Aunque no es el objeto de este documento tratar estos temas en profundidad, los planificadores en temas de salud necesitan estar conscientes de los diversos factores que afectan a la adopción de las conductas clave por las personas que cuidan de los niños, ya que los programas con mayores posibilidades de éxito serán los que tengan en cuenta dichos factores.

Establecimiento de prioridades entre las conductas clave

Aunque es importante tener en cuenta cada una de las cinco categorías de conductas clave en una estrategia de salud pública a largo plazo, no es necesariamente apropiado o factible abordar todas ellas al mismo tiempo. El primer paso para establecer prioridades en las conductas clave de las personas que cuidan de los niños debe ser revisar los datos que se tengan sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de dichas personas, y los índices de cobertura de vacunación en dicha comunidad. La mayor parte de los datos sobre comunidades en los países en desarrollo se obtienen mediante estudios transversales aplicando encuestas de hogares con cuestionarios estructurados a las personas que cuidan de los niños. Algunos ejemplos de este tipo de sondeos son las Encuestas Demográficas y de Salud, las encuestas de hogares realizadas por la OMS, y los sondeos de indicadores múltiples hechos

por el UNICEF. Por otra parte las organizaciones no gubernamentales y los ministerios de salud a veces llevan a cabo encuestas de hogares en áreas geográficas más pequeñas para efectos de planificación a nivel local. La revisión de los datos existentes permite tener una idea de las conductas actuales de las personas que cuidan de los niños. Por otra parte, si los índices de vacunación de lactantes son altos, es posible que no haya que asignar una alta prioridad a la promoción de la vacunación. Y lo mismo ocurre si los lactantes y los niños ya están recibiendo suplementos de vitamina A de forma habitual, o si las familias utilizan normalmente sal yodada, quizás no sea necesario prestar atención inmediata a dichos comportamientos.

El segundo paso en el establecimiento de prioridades entre las conductas clave es investigar la viabilidad de llevar a cabo el programa en el seno de la comunidad, para lo que también se necesita revisar los datos existentes sobre programas de divulgación en la comunidad, con el fin de conocer los enfoques que han dado resultado en el pasado y los recursos necesarios para llevar a la práctica las estrategias que se adopten. Diferentes comunidades suelen contar con distintos tipos de recursos, canales de comunicación, normas culturales y creencias. Normalmente, se puede obtener información de esta naturaleza de los ministerios de salud o de las organizaciones no gubernamentales locales. Es importante revisar la siguiente información respecto a cada una de las conductas clave:

- **La posibilidad de cambiar la conducta.** Las condiciones socioculturales y económicas de los hogares pueden influir en la adopción de una conducta en particular por las personas que cuidan de los niños. Los miembros de la comunidad también pueden considerar que ciertas conductas son menos importantes que otras para promover la salud.
- **Los recursos disponibles para llevar a cabo un programa.** Diferentes estrategias requieren distintos recursos. Se debe considerar detalladamente el costo de las campañas de divulgación masiva y el costo de utilizar grupos de la comunidad y servicios formales y no formales de salud. A largo plazo, es importante saber si se dispone de recursos para mantener las actividades del programa. Dichos recursos pueden obtenerse de las comunidades, los hogares y fuentes externas.
- **La capacidad local para llevar a cabo el programa**. Para llevar a cabo ciertas actividades se necesita disponer de trabajadores de salud capacitados, tanto a nivel de los servicios de salud como en la comunidad, incluidos los agentes comunitarios de salud (ACS) y las parteras empíricas. Los grupos y asociaciones de la comunidad (grupos de madres, congregaciones religiosas, curanderos y farmacias privadas, por ejemplo) pueden ser esenciales asimismo para apoyar las actividades; y los sistemas y estructuras de salud tienen que estar funcionando de forma apropiada para proporcionar servicios de planificación familiar, administrar vacunas y atender casos de niños enfermos. Por otra parte, si el programa desea concentrarse en promover la búsqueda de atención de salud fuera del hogar, es necesario que las clínicas funcionen con un suministro continuo de medicamentos básicos y vacunas en buenas condiciones.

En algunos casos, no existen datos sobre programas de comunicación o educación en temas de salud en la comunidad, por lo que será necesario recopilar dicha información. Existen para ello varios métodos de recopilación de datos cualitativos y cuantitativos. En realidad, ahora se está formulando un método (véase Bhattacharyya y Murria, 1997, Anexo D) para recopilar información sobre las conductas clave. Un análisis de las lecciones aprendidas en actividades anteriores y, si fuera necesario, observaciones de campo complementarias, deberían permitir establecer prioridades en la lista de conductas clave que se ajusten a las necesidades y recursos locales. Debido a que la

Recuadro no. 2 Selección de conductas clave: Ejemplo de la forma de establecer prioridades

Tras revisar la lista de las dieciséis conductas clave, el Ministerio de Salud (MS) del país X utilizó dicha lista de la siguiente forma. Su programa ampliado de inmunización (PAI) ya había logrado índices de vacunación bastante altos entre los niños, pero la administración de la vacuna del tétanos a las mujeres en edad fértil continuaba siendo baja. Por dicha razón se decidió que, al tiempo que se continuaría tratando de mantener altos índices de vacunación entre los niños, el PAI incrementaría sus esfuerzos por vacunar con toxoide tetánico a las mujeres en áreas de alto riesgo. Asimismo, a la hora de revisar la lista de conductas clave, el Ministerio de Salud era consciente de que el suministro de mosquiteros tratados con insecticida para usarlos sobre las camas estaba fuera de sus atribuciones, con lo que dicha intervención no podría incluirse en su programa de supervivencia infantil; pero también tenía la convicción de que sus servicios y personal de salud estaban en condiciones de responder al incremento en la demanda que resulta de las intervenciones para promover la solicitud de asistencia de salud fuera del hogar. Es por ello que el Ministerio decidió establecer como prioridad alentar dicha solicitud de servicios, especialmente teniendo en cuenta los efectos que ello tendría en diversos tipos de enfermedades. La lista de conductas clave fue modificada de acuerdo con las mencionadas inquietudes y posibilidades del país X.

mayoría de las conductas clave tienen lugar en el hogar, es de capital importancia asegurarse de que los miembros de la familia son capaces de adoptar dichas conductas debidamente en el transcurso del tiempo.

Para establecer prioridades en las conductas clave pueden usarse procedimientos de ordenación sistemática. Los instrumentos que se incluyen en los Anexos B y C han sido diseñados para permitir ordenar las conductas cuantitativamente siguiendo criterios específicos (Graeff y colaboradores 1993). El primer instrumento usa simples criterios de programación, mientras que el segundo se concentra en los elementos de la conducta que influyen en la viabilidad de cambiar cada comportamiento. Las conductas que obtienen los primeros lugares son seleccionadas como conductas clave.

Formulación de estrategias para abordar las conductas clave

Los enfoques para cambiar las conductas clave que se seleccionen en la salud infantil deben ajustarse a la situación de la comunidad local, por lo que para elaborar estrategias de cambio de conducta efectivas se necesita tener en cuenta los siguientes pasos (véase Graeff y colaboradores 1993 y HEALTHCOM 1995 en el Anexo D):

1. Identificar los aspectos de la conducta debidos al contexto.

Con frecuencia, una conducta en particular puede subdividirse en subcomponentes, pero no todos los subcomponentes tienen la misma importancia. Por ejemplo, si la mayoría de las madres de una comunidad empiezan a amamantar de forma exclusiva a sus bebés, pero luego les administran alimentos suplementarios a los tres meses, un programa que se concentre en la iniciación de la lactancia no será efectivo, ya que lo que se necesita es poner énfasis en retrasar la introducción de alimentos complementarios. Por otra parte, es posible que las personas que cuidan de los niños no practiquen una conducta porque no saben cómo hacerlo o hay otros factores que se lo impiden; por ello, frecuentemente resulta útil que los programas se concentren en los aspectos que obstaculizan la adopción de la conducta. Por ejemplo, aunque generalmente las familias disponen de jabón, es común que no lo usen para lavarse las manos. Un programa efectivo puede formular estrategias para abordar estos y otros factores (como la falta de agua) que obstaculicen la adopción de la conducta.

2. Identificar las poblaciones objetivo

El objetivo final del programa es cambiar

conductas específicas en las personas que cuidan de los niños, por lo que es necesario averiguar la mejor forma de comunicarse con ellas. Hay que tratar de concentrarse en las personas que cuidan de los niños en los contextos de mayor riesgo, como las que viven en áreas rurales, las que tienen menor escolarización o viven en comunidades donde se sigue toda una serie de tradiciones que pueden tener consecuencias adversas para la salud. También hay que dirigirse a otros grupos y personas que tienen un papel crucial sobre la conducta de las personas que cuidan de los niños en el hogar, como pueden ser otros miembros de la familia (esposos y abuelas), los líderes de la comunidad, las maestras y las organizaciones religiosas. Si, por ejemplo, las abuelas tienen gran influencia sobre la decisión de las madres de administrar alimentos complementarios a los lactantes, es importante que exista un programa de comunicación dirigido tanto a las madres como a las abuelas.

