

PD-ABR-823  
103326

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA  
INSTITUO NACIONAL DE INVESTIGACIONES  
NUTRICIONALES Y MEDICO SOCIALES - ININMS

PROYECTO DE EVALUACION Y MEJORAMIENTO DEL PAAMI

- INFORME FINAL -

Enero de 1987  
Quito - Ecuador

a

AUTORIDADES DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

MINISTRO DE SALUD PUBLICA	DR JORGE BRACHO OÑA
SUBSECRETARIO DE SALUD ZONA I	DR ALEJANDRO SAENZ UBILLA
SUBSECRETARIO DE SALUD ZONA II	DR BOSCO MENDOZA ALVARADO
DIRECTOR GENERAL DE SALUD	DR RICARDO FREIRE RIVERA
DIRECTOR DE PROGRAMAS PRIORITARIOS	DR PABLO MARTINEZ CHIRIBOGA
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE INVESTI- GACIONES NUTRICIONALES Y MEDICO <u>SO</u> CIALES	DR FERNANDO ORTEGA PEREZ
JEFE DE LA DIVISION NACIONAL DE NUTRICION	DR EDMUNDO BETANCOURTH

PROYECTO REALIZADO POR

DR FERNANDO ORTEGA	DIRECTOR GENERAL DEL PROYECTO
DRA YOLANDA DE GRIJALVA	DIRECTORA TECNICA INVESTIGADORA PRINCIPAL
DRA MARIA ELENA ACOSTA	ASISTENTE DE INVESTIGACION
DR JORGE MONCAYO	ASISTENTE DE INVESTIGACION
DR PATRICIO ORDOÑEZ	ASISTENTE DE INVESTIGACION
DR HERNAN ARAGON	ASISTENTE DE INVESTIGACION
DR RODRIGO JARRIN	ASISTENTE DE INVESTIGACION
SRTA MONICA DUQUE	SECRETARIA
SRTA MARCIA PAEZ	SECRETARIA
SR JULIO CABRERA	CHOFER

## ASESORES

Marcia Griffiths (Mannof Inc )	Monitoreo de Crecimiento Educación Nutricional
Juan R Aguilar	Diseño General
Charles Teller (AID Washington)	Vigilancia Nutricional
Patricia Avila (Mannoff Inc )	Educación Nutricional
Sonia Restrepo ( Mannoff Inc )	Comunicación, Medios Masivos
John Anderson (AID Quito)	
Audrey Wight (AID Quito)	
David Nelson (AID Quito)	

## FE DE ERRATAS

PAGINA	LINEA	DICE	DEBE DECIR
5	20	Mejorameinto	Mejoramiento
11	4	sotock	stock
19	15	ganado	ganando
21	22	oro	otro
23	5	antroponmétrico	antropométrico
26	9	caa	cada
29	4	que cuestiones	que cuestione
29	8	posiblitaba	posibilitaba
29	31	gene-	generar
30	5	permte	permite
33	29	Infantilse	Infantil se
56	1	1•6	1 2

d

EVALUACION Y MEJORAMIENTO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA  
MATERNO INFANTIL PAAMI

INFORME FINAL

CONTENIDO	Pag
1 Introducción	1
2 El Programa de Asistencia Alimentaria Materno Infantil PAAMI	
2 1 Antecedentes - Estructura del Ministerio de Salud Pública	2
2 2 Objetivos	3
2 3 Funcionamiento del PAAMI	4
3 El Proyecto de Evaluación y Mejoramiento del PAAMI PEMPAAMI	
3 1 Antecedentes	5
3 2 Objetivos	6
3 3 Planificación	8
4 Resultados en el área de Evaluación	
4 1 Administración	10
4 2 Operación	12
4 3 Impacto	13
4 4 Conclusiones y Recomendaciones	16
5 Resultados en el área de Mejoramiento	
5 1 Monitoreo de Crecimiento	20
5 2 Vigilancia Nutricional	22
5 3 Educación Nutricional	25
5 4 Problemas de Aplicación	27
6 Fase de Expansión Aplicación de resultados en el Plan de Reducción de la Enfermedad y Muerte Infantil PREMI	32

h

	Pag
7 Evaluación permanente Sistema de Información	36
8 Presupuesto	39
9 Lecciones Aprendidas	40
APENDICES	44
1 Resumen de la Metodología	44
2 Estudio sobre peso al nacer en Quito	47
3 EL FUERSAN Composición, preparación	53
4 Estudio sobre el Crecimiento Físico de los niños en el Ecuador	57
ANEXOS	
1 Manual de utilización del "Carnet de Salud Infantil, Qué es y Cómo utilizarlo"	
2 Instructivo de pesaje, de monitoreo de crecimiento y flujo-grama de actividades en puestos de atención	
3 Parte Diario	