3. Elaborar estrategias para cambiar las conductas clave en las poblaciones objetivo

Pueden usarse toda una serie de enfoques para cambiar la conducta de las personas que cuidan de niños pequeños. La selección de estrategias dependerá de las estructuras y los recursos con que se cuente en la comunidad, las probabilidades de que dicho enfoque sea efectivo, y el costo y la sostenibilidad del enfoque. Las estrategias de campañas de divulgación que normalmente utilizan medios impresos y de radiodifusión permiten ponerse en contacto con grandes sectores de población, pero la eficacia relativa de las mismas puede verse reducida en poblaciones que no tengan acceso a la radio o la televisión. Las estrategias que usan el sistema formal de atención de salud pueden capacitar a un primer nivel de trabajadores de salud y agentes comunitarios de salud (ACS) para comunicar la información que se desee hacer llegar a las personas que cuidan de los niños (y ayudarles a cambiar su comportamiento), en el momento en que éstas visiten los servicios de salud o cuando ellos hagan visitas a la comunidad. Si se recurre a los trabajadores de salud existentes, la aplicación de esta estrategia resultará más económica, ayudará a aumentar la capacidad de los servicios de salud y se podrán mejorar las relaciones con la comunidad. Sin embargo, las estrategias que hacen uso del sector formal de salud sólo pueden ponerse en contacto con una pequeña proporción de la población total en riesgo; mientras que las que utilizan el sistema informal de salud, como los proveedores de atención de salud en el sector privado, los vendedores de medicinas en zonas rurales o los curanderos y hierbateros, pueden incrementar el alcance de las actividades de promoción de la salud. Ahora bien, cambiar los hábitos de estos grupos es frecuentemente difícil y mantener la calidad de los servicios en un grupo que se encuentra fuera del sector formal de atención de salud generalmente también lo es. También pueden resultar eficaces y relativamente económicas las estrategias que usan otros grupos existentes en la comunidad. Se han utilizado con éxito una serie de dichos grupos (como iglesias, escuelas, organizaciones de mujeres y de jóvenes, asociaciones de la comunidad y grupos locales de teatro) para aplicar estrategias destinadas a lograr cambios de conducta. Pero pueden utilizarse varios enfoques a la vez para obtener los mejores resultados posibles en el cambio de conducta en la misma comunidad.

4. Identificar los canales apropiados para la diseminación de mensajes; elaborar mensajes y materiales

La identificación de estrategias de comunicación en el paso anterior servirá para decidir los canales que se deben usar. Un canal es un medio de enviar mensajes a las diversas poblaciones objetivo (normalmente a través de comunicación interpersonal, radiodifusión o los medios impresos). Los mensajes y materiales impresos diseñados para cambiar las conductas clave tendrán que ser adecuados para el medio que se use. El

Recuadro No. 3 Adaptación de las conductas clave a la situación local: Un ejemplo de la mala utilización de los servicios de atención de salud de la situación local

El país Y seleccionó un subgrupo de conductas clave entre las que se incluía mejorar el uso de los servicios de atención de salud. Los datos que se tenían a través de una encuesta de hogares indicaban que las personas que cuidan de los niños no buscaban ayuda hasta que el niño se encontraba muy enfermo. Los niños con fiebre persistente, por ejemplo, no eran llevados a la clínica hasta que su enfermedad ya estaba muy avanzada. Los funcionarios de salud suponían que la razón por la que las personas que cuidan de los niños no acudían a los servicios mucho antes, en el caso de niños con fiebre, era porque no sabían reconocer los signos que podían indicarles que se trataba de algo serio; pero, al realizar investigaciones cualitativas para estudiar dicha hipótesis, se descubrió que dichas personas saben cuándo el niño está enfermo pero buscan otro tipo de ayuda para comenzar, como la que les pueden proporcionar curanderos, hierbateros, etc, antes de acudir a los servicios de salud.

Estrategias programáticas

Teniendo en cuenta lo anterior, los planificadores de programas de salud cambiaron la forma de abordar la situación, con lo que en vez de tratar de aumentar el conocimiento de las personas que cuidan de los niños, intentaron combatir algunos de los obstáculos que, según la investigación, impiden a dichas personas acudir a los servicios de salud. Asimismo, las estrategias programáticas trataron de identificar métodos apropiados para reducir la fiebre en el hogar (baños con agua tibia e ingestión de antipiréticos) y alentar a los trabajadores de salud a que recomendaran el uso de los mismos para el tratamiento de la fiebre en los niños. También se trató de convencer a los curanderos para que recomendaran dichos métodos contra la fiebre y que refirieran a los niños muy enfermos a las instalaciones de atención de salud para su tratamiento, tan pronto reconocieran signos de enfermedad grave.

Objetivos programáticos

Entre los objetivos del programa se encontraron elevar la proporción de personas que cuidan de los niños que eran referidas por los curanderos a los servicios de atención de salud y elevar asimismo la proporción de las personas que acudían a los servicios de salud en cuanto veían síntomas de gravedad en los niños.

cambio de conductas entre los trabajadores de la salud y grupos de la comunidad exigirá diversos tipos de capacitación dependiendo de sus conocimientos/destrezas, papeles y responsabilidades, para enseñarles aptitudes que puedan aplicar en sus actividades diarias. Los materiales que se utilicen para apoyar conductas de atención de salud también deben tener en cuenta el grado de escolarización y las características culturales de la población objetivo. En algunas comunidades, los mensajes visuales o la comunicación verbal resultan más efectivos que los materiales escritos.

Para elaborar mensajes y materiales apropiados para la población objetivo, se necesita contar con cierta información cualitativa sobre las creencias actuales de la comunidad y las personas que cuidan de los niños, así como los hábitos de algunas personas en lo que respecta a las conductas clave que hayan sido seleccionadas. Se puede recopilar información cualitativa usando varios métodos, como entrevistas en profundidad, grupos focales, observación directa y encuestas. Con frecuencia, ya se dispone de datos cualitativos de este tipo en los países que han tenido programas de atención básica de la salud. Siempre que sea posible se debe utilizar la información existente; pero, si es necesario, se pueden obtener datos cualitativos de forma fácil y rápida en conversaciones sobre temas específicos (ciertos aspectos de la conducta clave) con miembros clave de la comunidad. Aunque el propósito de este documento no es hablar de las diversas formas

de obtener información detallada, el Anexo D incluye manuales y guías orientativas a este respecto.

En el Cuadro 2 se resumen algunas de las principales preguntas que hay que contestar para adaptar la conducta de relieve al contexto local.

Las estrategias, materiales y métodos que se utilicen tienen que ser incorporados en un plan de ejecución, si es posible utilizando los recursos existentes en los hogares, la comunidad y los servicios de salud y como parte integral de las actividades que ya se estén llevando a cabo.

Monitoreo y evaluación de los programas de cambio de conducta

Es esencial contar con un plan de monitoreo y evaluación para determinar si las intervenciones que tienen como fin cambiar las conductas de las personas que cuidan de los niños han resultado o no efectivas. Los cambios que se produzcan en las conductas clave pueden ser la única forma de medir los avances realizados en mejorar la salud infantil ya que el impacto (la reducción de los índices de mortalidad y morbilidad debidas a enfermedades infantiles) frecuentemente sólo pueden observarse después de varios años y mediante estudios a gran escala. No obstante, si se supone que las mejoras en la conducta de las personas que cuidan de los niños van a tener un efecto en la morbilidad y mortalidad infantil, se puede demostrar la efectividad de los programas para la supervivencia infantil mediante técnicas de simple y rápida aplicación; y, si se observa sistemáticamente el desempeño del programa, se pueden introducir cambios o mejoras en las intervenciones que no estén dando resultado.

Las mismas conductas clave seleccionadas por los programas de la comunidad pueden utilizarse como referencia al establecer simples objetivos e indicadores en dichos programas. Por ejemplo, un programa que tenga como objeto mejorar las conductas de las personas que cuidan de los niños puede establecer el siguiente objetivo e indicador:

- **Objetivo:** Que el setenta y cinco por ciento de las personas que cuidan de los niños conozcan al menos dos signos que son indicativos de que deben buscar ayuda para atender al niño enfermo.
- **Indicador:** La proporción real de personas que cuidan de los niños que conocen al menos dos signos que son indicativos de

Cuadro 2. Principales preguntas para adaptar las conductas clave

¿Quién está llevando a cabo la conducta clave?

¿Quién no la está llevando a cabo?

¿Por qué algunas personas no lo están haciendo?

¿Cuáles son las conductas actuales que más se asemejan a la conducta clave?

¿Cuáles son los componentes necesarios para llevar a cabo la conducta clave?

¿Quién puede influir en la gente para que adopte la conducta clave?

¿Qué otros factores (creencias, normas sociales, leyes, recursos, etc.) influyen en la adopción de dicha conducta?

¿Qué obstáculos dificultan la adopción de la conducta?

¿Cómo pueden superarse dichos obstáculos?

¿Cómo adquiere la gente nueva información en la comunidad (corriendo la voz, la radio, la televisión, reuniones de la comunidad o religiosas, los servicios de salud)?

que deben buscar ayuda para atender al niño enfermo.

El método más común de medir los cambios en los conocimientos y conductas de las personas que cuidan de los niños consiste en realizar encuestas de hogares con un formulario de entrevista estructurado, el cual debe administrarse a una muestra aleatoria de la población objetivo del programa; así se puede medir la proporción de las personas al cuidado de niños que están adoptando cada conducta clave. Se pueden realizar estudios de línea de base y de seguimiento de la comunidad, para utilizarlos como referencia para medir cambios en los indicadores clave con el paso del tiempo. Asimismo, se pueden hacer estudios en las comunidades no incluidas en el programa, para comparar sus conductas en el área de salud con las de las personas que participaron en las actividades del programa. La diferencia entre la información obtenida en el estudio de línea de base y los resultados del seguimiento indica a los planificadores si las personas que cuidan de los niños han cambiado su conducta y si se han alcanzado los objetivos previstos. La evaluación de los resultados también puede ayudar a determinar la forma de desarrollar y aplicar las intervenciones para que el programa sea lo más efectivo posible. Se está poniendo cada vez más énfasis en desarrollar métodos de encuesta simples que permitan al personal de salud local seguir los programas de la comunidad; se trata de enfoques simples y rápidos que pueden aplicarse con los recursos locales. El Anexo D incluye materiales de consulta que explican algunos de dichos métodos.

Anexo A: Justificación técnica en que se basan las conductas clave

Conductas en el área de la salud reproductiva

Todas las mujeres en edad fértil deben posponer su primer embarazo, dejar más espacio entre un hijo y otro y limitar el tamaño de su familia.

Los niños que nacen con menos de 2 años de separación con el hermano que le precede tienen por lo menos el doble de posibilidades de morir en el primer año de vida que los que nacen después de dicho intervalo; e incluso si dichos lactantes sobreviven el primer año de vida, tienen 1,5 más probabilidades de morir antes de cumplir los 5 años que los niños que nacen con una separación de al menos 2 años respecto a sus hermanos (Bohler 1994; Alam 1995; Shane 1997). Cuando los embarazos son muy cercanos, aumenta la probabilidad de que los niños nazcan con poco peso, existe mayor demanda entre los hermanos respecto a los limitados recursos de la familia (por ejemplo, existen mayores probabilidades de que las madres dejen de amamantar antes) y se eleva el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas (National Research Council 1989). La edad de la madre también es un importante factor de riesgo en la mortalidad de lactantes y niños. En el mundo en desarrollo aproximadamente el 40 por ciento de las mujeres dan a luz por término medio antes de cumplir los 20 años. Los niños de madres menores de 20 años tienen 1,5 más probabilidades de morir antes de cumplir el primer año de edad que los niños cuyas madres tienen entre 20 y 30 años. Los hijos de madres adolescentes tienen mayores probabilidades de ser prematuros, tener poco peso al nacer y sufrir complicaciones durante el parto (McDevitt y colaboradores 1996). Por otra parte, es menos probable que las madres jóvenes dispongan de medios sociales y económicos para mantener a los niños sanos. De forma similar, los niños que nacen cuando las madres tienen más de 40 años y el cuarto niño (o los niños posteriores) de una familia corren asimismo mayor riesgo de muerte por toda una serie de causas entre las que se encuentra la mayor probabilidad de que exhiban anormalidades congénitas; a dicha edad también aumenta la probabilidad de que haya menos espacio entre los hijos.

Las mujeres embarazadas tienen mayor peligro de muerte. Aproximadamente una de cada 48 mujeres en los países en desarrollo corren el riesgo de morir por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto (OMS y UNICEF 1996). Las causas de muerte más comunes incluyen las hemorragias después del parto o después de un aborto, así como infecciones, hipertensión y obstrucciones en el parto.

La forma más efectiva de planificar y reducir el número de embarazos es utilizar métodos anticonceptivos. Las mujeres necesitan entender la necesidad de hacer esto y tienen que obtener y usar métodos anticonceptivos, como píldoras, inyecciones, implantes subdérmicos, dispositivos intrauterinos, métodos de barrera (preservativos, diafragmas, espermicidas), usar los métodos naturales de planificación familiar (como el método de amenorrea por lactancia exclusiva) u optar por la esterilización del hombre o la mujer. Todos estos métodos han sido utilizados por las mujeres en los países en desarrollo y hay indicios de que existe una gran demanda de servicios de planificación familiar, pero, para que las intervenciones en esta área sean efectivas hay que tener en cuenta el papel de los hombres, la religión y las normas y creencias sociales y étnicas (Shane 1997)

Todas las mujeres deben ser examinadas por personal de salud por lo menos dos veces durante el embarazo.

Es importante que las mujeres embarazadas sean examinadas durante el embarazo para reducir la posibilidad de muertes tanto de la madre como de los niños. Las visitas a los servicios de salud antes del parto proporcionan la oportunidad de llevar a cabo una simple

evaluación de la madre, tomar medidas preventivas y proporcionarle el tratamiento que necesite, así como informar a la madre de lo que puede hacer en el hogar para mejorar la probabilidad de que tanto ella como el niño sobrevivan (OMS/FRH 1994). Es necesario obtener el historial de la madre y examinarla para detectar si corre alto riesgo de sufrir complicaciones, como anemia o eclampsia. En algunos países, esta evaluación incluye un análisis para detectar si la mujer tiene sífilis. Dichas visitas antes del parto constituyen una oportunidad para vacunar a la madre contra el tétanos (véase la sección sobre vacunación) y para administrarle hierro y ácido fólico (véase más adelante), dos medidas que se sabe con certidumbre que reducen la mortalidad los niños recién nacidos y lactantes. En algunos países las visitas antes del parto constituyen una oportunidad de proporcionar a la madre profilaxis y tratamiento contra la malaria y los parásitos intestinales, si es necesario. También se puede impartir en dichas visitas educación sobre la salud, en temas como la alimentación adecuada durante el embarazo y los signos y síntomas de complicaciones, la asistencia que puede recibir la madre durante el parto y la planificación familiar o el espaciamiento entre un nacimiento y otro, todo lo cual puede ayudar a reducir la morbilidad y mortalidad de la madre y el recién nacido (Koblinsky 1995). Existen dos obstáculos principales para proporcionar servicios prenatales de forma efectiva en los países en desarrollo. El primero es falta de acceso (por razones geográficas, económicas o sociales) a los servicios de salud. El segundo es la baja calidad de los servicios prenatales, por falta de personal capacitado y motivado. Se han estudiado una serie de enfoques que sean adoptados por los programas en los países en desarrollo, teniendo en cuenta las circunstancias individuales (Winnard 1995; Kwast 1995; Alisjahbana y colaboradores 1995).

Todas las mujeres embarazadas deben tomar suplementos de hierro.

La anemia causada por falta de hierro es la deficiencia nutricional más común en el mundo entero. Afecta especialmente a las mujeres embarazadas y las que están amamantando, así como a los niños menores de 3 años (ACC/SCN 1991). La anemia en la madre aumenta la probabilidad de muerte fetal, mortalidad neonatal y bajo peso al nacer y también eleva el riesgo de muerte para la madre (Walsh y colaboradores 1993). Asimismo es más probable que las madres con anemia no proporcionen al niño todos los cuidados de rutina y que dejen de realizar actividades que requieran un gran gasto de energía, debido a los efectos debilitantes de la deficiencia de hierro en cuanto a la capacidad aeróbica y la productividad de la persona (Stoltzfus 1994). Una intervención de bajo costo que se encuentra incluida actualmente en la política de sanidad de muchos países es dar a la madre suplementos de sulfato ferroso (junto con ácido fólico) —entre 60 y 120 mg. de hierro por día durante los dos últimos trimestres del embarazo (Levin y colaboradores 1993; McGuire y Galloway 1994).

Alimentación de niños y lactantes

Lactancia exclusiva por aproximadamente 6 meses

La probabilidad de que los lactantes no amamantados mueran de diarrea es por lo menos 14 veces mayor que la de los que han sido amamantados exclusivamente (es decir, los que solamente se han alimentado de la leche materna, sin recibir ningún otro líquido o alimento sólido). El riesgo de muerte por diarrea alcanza su punto más alto durante los dos primeros meses de vida. Igualmente, el riesgo de muerte por enfermedades respiratorias y otras infecciones es respectivamente 4 y 2,5 veces mayor entre los bebés no amamantados que entre los que han tomado exclusivamente leche materna (Victora y colaboradores 1987; Feachem y Koblinsky 1984).

Datos procedentes de Bangladesh, Brasil, Perú y las Filipinas muestran que, si la leche materna se complementa con otro tipo de

alimentación o líquidos antes de tiempo, existe mayor riesgo de morbilidad y mortalidad por diarrea. La simple introducción de tés de hierbas y agua en la dieta de los bebés amamantados exclusivamente aumenta el riesgo de enfermedad y muerte; por otra parte, la producción de leche materna desciende si se introducen otros alimentos o líquidos, con lo que disminuye la ingesta nutricional. Los alimentos complementarios también reducen la absorción del hierro que contiene la leche materna y los que se usan con más frecuencia en los hogares de bajo ingreso raramente compensan la falta de nutrientes que se pierden cuando se sustituye la leche materna. Los trabajadores de salud necesitan actuar con cuidado para no aconsejar a las madres que introduzcan suplementos alimenticios en la dieta de sus bebés antes de tiempo.

Existen datos fiables de programas que indican que se puede mejorar la lactancia materna en toda una serie de poblaciones y que al aumentar la práctica del amamantamiento exclusivo se logra reducir la morbilidad y mortalidad, especialmente en los casos de diarrea (Winikoff y Baer 1980; Mata y colaboradores 1981; Brown y colaboradores 1990; Popkin y colaboradores 1990; Victora y colaboradores 1989).

Sin embargo, hay cifras recientes que demuestran que la infección por el VIH/SIDA puede transmitirse a través de la leche materna en una pequeña proporción de lactantes, por lo que la OMS está elaborando lineamientos para asesorar a las mujeres embarazadas que sean seropositivas respecto al VIH (NUSIDA/OMS 1996).

Alimentación complementaria apropiada a partir del 6º mes, al tiempo que se continúa amamantando hasta los 24 meses.

La leche materna no proporciona todos los nutrientes que necesita el lactante a partir de los seis meses de edad (Scrimshaw y colaboradores 1996); aparte de que los estudios de tipo conductual indican que a los 6 meses el lactante está “listo” para tomar alimentos semisólidos y se ha comprobado que la fisiología del tracto gastrointestinal está suficientemente desarrollada para digerir toda una serie de alimentos.

Para que los alimentos complementarios sean apropiados en su valor energético y nutritivo, es necesario fortalecer la mayoría de los alimentos básicos (trigo, mijo, maíz, arroz yuca). Se pueden encontrar ingredientes a nivel local con alto valor nutritivo por calorías y alto contenido calórico por volumen, por lo que es posible mejorar el valor nutritivo de dicha dieta básica si se reduce el contenido de agua y se introducen alimentos de procedencia animal, así como grasas, semillas oleaginosas, frutos secos, legumbres y toda una serie de frutas y hortalizas

Sin embargo, sigue siendo importante continuar amamantando al tiempo que se introducen alimentos complementarios (Dewey y colaboradores 1996). La leche materna proporciona una considerable proporción de las grasas, vitamina A, calcio y proteína de calidad que se necesita en el segundo año de vida, por lo que el lactante corre el riesgo de adquirir una deficiencia en vitamina A si no es amamantado con regularidad y constancia. Los niños que siguen siendo amamantados tienen entre un 65 y un 90 por ciento menos probabilidades de mostrar signos de deficiencia vitamínica (Sommer y West 1996).

Conductas relacionadas con la vacunación

Todas las prácticas de vacunación se consideran bajo el contexto de los amplios programas de inmunización que tienen como objeto administrar todos los antígenos recomendados (normalmente BCG, VPO 1, 2 y 3, y DPT 1, 2 y 3) en el primer año de vida.

Hay que llevar a vacunar a los lactantes contra el sarampión tan pronto como cumplan los 9 meses.

El sarampión es una importante causa de morbilidad y mortalidad en los países en

desarrollo y sigue siendo responsable de la muerte de aproximadamente 1 millón de niños al año. El índice de mortalidad por casos de sarampión (IM) oscila entre un 3 y un 11 por ciento y alcanza su valor más alto en los lactantes más jóvenes y los que padecen desnutrición. La infección del sarampión tiene un efecto inmunosupresor que puede hacer que los lactantes y los niños queden más propensos a contraer otras infecciones comunes de la infancia, especialmente diarrea, IRA e infecciones de oídos. Se ha demostrado que la infección del sarampión está relacionada con deficiencia de vitamina A, que son parcialmente responsables de las muertes por sarampión. Si se administra vitamina A a los niños con sarampión se puede reducir dicho índice de mortalidad (IM). Se ha demostrado ampliamente que la vacuna contra el sarampión puede ser un método efectivo de prevención como componente de un programa integral de vacunación, tanto en los países en desarrollo como en los países desarrollados. La publicación titulada *Measles control in the 1990s: principles for the next decade (OMS/PAI, 1990)* proporciona un resumen de la epidemiología del sarampión.

Esta conducta clave en las personas que cuidan de los niños es congruente con el calendario de vacunas del programa ampliado de vacunación (PAI). La vacuna contra el sarampión debe ser administrada tan pronto como el niño cumpla los nueve meses de edad, para evitar el riesgo de infección por ese peligroso virus, que infecta prácticamente a todos los niños no vacunados. En cuestión de programas, merece la pena poner especial énfasis en esta conducta, debido a que muchos trabajadores de salud caen en el error de pensar que la vacuna contra el sarampión debe administrarse después de todas las demás vacunas del programa PAI, cosa que no es cierta. El factor decisivo es la edad del niño. Si bien el sarampión es el último antígeno que se administra según el calendario de vacunación, no hay necesidad de retrasar la vacuna contra el sarampión simplemente porque no se hayan administrado o se hayan administrado tarde las otras dosis de vacunas. En los países cuyos programas de vacunación llevan tiempo establecidos y los datos de que se dispone indican que el sarampión es de hecho la última dosis de vacuna que se administra (los estudios de cobertura de vacunación pueden proporcionar estos datos), la vacunación contra el sarampión a los nueve meses representa la conclusión puntual del calendario de vacunación; pero en los países donde la participación de la población en los programas de vacunación es baja, es importante no sólo hacer que las personas que cuidan de los niños los lleven a vacunar, sino que los trabajadores de salud no pierdan la oportunidad de vacunarlos, por lo que dicha conducta puede ser un importante indicador de la efectividad del programa. Los estudios de cobertura y la información administrativa de rutina pueden servir para determinar si se efectúa la vacunación de los lactantes contra el sarampión antes de los nueve meses de edad (OMS/PAI 1990, 1995)

Hay que llevar a vacunar a los lactantes incluso cuando estén enfermos y es necesario permitir que sean vacunados cuando asistan a consultas para el tratamiento de cualquier enfermedad.
Muchos padres y trabajadores de salud cometen el error de pensar que los niños enfermos no deben ser vacunados ya sea porque temen que el niño vaya a empeorar o que la vacuna no haga efecto. Esto hace que muchos niños no sean vacunados cuando visitan los servicios de salud a la edad adecuada para la vacunación y dicha pérdida de oportunidades de vacunación (POV) es una de las principales razones por las que existen bajos índices de cobertura. Un análisis reciente de 79 estudios de POV en 45 países descubrió que dicha situación se presentaba en todos menos uno de los estudios y entre las principales razones se encontró el que tanto los trabajadores de salud como los padres creían erróneamente que hay contraindicaciones que desaconsejan la vacunación y que no debe vacunarse a un niño ligeramente enfermo. Los

autores del análisis pusieron de relieve la necesidad de que los trabajadores de salud vacunen a los niños que padezcan desnutrición, algo de fiebre, casos leves de IRA, diarrea y otras dolencias. Es importante que los trabajadores de salud actúen de forma apropiada para que tanto ellos como las personas que cuidan de los niños ayuden a reducir al mínimo dicha pérdida de oportunidades (OMS/PAI 1992).

Los datos sobre la pérdida de oportunidades para vacunar a niños enfermos pueden obtenerse frecuentemente de los cuestionarios normales de conocimientos, actitudes y prácticas que se administran junto con los estudios de cobertura del PAI. El nivel exacto de reducción en la cobertura debido a pérdida de oportunidades para vacunar a los niños varía mucho de país a país; dicho dato puede obtenerse de los estudios de cobertura. Las estrategias para reducir esta pérdida de oportunidades han de tener en cuenta las creencias y conductas que impiden la vacunación a nivel local. Se dispone de ejemplos de los obstáculos que enfrentan los programas de vacunación en muchos países (OMS/PAI 1992).

Las mujeres embarazadas y en edad fértil tienen que vacunarse contra el tétanos cuando tengan ocasión de hacerlo.

El tétanos continúa ocasionando la muerte de entre quinientos y seiscientos mil recién nacidos cada año, aunque esta enfermedad puede ser prevenida con éxito si el parto tiene lugar en condiciones higiénicas o si la madre ha recibido la vacuna del toxoide tetánico. A pesar de que se dispone de una vacuna económica y sin riesgos, el grado de cobertura de la misma entre las mujeres en edad fértil es con frecuencia mucho menor que los niveles de vacunación entre los niños. Este problema se agudiza por el hecho de que las cifras de cobertura no reflejan con exactitud los niveles de inmunización (OMS/VRD 1995). Las mujeres pueden ser vacunadas en cualquier momento en sus años fértiles, pero los programas de vacunación con frecuencia no aprovechan esta amplia oportunidad. En muchos países no se establece claramente un calendario apropiado de vacunación contra el tétano, por lo que con frecuencia se deja pasar la ocasión de vacunar a las mujeres, especialmente cuando acuden a los servicios de salud para vacunar a sus hijos (OMS/EPI 1995).

Los programas de vacunación contra el tétanos deben mejorar la conducta tanto de los trabajadores de salud como de las mujeres; los primeros deben averiguar si las mujeres que llegan a la consulta, por la razón que sea, han sido vacunadas y proceder a la vacunación si es necesario, así como anotar la dosis que se administra. Los programas dirigidos a las mujeres de una comunidad deben tratar de aumentar su conciencia de la importancia de recibir la vacuna contra el tétanos y alentarles a que soliciten ser vacunadas cuando haya ocasión de hacerlo (OMS/PAI 1994).

Conductas para promover la salud en el hogar

Prevención

Uso y mantenimiento de mosquiteros tratados con insecticida

La malaria es una de las tres causas principales de morbilidad y mortalidad en los países en desarrollo ya que es responsable de entre 1,5 y 2,7 millones de muertes cada año. La gran mayoría de dichas muertes tienen lugar en África, donde la malaria ocasiona un 25 por ciento de todas las muertes en niños menores de 5 años, sin tener en cuenta la mortalidad entre los recién nacidos (OMS 1994).

La resistencia del *plasmodium falciparum* a la cloroquina es cada vez mayor en muchos lugares donde la malaria es endémica y la falta de otros agentes antimaláricos en los países en desarrollo ha llevado a estudiar más a fondo el uso de mosquiteros tratados con insecticida como medio de prevención. Se han llevado a cabo más de 20 estudios en zonas de malaria endémica para comprobar la efectividad de los mosquiteros en reducir la mortalidad y morbilidad

por esta causa y los resultados han sido que su uso permite disminuir los índices de malaria entre 20 y 63 por ciento (con una mediana del 45 por ciento). Una de las áreas que adoptó el uso de dichos mosquiteros tratados con insecticida notificó una reducción del 63 por ciento en la tasa total de mortalidad en los niños entre 1 y 4 años (Alonso y colaboradores 1993; Lengeler y colaboradores 1996). La eficacia de los mosquiteros varía considerablemente dependiendo del mosquito que actúe como vector y del grado de la endemia.

Se ha logrado generalmente reducir los índices de morbilidad y mortalidad en situaciones controladas. Uno de los principales problemas es asegurarse de que los mosquiteros sean impregnados con regularidad con insecticida, pero todavía no se sabe si el uso continuado y generalizado de los mismos representa una solución efectiva en función de costo, por lo que el énfasis en la actualidad es medir la efectividad de dicha intervención de salud pública, que es algo aparte de la eficacia de los mosquiteros (D'Alessandro y colaboradores 1995; Kroeger y colaboradores 1995; Lengeler y Snow 1996; Sexton 1994).

Lavarse las manos con jabón cuando sea apropiado

Una serie de estudios han demostrado que, si se promueve el hábito de lavarse las manos con jabón y suficiente cantidad de agua, se puede reducir la morbilidad por diarrea entre un 30 y un 35 por ciento (Khan 1982; Clemens y Staton 1987; Black y colaboradores 1981). La conducta de lavarse las manos incluye muchos pasos por lo que a veces es difícil imponer y mantener dicha conducta, pero hay buenos ejemplos de programas que demuestran que se puede aumentar el hábito de lavarse las manos con el tiempo (Hoque y colaboradores 1996; Pinfold y Horan 1996).

Todos los lactantes y niños tienen que ingerir suficiente vitamina A.

En poblaciones donde la deficiencia de vitamina A es endémica, se espera una reducción en la mortalidad del 23 al 34 por ciento cuando se eleve el consumo de vitamina A al grado normal. Se han hecho ensayos a nivel de comunidad donde se ha logrado dichos resultados mediante una suplementación periódica generalizada cada 4 ó 6 meses ya sea en forma de megadosis (100.000 unidades internacionales por dosis para los niños entre 6 y 11 meses de edad y 200.000 unidades internacionales por dosis para los que se encuentran entre 12 y 71 meses de edad), en pequeñas dosis semanales o mediante alimentos fortalecidos con vitamina A. Dicha reducción se debió en gran parte a que el número de muertes por sarampión y diarrea disminuyó en los niños que recibieron los suplementos. Los ensayos clínicos llevados a cabo con niños hospitalizados por sarampión han demostrado que se puede reducir la mortalidad (en un promedio 66 por ciento de los casos de sarampión) si se administran dos dosis altas de vitamina A. Se recomiendan dosis de 50.000 UI para los lactantes de menos de 6 meses, 100.000 UI por dosis para los de 6 a 11 meses de edad y 200.000 UI por dosis para los niños de 12 o más meses. También existen cada vez más indicios de que la vitamina A reduce la duración y gravedad, así como las complicaciones relacionadas con el sarampión y la diarrea (IVACG 1996; Coutsoudis y colaboradores 1991; Hussey y Klein 1990; Muhilal y colaboradores 1988; Rahmathullah y colaboradores 1990; Sommer y colaboradores 1986). Dicha deficiencia puede prevenirse en el hogar mediante el consumo habitual de alimentos fortalecidos con vitamina A o los que tengan dicha vitamina de forma natural, así como tomando suplementos de vitamina A con regularidad.

Que todas las familias usen sal yodada

La deficiencia de yodo es la principal causa de daño cerebral y retraso mental. Dicha deficiencia se debe a falta de yodo en el suelo y, por lo tanto, en los alimentos cultivados en el mismo (OMS/UNICEF/ICCIDD 1993). La deficiencia puede hacer que los fetos nazcan muertos, así como causar la emaciación del feto y deficiente desarrollo cognitivo en los niños, lo que afecta a su productividad en la

edad adulta. Hay muchos países en desarrollo con áreas geográficas donde existen altos niveles de deficiencia de yodo. La yodación de la sal es una de las intervenciones de nutrición de menor costo y, en la actualidad, se está tratando de extender a todo el mundo. Es posible que las áreas cubiertas por algunos programas de supervivencia infantil no se vean afectadas por deficiencias de yodo y también puede que en otras zonas no se disponga de sal yodada, por lo que habrá que tener en cuenta ambas circunstancias al seleccionar las conductas clave que se desee promover.

Tratamiento

Continuar alimentando al lactante/niño y darle más líquidos cuando esté enfermo, así como aumentar su alimentación inmediatamente después de la enfermedad.

Varios estudios indican que las enfermedades diarreicas en la infancia contribuyen a la desnutrición secundaria, por lo que es importante continuar alimentando a los niños durante la enfermedad y aumentar su alimentación durante la convalecencia, para reducir la desnutrición (Black y colaboradores 1984; Martorell y colaboradores 1975; Brown y colaboradores 1988, 1994; Whitehead 1977). También existen datos que indican que toda enfermedad tiende a reducir la ingestión de calorías y aumenta la probabilidad de quedar desnutrido después de la misma (Martorell y colaboradores 1980). Seguir amamantando durante la diarrea acorta su duración y reduce el riesgo de deshidratación y falta de crecimiento (Huffman y Combest 1990). Los niños que no son amamantados tienen el triple de probabilidades de sufrir deshidratación moderada o seria durante un episodio de diarrea que aquellos que sí lo son. La lactancia frecuente reduce la necesidad de administrar SRO y proporciona un líquido más apropiado para el lactante enfermo. Por otra parte, al continuar amamantando se mantiene la actividad de las enzimas digestivas intestinales, con lo que se promueve la absorción de nutrientes durante la enfermedad. Esto impide la pérdida nutritiva y puede que elimine la falta de apetito. Los programas destinados a mejorar la alimentación de los niños durante y después de una enfermedad necesitan antes que nada conocer las creencias y percepciones culturales locales que afectan a dicha conducta para obrar en consecuencia (Bhuiya y Streatfield 1995; Bentley 1988; Bentley y colaboradores 1991; Bentley 1992).

Mezclar la SRO y administrar correctamente al lactante/niño dicha solución o el líquido de rehidratación que se tenga en casa.

Varios estudios han demostrado que la ingestión de la solución de rehidratación oral (SRO) y de líquidos preparados en casa con cereales constituye una forma efectiva de tratar la deshidratación en adultos, niños, lactantes y recién nacidos (Santosham y colaboradores 1982; Pizarro y colaboradores 1983; Gore y colaboradores 1992; Kassaye y colaboradores 1994; Grange 1994). Asimismo se ha probado que la correcta administración de SRO en los hospitales permite reducir la mortalidad por diarrea hasta en un 71 por ciento de los casos (Heymann y colaboradores 1990); y existen estudios que documentan que se puede reducir la mortalidad por diarrea en los hogares si se aumenta la disponibilidad de SRO en la comunidad (Kumar y colaboradores 1987; Bern y colaboradores 1990; Claeson y Merson 1990; CDC/MMWR 1992).

Aunque es posible que las comunidades tengan conocimiento de la SRO y puedan obtenerla fácilmente, quizás sea difícil lograr que las personas que cuidan de los niños utilicen dicho líquido de forma apropiada (Reis y colaboradores 1994; Chowdhury y colaboradores 1988). Debido a que lo que se considera diarrea y lo que se hace para combatirla depende de las características sociales y culturales de la población, es necesario adoptar ciertos enfoques específicos para cambiar el comportamiento relativo al uso de la SRO en diferentes contextos. El establecimiento de un enfoque conductual para mejorar el uso de la SRO es una prioridad si se desea reducir los

índices de mortalidad debidos a la deshidratación causada por la diarrea.

En muchos lugares, es más fácil obtener líquidos de preparación casera que la SRO, además de que tienen más aceptación. En dichos casos, los programas deben promover la administración de tales líquidos además de la SRO para prevenir la deshidratación en niños con diarrea.

Administrar el tratamiento y las medicinas siguiendo las instrucciones (en lo que se refiere a la cantidad y la duración)

El principal tratamiento para las infecciones agudas de las vías respiratorias bajas, la malaria y la disentería en lactantes y niños es administrarles el agente antimicrobiano apropiado, el cual, para ser efectivo, tiene que actuar sobre el microorganismo y ser administrado en suficientes dosis durante el período de tiempo necesario. La mayor parte de los casos de neumonía en los países en desarrollo se deben a bacterias que pueden ser combatidas con antibióticos como cotrimoxazol, amoxicilina, cloranfenicol. Una serie de estudios auspiciados por la OMS (entre otros, los realizados en Haryana, India; Kediri, Indonesia; Jumla, Nepal; Bohol, Filipinas) han mostrado que los antibióticos pueden reducir hasta en un 30 por ciento la mortalidad por causas relacionadas con la neumonía en los países con altos índices de mortalidad, cuando se administran de forma apropiada (Sazawal y Black 1992). El tratamiento antimicrobiano apropiado puede reducir asimismo la mortalidad por disentería causada por diferentes microorganismos del género Shigella (el más importante de los cuales causa diarrea con sangre en los niños (Salam y Bennish 1991)), así como por malaria clínica. Por ejemplo, en un estudio reciente llevado a cabo en las Filipinas se descubrió que un tratamiento reducido de tres días del antibiótico más efectivo (cotrimoxazol) no tenía un efecto notable en la mortalidad por neumonía, por lo que se considera que es necesario administrar el tratamiento completo de cinco días. Como resultado la OMS recomienda lo siguiente: “la madre no debe dar por sentado que el antimicrobiano va a proporcionar una cura inmediata y necesita saber que tiene que volver al servicio de salud si el niño no mejora o se pone peor” (OMS/IRA 1991). Ello indica que es necesario estudiar cuidadosamente las estrategias basadas en promover la prescripción de agentes antimicrobianos y la administración de los mismos por la persona al cuidado del niño. Dichos agentes normalmente pueden comprarse directamente de vendedores de medicamentos, por lo que probablemente sea necesario realizar estrategias dirigidas a dichos proveedores para aumentar el uso de los mismos en la comunidad (Homedes y Ugalde 1993; Bimo y colaboradores 1993; Gutiérrez y colaboradores 1994; Calva 1996; Ofori-Adeji y Arhinful 1996). En muchos lugares, son los trabajadores de salud quienes han ayudado a conseguir que las familias utilicen los antibióticos adecuados (Ronsmans y colaboradores 1988; Ghebreyesus y colaboradores 1996; Delacollette y colaboradores 1996). Por otra parte, debido a que los organismos patógenos más comunes se están volviendo resistentes a los antibióticos en muchas regiones del planeta, es necesario establecer protocolos de tratamiento, teniendo en cuenta los esquemas de resistencia que se conocen, según la información fiable procedente de laboratorios y revisada periódicamente.

Prácticas relacionadas con la búsqueda de ayuda

Buscar la ayuda apropiada cuando se observa que el lactante/niño se encuentra enfermo (es decir, cuando tiene mal aspecto, no juega, no come o no bebe, está letárgico o inconsciente, vomita todo lo que ingiere, tiene fiebre alta o respiración rápida o dificultad para respirar)

Una vez que el lactante o el niño se pone enfermo, la persona que lo cuida debe tratar la enfermedad de forma apropiada. En lo que se

refiere a las causas principales de mortalidad infantil esto implica, ya sea la administración del agente antimicrobiano apropiado o líquido (SRO o líquido casero) y continuar alimentando al niño. Está demostrado que, si no se proporciona tratamiento, los índices de mortalidad son altos en los casos de neumonía, malaria y disentería. Por ejemplo, información procedente de Nepal indica que la neumonía progresa rápidamente si no se trata y que el promedio de tiempo en que tardan en aparecer los síntomas de respiración rápida es entre 3 y 5 días (Pandey y colaboradores 1990). Otros estudios muestran incluso intervalos más cortos, especialmente en los lactantes. Se puede proporcionar tratamiento efectivo mediante toda una serie de grupos e individuos en la comunidad y es importante que dichos proveedores de servicios de salud tengan los conocimientos necesarios para atender debidamente a los lactantes y niños enfermos. El primer paso para proporcionar tratamiento efectivo es que las personas que cuidan de los niños acudan a los servicios de salud. Los datos que se tienen de Bolivia indican que una gran proporción de las madres de lactantes y niños muertos no se dieron cuenta de que los niños estaban enfermos hasta al poco tiempo de morir (Aguilar-Liendo y colaboradores 1997). Se ha demostrado que las personas que cuidan de los niños son capaces de reconocer signos simples, como sarpullido (en el caso del sarampión) y convulsiones generalizadas, con más facilidad de los síntomas complejos (Snow y colaboradores 1993). También se sabe que existen una serie de signos simples no específicos que constituyen importantes indicadores de que el lactante o el niño tiene una enfermedad grave. Dichos signos son: que el lactante o el niño se vea mal o no juegue como normalmente lo hace; que no coma o beba; que esté anormalmente aletargado o que cueste trabajo despertarle; que tenga fiebre alta; que exhiba respiración rápida o dificultad para respirar; que vomite todo lo que ingiera; o que tenga convulsiones (OMS/IRA; Marsh y colaboradores 1995). Las personas que cuidan de los niños, los trabajadores de salud procedentes de la comunidad u otro personal de atención de salud en la comunidad no pueden diagnosticar de forma apropiada todas las enfermedades que se presenten, aunque muchas supuestamente pueden reconocerse por la presencia de simples signos clínicos. Por ello, es importante que los programas en la comunidad pongan énfasis en ayudar a las personas que cuidan de los niños a reconocer signos simples y otros que no son tan específicos.

Hoja de datos para establecer prioridades en las conductas clave

	Disponibilidad de recursos	Grupos disponibles para abordar la conducta	Viabilidad de cambiar la conducta	
Sistema de ordenación	1=actualmente los menos disponibles 16=actualmente los más disponibles	1= los menos disponibles 16= los más disponibles	1=la menos viable 16=la más viable	Puntuación total
Conductas clave				
Posponer el primer embarazo, espaciar el nacimiento de los hijos, limitar el tamaño de la familia				
Acudir a los servicios de atención prenatal al menos dos veces durante el embarazo				
Que las mujeres embarazadas tomen suplementos de hierro				
Lactancia exclusiva aproximadamente durante 6 meses				
Alimentación complementaria entre los 6 y los 24 meses				
Vacunación contra el sarampión a los 9 meses				
Administración de vacunas incluso cuando el lactante esté enfermo				
Vacunación de las mujeres contra el tétanos				
Uso y mantenimiento de mosquiteros tratados con insecticida				
Lavarse las manos con jabón				
Tomar vitamina A				
Usar sal yodada Seguir alimentando y dar más líquidos durante la enfermedad				
Mezclar y administrar SRO/o líquidos caseros de rehidratación				
Administrar el tratamiento de forma adecuada				
Llevar a los lactantes y niños enfermos a los servicios de salud				

Escala para el análisis de la conducta

Ordene cada conducta atendiendo a los nueve criterios siguientes y sume las calificaciones para obtener la puntuación final de cada conducta. Compare las puntuaciones finales de cada conducta para decidir a cuáles dar prioridad.

I. Efecto de la conducta en la salud

0 = Ninguno
1 = Cierto efecto
2 = Efecto considerable
3 = Gran efecto
4 = Elimina el problema de salud

II. Consecuencias positivas de la conducta

0 = La persona al cuidado del niño no percibe ninguna
1 = Se perciben pocas consecuencias
2 = Algunas consecuencias
3 = Consecuencias importantes
4 = Consecuencias muy importantes
5 = Consecuencias considerables

III. Complejidad de la conducta

0 = Excesivamente compleja
1 = Consta de muchísimos elementos
2 = Consta de muchos elementos
3 = Consta de varios elementos
4 = Consta de pocos elementos
5 = Consta de un único elemento

IV. Frecuencia de la conducta

0 = Tiene que hacerse con una frecuencia excesiva para lograr beneficios
1 = Tiene que hacerse cada hora
2 = Tiene que hacerse varias veces al día
3 = Tiene que hacerse a diario
4 = Pueden saltarse algunos días
5 = Puede hacerse de vez en cuando y seguir siendo de considerable utilidad

V. Costo de llevar a cabo la conducta

0 = Exige recursos que no se tienen o requiere un esfuerzo excesivo
1 = Exige grandes recursos o esfuerzo
2 = Exige recursos o esfuerzos considerables
3 = Exige algunos recursos o esfuerzo
4 = Exige pocos recursos o esfuerzo
5 = Exige sólo los recursos con que se cuenta

VI. Compatibilidad con conductas existentes

0 = Totalmente incompatible
1 = Gran incompatibilidad
2 = Incompatibilidad considerable
3 = Cierta incompatibilidad
4 = Poca incompatibilidad
5 = Ya se viene practicando ampliamente

VII. Persistencia

0 = Hay que adoptarla por un período de tiempo excesivo
1 = Hay que adoptarla por un período de tiempo considerable
2 = Hay que adoptarla durante una semana o más
3 = Hay que adoptarla durante varios días
4 = Hay que adoptarla durante un día
5 = Puede llevarse a cabo en poco tiempo

VIII. Posibilidad de observar la conducta

0 = No puede observarse desde fuera
1 = Es muy difícil de observar
2 = Es difícil de observar
3 = Puede observarse
4 = Puede observarse con facilidad
5 = Es obvia

IX. Existe alguna conducta semejante

0 = No se está haciendo nada similar
1 = Existe una conducta ligeramente parecida
2 = Existe una conducta algo parecida
3 = Existe una conducta parecida
4 = Existen varias conductas bastantes parecidas
5 = Existen varias conductas muy parecidas

Guías para obtener información

Recursos generales

Debus, M. 1995. *A Handbook for Excellence in Focus Group Research.* HEALTHCOM Social Report Series. Washington, D.C.: HEALTHCOM, Academy for Educational Development, preparado para la USAID

Dickin, K., M. Griffiths y E. Piwoz. Borrador, marzo de 1996. *Designing by Dialogue: Consultative Research for Improving Young Child Feeding.* Washington, D.C.: Heath and Human Resources Analysis (HHRAA) Project, preparado para la USAID.

HEALTHCOM, 1995. *A Tool Box for Building Health Communication Capacity,* Washington, D.C.: HEALTHCOM, Academy for Educational Development, preparado para la USAID.

Scrimshaw, S.C.M. y E. Hurtado. 1987. *Rapid Assessment Procedures for Nutrition and Primary Health Care: Anthropological Approaches to Improving Programme Effectiveness.* UCLA Latin American Center Reference Series, Vol. 11, Tokio, Nueva York y Los Angeles: Universidad de las Naciones Unidas, el UNICEF y el Centro Latinoamericano de la Universidad de California (UCLA).

Para obtener información sobre temas específicos

Programa de la OMS sobre Infecciones Repiratorias Agudas. 1993. “Focussed Ethnographic Study of Acute Respiratory Infections.” ARI/93.2. Ginebra: OMS.

Agyepong, I.A., B. Aryee, H. Dzikunu y L. Manderson. 1994. “The Malaria Manual. Guidelines for the Rapid Assessment of Social, Economic and Cultural Aspects of Malaria.” Accra, Ghana.

Hudelson, P. Julio de 1995. “Guidelines for Conducting a Rapid Ethnographic Study of Malaria Case Management”. Segunda versión de pruebas sobre el terreno. Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR).

Herman, E. y M. Bentley. 1993. “Rapid Assessment Procedures: To Improve the Household Management of Diarrhea”. Publicado en Methods for Social Research in Disease. Boston: International Nutrition Foundation for Developing Countries.

Murray, J.C. y S. Manoncourt. Borrador, octubre de 1996. “Integrated Health Facility Assessment: Using Local Planning to Improve the Quality of Child Care at Health Facilities.” Informe técnico de BASICS. Arlington, Virginia: El Proyecto BASICS, preparado para la USAID.

Bhattacharyya, K. y J. Murray. 1997. “Integrated Quantitative and Qualitative Approach to Planning and Monitoring Community-Based Child Health Programs”. Informe técnico de BASICS. Arlington, Virginia: El Proyecto BASICS, preparado para la USAID. En imprenta.

Salgado, R. y H. Kalter. 1997. “Community-based Mortality Surveillance for Planning Primary Health Care Programs: A Manual.” Informe técnico de BASICS. Arlington, VA: El Proyecto BASICS, preparado para La USAID. En imprenta.

Material de consulta

ACC/SCN. 1991. “Controlling Iron Deficiency”. Editado por S. Gillespie, J. Kevany y J. Mason. Nutrition Policy Discussion Paper No. 9.

Aguilar-Liendo, A.M., R. Alvarado-Cáceres, D. Cordero-Valdivia, R. Salgado, R.W. Waldman y A. Zamora-Gutiérrez. 1997. “Mortality Surveillance: An Analytical Approach to How and Why Children Die”. Informe técnico de BASICS (en imprenta). Arlington, VA: El Proyecto BASICS, preparado para la USAID.

Alam, N. 1995. “Birth Spacing and Infant and Early Childhood Mortality in a High Fertility Area of Bangladesh: Age-Dependent and Interactive Effects.” J. Biosoc. Sic. 27:393-404.

Alisjahbana, A. Williams, C. Dharmayanti, R. Hermawan, D., Kwast, B.E. Koblinsky, M. 1995. “An Integrated Village Maternity Service to Improve Referral Patterns in a Rural Area in West-Java”. Int. Journal of Gynecology and Obstetrics. 48 (supl.):83-94.

Alonso, P.L., S.W. Lindsay, J.R.M. Armstrong-Schellenberg, K. Keita, P. Gómez, F.C. Shenton, A.G. Hill, P.H. David, G. Fegan, K.Cham, B.M. Greenwood. 1993. “A Malaria Control Trial Using Insecticide-Treated Bednets and Targeted Chemoprophylaxis in a Rural Area of The Gambia, West Africa. The Impact of the Interventions on Mortality and Morbidity from Malaria”, Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg. 87 (supl. 2):37-44.

Bentley, M.E. 1992. “Household Behaviors in the Management of Diarrhea and their Relevance for Persistent Diarrhea”, Acta Paediatr. Supl. 381:49-54.

Bentley, M.E. 1988. “The Household Management of Childhood Diarrhea in Rural North India”, Soc. Sci. Med. 27(1):75-85.

Bentley, M.E., R.Y. Stallings, M. Fukumoto y J.A. Elder. 1991. “Maternal Feeding Behavior and Child Acceptance of Food During Diarrhea, Convalescence and Helath in the Central Sierra of Peru”, Am. J. Public Health 81(1):43-47.

Bern, C. y colaboradores 1992. “The Magnitude of the Global Problem of Diarrhoeal Disease: A Ten-Year Update”, Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 70 (6):705-714.

Bhuiya, A. y K. Streatfield. 1995. “Feeding, Home-Remedy Practices and Consultation with Health Care Providers During Childhood Illness in Rural Bangladesh”, J. Diarrhoeal Dis. Res. Junio 13(2):106-112.

Black, R.E., K.H. Brown y S. Becker. 1984. “Effect of Diarrhea Associated with Specific Enteropathogens on the Growth of Children in Rural Bangladesh,” Pediatrics 73:799-805.

Black, R.E., y colaboradores 1981. “Handwashing to Prevent Diarrhea in Day-Care Centers”, Am. J. Epidemiol. 113(4).

Bohler E. 1994. “Has Primary Health Care Reduced Infant Mortality in East Bhutan? The Effects of Primary Health Care and Birth Spacing on Infant and Child Mortality Patterns in East Bhutan”, J. Trop. Pediatr. 40:256-260.

Brown, K. 1994. “Dietary Management of Acute Diarrheal Disease: Contemporary Scientific Issues”, J. Nutr. Suppl.:1455-1459.

Brown, K.H., R.Y. Stallings, H. Creed de Kanashiro, G. López de Romana, R.E. Black. 1990. “Effects of Common Illnesses on Infants Energy Intakes from Breast Milk and Other Foods During Longitudinal Community-Based Studies in Huascar (Lima) Peru”, Am. J. Clin. Nutr. 52:1005-1013.

Brown, K., A.S. Gastanaduy, J.M. Saavedra, J. Lembcke, D. Rivas, A.D. Robertson, R. Yolken, R.B. Sack. 1988. “Effect of Continued Oral Feeding on Clinical and Nutritional Outcomes of Acute Diarrhea in Children”, J. Pediatr. 112(2):191-200.

Calva, J. 1996. “Antibiotic use in a Peruvian Community in Mexico: A Household and Drugstore Survey”, Soc. Sci. Med. 42(8):1121-1128.

Centers for Disease Control and Prevention. 1992. "Famine Affected, Refugee and Displaced Populations: Recommendations for Public Health Issues", MMWR 41(RR-13):18-20.

Chowdhury, M.R., J.P. Vaughan y F.H. Abed. 1988. "Use and Safety of Home-Made Oral Rehydration Solutions: An Epidemiological Evaluation from Bangladesh", Int. J. Epidemiol. 17(3):655-665.

Claeson, M.y M. Merson. 1990. "Global Progress in the Control of Diarrheal Diseases", Pediatr. Infect. Dis. J. 9:345-355.

Clemens, J. D. y B.F. Staton. 1987. "An Educational Intervention for Altering Water-Sanitation Behaviors to Reduce Childhood Diarrhea in Urban Bangladesh", Am. J. Epidemiol. 125(2).

Coutsoudis, A., M. Broughton y H. Coovadia. 1991. "Vitamin A Supplementation Reduces Measles Morbidity in Young African Children; a Randomized, Placebo-Controlled Double-Blind Trial", Am. J. Clin. Nutr. 54:890-895.

D'Alessandro, U., B.O. Olaleye, W. McGuire, P. Langerock, S. Bennet, M.K. Aikins, M.C. Thomson, B.A. Cham y B.M. Greenwood. 1995. "Mortality and Morbidity from Malaria in Gambian Children After Introduction of an Impregnated Bednet Programme", Lancet 345:479-483.

Delacollette, C., P. Van der Stuyft y K. Molima. 1996. "Using Community Health Workers for Malaria Control: Experience in Zaire", Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 74(4):423-430.

Dewey, K., K. Brown y L. Allen. 1996. Presentation on Recent Recommendations for Infant and Young Child Feeding Based on Recent Studies on Growth of Exclusively Breastfed Infants and Revised Estimates of Energy/Protein Requirements, marzo de 1996, en la USAID, Washington, D.C.

Feachem, R.G. y M.A. Koblinsky. 1984. "Interventions for the Control of Diarrheal Diseases among Young Children: Promotion fo Breast-Feeding". Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 62(2):271-291.

Ghebreyesus, T.A., T. Alemayehu, A. Bosman, K.H. Witten y A. Teklehaimanot. 1996. "Community Participation in Malaria Control in Tigray Region Ethiopia", Acta Trop. 61:145-156.

Gore, S.M., O. Fontaine y N.F. Pierce. 1992. "Impact of Rice Based Oral Rehydration Solution on Stool Output and Duration of Diarrhoea: Meta-Analysis of 13 Clinical Trials", British Med. J. 304-287-291.

Graeff, J.A., J.P. Elder y E.M. Booth. 1993. Communicating for Health and Behavior Change: A Developing Country Perspective. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Grange, A. 1994. "Evaluation of Cassava-Salt Suspension in the Management of Acute Diarrhea in Infants and Children". J. Diarrhoeal Dis. Res. 12(1):55-58.

Gutiérrez, G., H. Guiscafre, M. Bronfman, J. Walsh, H. Martínez y O. Muñoz. 1994. "Changing Physician Prescribing Patterns: Evaluation of an Educational Strategy for Acute Diarrhea in Mexico City", Med. Care 32(5):436-446.

Heymann, D.L., M. Mbvundula, A. Macheso, D.A. McFarland y R.V. Kawkins. 1990. "Oral Rehydration Therapy in Malawi: Impact on the Severity of Disease and on Hospital Admissions, Treatment Practices and Recurrent Costs", Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 68(2):193-197.

Hogerzell, H.V., Bimo, D.Ross-Degnan, R.O. Laing, D.Ofori-Adeji, B. Santoso, A.K.A. Chowdhury, A.M. Das, K.K. Kafle, A.F.B. Mabadeje y A.Y. Massele. 1993. "Field Tests for Rational Drug Use in Twelve Developing Countries", Lancet 342:1408-1410.

Homedes, N. y A. Ugalde. 1993. "Patients Compliance with Medical Treatment in the Third World. What Do We Know?" Health Policy and Planning 8(4):291-314.

Hoque, B.A., T. Juncker, R.B. Sack, M. Ali y K.M.A. Aziz. 1996. "Sustainability of a Water, Sanitation and Hygiene Education Project in Rural Bangladesh: A 5-Year Follow-Up", Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 74(4):431-437.

Huffman, S. y C. Combest. 1990. "Role of Breast-Feeding in the Prevention and Treatment of Diarrhea", J. Diarrheal Dis. Res. 8(3):68-81.

Hussey, G.D. y M. Klein. 1990. "A Randomized Controlled Trial of Vitamin A in Children with Severe Measles", N. Engl. J. Med. 323(3):160-164.

International Vitamin A Consulting Group (IVACG). 1996. Policy Statement on Vitamin A., Diarrhea, and Measles. Guatemala IVACG Conference, marzo de 1996.

Jamison, D.T., W.H. Mosely, A.R. Measham y colaboradores 1993. Disease Control Priorities in Developing Countries. Nueva York: Oxford University Press.

Kassaye, M., C. Larson y D. Carlson. 1994. "A Ramdomized Community Trial of Prepackaged and Homemade Oral Rehydration Therapies", Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 148:1288-1292.

Khan, M.U. 1982. "Interruption of Shigellosis by Hand Washing". Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg. 76(2).

Khan, M.U. y K. Ahmad. 1986. "Withdrawal of Food During Diarrhea: Major Mechanism of Malnutrition Following Diarrhea in Bangladesh Children", J. Trop. Pediatr. 32:57-61.

Koblinsky, M.A. 1995. "Beyond Maternal Mortality-Magnitude, Interrelationship, and Consequences of Women's Health, Pregnancy-Related Complications and Nutritional Status on Pregnancy Outcomes". Int. Journal of Gynecology and Obstetrics. 48 (supl.):21-32.

Kroeger, A., M. Mancheno, J. Alarcón y K. Pesse. 1995. "Insecticide-Impregnated Bednets for Malaria Control: Varying Experiences from Ecuador, Colombia and Peru, Concerning Acceptability and Effectiveness", Am. J. Trop. Med. Hyg. 53(4):313-323.

Kumar, V., R. Kumar y N. Datta. 1987. "Oral Rehydration Therapy in Reducing Diarrhoea-Related Mortality in Rural India", J. Diarrhoeal Dis. Res. Septiembre 5(3):159-164.

Kwast, B.E. 1995. "Building a Community-Based Maternity Program". Int. Journal of Gynecology and Obstetrics. 48 (supl.): 67-82.

Lengeler, C. y R.W. Snow. 1996. "From Efficacy to Effectiveness: Insecticide-Treated Bednets in Africa", Lancet 74(3):325-332.

Lengeler, C., J. Cattani y D. de Savigny, editores. 1996. Net Gain: A New Method for Preventing Malaria Deaths. Ottawa: International Development Research Centre.

Levin, H., J. McGuire, R. Galloway y colaboradores 1993. Micronutrient Deficiency Disorders. In Jamison y colaboradores, Disease Control Priorities in Developing Countries, editado por D.T. Jamison y colaboradores Nueva York: Oxford University Press.

Marsh, K., D. Forster, C. Waruiru, I. Mwangi, M. Winstranley, V. Marsh, C. Newton, P. Winstanley, P. Warn, N. Peshu, G. Pasvol y R. Snow, 1995. "Indicators of Life-Threatening Malaria in African Children", N. Engl. J. Med. 332(21):1399-1404.

Martorell, R., J.P. Habicht, C. Yarbrough y colaboradores 1975. "Acute Morbidity and Physical Growth in Rural Guatemalan Children", Am. J. Dis. Child. 129:1296-301.

Martorell, R., C. Yarbrough, S. Yarbrough y R.E. Klein. 1980. "The Impact of Ordinary Illness on the Dietary Intakes of Malnourished Children", Am. J. Clin. Nutr. 33:345-350.

Mata, L. y colaboradores. 1981. Diarrhea and Malnutrition: Breastfeeding Intervention in Transitional Population. Páginas 233-251, en Acute Enteric Infections in Children. New Prospects for Treatment and Prevention, editado por T. Holme, et. al. Amsterdam: Elsevier North Holland Biomedical Press.

McDevitt T., et. al. 1996. Trends in Adolescent Fertility and Contraceptive Use in the Developing World. Washington, D.C.: Dependencia del Censo de los Estados Unidos.

McGuire, J. y R. Galloway. 1994. Enriching Lives. Washington, D.C.: Banco Mundial.

Muhilal, M.A.y colaboradores. 1988. "Vitamin A-Fortified Monosodium Glutamate and Vitamin A Status: A Controlled Field Trial", Am. J. Clin. Nutr. 48:1265-70.

National Research Council. 1989. Contraception and Reproduction: Health Consequences for Women and Children in the Developing World. Washington, D.C.: National Academy Press.

NUSIDA, en colaboración con la OMS, el UNICEF y el PNUD. "Interim Statement on HIV and Infant Feeding", WER (27 de septiembre de 1996):289-291.

Ofori-Adeji, D. y D.K. Arhinful 1996. “Effect of Training on the Clinical Management of Malaria by Medical Assistance in Ghana”, Soc. Sci. Med. 42(8):1169-1176.

OMS/IRA. 1991. “Technical Bases for the WHO Recommendations on the Management of Pneumonia in Children at First-Level Health Facilities”. OMS/IRA/91.20.Ginebra: OMS.

OMS/PAI.1995. “Immunization Policy”. Global Programme for Vaccines and Immunization. OMS/PAI/GEN/95.03. Rev. 1 Ginebra: OMS.

OMS/PAI. 1992. “Missed Opportunities for Immunization: Global Review”. OMS/PAI/GEN/92.08. Ginebra: OMS.

OMS/PAI. 1994. “Revised Plan of Action for Neonatal Tetanus Elimination”. OMS/PAI/GEN/94.04. Ginebra: OMS.

OMS/PAI. 1990. “Measles Control in the 1990s.: Principles for the Next Decade”. OMS/PAI/GEN/90.02. Ginebra: OMS.

OMS/FRH. 1994. “Antenatal Care: Report of a Technical Working Group”. OMS/FRH/MSM/96.8. Ginebra: OMS.

OMS/UNICEF. 1996. “Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality, A New Approach by WHO and el UNICEF”. Ginebra: OMS.

OMS/UNICEF/ICCIDD. 1993. “Global Prevalence of Iodine Deficiency Disorders”. MDIS Working Paper #1. Ginebra: OMS.

OMS/VRD. 1995. “Meeting on Small-Scale Sero-Surveys to Assess Tetanus Antibody Levels among Women of Child-bearing Age”. Proceedings of a Conference at el UNICEF, Nueva York, 30 de octubre de 1995. OMS/VRD/GEN/95.04. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS). 1994. “World Malaria Situation in 1992”, WER (21 octubre de 1994):309-314.

Pandey, M.R., N.M. Daulaure, E.S. Starbuck, R.M. Houston y K. McPherson. 1991. “Reduction in Total Under-Five Mortality in Western Nepal through Community-Based Antimicrobial Treatment of Pneumonia”, Lancet 338:993-997.

Pelletier, D.L., E.A. Frongillo y J.P. Habicht. 1993. “Epidemiological Evidence for a Potentiating Effect of Malnutrition on Child Mortality”, Am. J. Public Health 83:1130-1133.

Pelletier, D.L., E.A. Frongillo, D.G. Schroeder y J.P. Habicht. 1995. “The Effects of Malnutrition on Child Mortality in Developing Countries”, Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 73:443-448.

Pinfold, J.V. y N.J. Horan. 1996. “Measuring the Effect of a Hygiene Behavior Intervention by Indicators of Behavior and Diarrhoeal Disease”, Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg. 90:366-371.

Pizarro, D., G. Porada y L. Mata. 1983. “Treatment of 242 Neonates with Dehydration with an Oral Glucose-Electrolyte Solution”, J. Pediatr. 103:133-136.

Popkin, B.M., L. Adair, J.S. Akin, R. Black, J. Briscoe y W. Flieger. 1990. “Breastfeeding and Diarrheal Morbidity”, Pediatrics 86:874-882.

Rahmathullah, L., B.A. Underwood, R.D. Thulasiraj, R.C. Milton, K. Ramaswamy, R. Rahmathullah y G. Babu. 1990. “Reduced Mortality among Children in Southern India Receiving a Small Weekly Dose of Vitamin A”, N.Engl. J. Med. 323:929-935.

Reis, E.C., J.G. Goepp, S. Katz y M. Santosham. 1994. “Barriers to Use of Oral Rehydration Therapy”, Pediatrics 93(5):708-711.

Ronsmans, C., M.L. Bennish y T. Wierzba. 1988. “Diagnosis and Management of Dysentery by Community Health Workers”, Lancet (septiembre 3):552-555.

Salam, M.A. y M.L. Bennish. 1991. “Antimicrobial Therapy for Shigellosis”. Rev. Inf. Dis. 13 (supl. 4):S332-341.

Santosham, M. y colaboradores 1982. “Oral Rehydration Therapy of Infantile Diarrhea: A Controlled Study of Well Nourished Children Hospitalized in the United States and Panama”, N.Engl. J. Med. 306:1070-1076.

Sazawal, S. y R.E. Black. 1992. “Meta-Analysis of Intervention Trials on Case-Management of Pneumonia in Community Settings”, Lancet 340:528-533.

Scrimshaw, N.S., J.C. Waterlow y B. Schurch. 1996. “Energy and Protein Requirements”, Eur. J. Clin. Nutr. Vol. 50 (supl. 1).

Sexton, J. 1994. “Impregnated Bednets for Malaria Control: Biological Success and Social Responsibility”, Am. J. Trop. Med. Hyg. 50(6):72-81.

Shane, B. 1977. Family Planning Saves Lives. Washington, D.C.: Population Reference Bureau.

Snow, R.W., B.D. Azevedo, D. Forster, S. Mwankuse, G. Bomu, G. Kassiga, C. Nyamawi, T. Teuscher y K. Marsh. 1993. “Maternal Recall of Symptoms Associated with Childhood Deaths in Rural East Africa”, Int. J. Epidemiol. 22(4):677-683.

Sommer, A. y K.P. West. 1996. Vitamin A Deficiency: Health, Survival and Vision. Nueva York: Oxford University Press.

Sommer, A., I. Tarwotjo, E. Djunaedi, K.P. West, A.A. Loeden, R. Tilden, L. Mele y The Aceh Study Group. 1986. “Impact of Vitamin A Supplementation on Childhood Mortality: A Randomized Controlled Community Trial”, Lancet:1169-1173.

Stoltzfus, R.J. 1994. “Iron Deficiency and Strategies for its Control”. Informe preparado para la Oficina de Nutrición de la USAID, Washington, D.C.

Victora, C.G. y colaboradores. 1987. “Evidence for Protection by Breast-Feeding Against Infant Deaths from Infectious Diseases in Brazil”, Lancet(2):319-322.

Victora, C.G., P.G. Smith, J.P. Vaughan, L.C. Nobre, C. Lombardi, A.M.B. Teixeira y colaboradores 1989. “Infant Feeding and Deaths due to Diarrhea: A Case-Control Study”, Am. J. Epidemiol. 129:1032-1041.

Waldman, R., C.C. Campbell y R.W. Stekette. 1996. Overcoming Remaining Barriers: The Pathway to Survival. Current Issues in Child Survival Series (Informe Técnico). Arlignton, Virginia: El Proyecto BASICS, preparado para la USAID.

Walsh, J.A. y colaboradores 1993. Maternal Perinatal Health. En Disease Control Priorities in Developing Countries, editado por D.T. Jamison, y colaboradores. Nueva York: Oxford University Press.

Whitehead, R.G. 1977. “Protein and Energy Requirements of Young Children Living in Developing Countries to Allow for Catch-Up Growth After Infections”, Am. J. Clin. Nutr. 30:1545-1547.

Winikoff, B. y E.C. Baer. 1980. “The Obstetricians Opportunity: Translating “Breast is Best” from Theory to Practice”, Am. J. Obstet. Gynecol. 138:105-117.

Winnard, K. 1995. “No Longer Giving Life Through Death”. Int. Journal of Gynecology and Obstetrics. 48:7-20.