## 1 INTRODUCCION

Es suficientemente reconocida la existencia de problemas alimentario-nutricionales en los países del Tercer Mundo, a los que el Ecuador no puede sustraerse, que obedecen a determinantes de origen multifactorial, cuyas soluciones comprometen a diversos sectores ligados al desarrollo de cada país

El Ecuador hasta el momento no dispone de información real sobre la magnitud y distribución del problema nutricional, lo que evidencia la escasa atención que los diversos sectores han prestado a esta problemática

Sólo en el presente año (1986), el Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE) se encuentra realizando el Diagnóstico de la Situación Nutricional de la población ecuatoriana, que sentará las bases para una planificación racional de intervenciones que modifiquen la actual situación

Tradicionalmente, el sector salud es el que más se ha preocupado por conocer e intervenir en los problemas nutricionales de cada país. En el Ecuador, esta preocupación se traduce desde 1974, en la implementación del Programa de Asistencia Alimentaria Materno Infantil (PAAMI), el mismo que pretendía disminuir la prevalencia de desnutrición en los grupos de población más vulnerables distribuyendo una mezcla alimentaria a través de las Unidades de Salud

Durante los doce años de operación del PAAMI, no se ha contado con información sobre el cumplimiento de los objetivos del Programa, que permita continuar o reorientarlo

Ante esta situación, el Ministerio de Salud Pública, MSP, decidió realizar un estudio de evaluación del PAAMI, encargándose su diseño y ejecución al Instituto Nacional de Investigaciones Nutricionales y Médico Sociales (ININMS)

Concomitantemente, se planteó la necesidad de diseñar e implementar programas de "mejoramiento del estado nutricional", que debían llevarse a cabo junto con la entrega de alimentos y eventualmente podrían ir acortando la permanencia del PAAMI

El proyecto así conceptualizado, se denominó "Evaluación y Mejoramiento del PAAMI (PEMPAAMI) y dio inicio en marzo de 1984 planificándose su ejecución en cuatro fases sucesivas, tres de las cuales se han cumplido y la cuarta de expansión se ejecuta actualmente a través del Plan de Reducción de la Enfermedad y Muerte Infantil (PREMI)

El presente documento reseña las actividades realizadas y los resultados obtenidos en el desarrollo del PEMPAAMI

Esta dividido en varias áreas, la primera de las cuales se refiere a la evaluación y abarca los aspectos de administración, operación e impacto del PAAMI. La segunda, en la que se reseña el proceso de implementación de los componentes de mejoramiento a nivel de áreas piloto y finalmente el área de expansión, se detalla las actividades desarrolladas hasta la presente fecha en la difusión de los componentes de mejoramiento a nivel nacional. El informe se complementa con otros estudios paralelos desarrollados dentro del Proyecto

## 2 EL PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA MATERNO INFANTIL PAAMI

### 2.1 ANTECEDENTES

El Gobierno Ecuatoriano a través del Ministerio de Salud Pública con ayuda de varias Agencias Internacionales, mantiene desde 1974 el Programa de Asistencia Alimentaria Materno Infantil (PAAMI), que consiste en la entrega de un complemento compuesto por leche, soya y avena (o arroz) a madres embarazadas y lactantes, niños en riesgo (menores de dos años) y niños desnutridos de dos



a cuatro años que asisten a las Unidades Operativas de to  
do el país

El PAAMI se implementó en base a las siguientes consideraci  
ciones

- a) Existencia de desnutrición protéico-energético en la población materno infantil, cuya prevalencia basada - en la encuesta Nutricional de 1959 fue de 40 por ciento en pre-escolares

Además, el mismo estudio reveló la existencia de un - déficit en la ingestión de alimentos, especialmente - de aquellas fuentes de proteína animal

- b Existencia de una infraestructura del Ministerio de - Salud Pública que permitiría la cobertura de la poblaci  
ción objetivo

- c Existencia de una política de ayuda alimentaria por - parte de las Agencias Internacionales

Las consideraciones mencionadas deben ser necesaria - mente revisadas, como se demostrará en las páginas si  
guientes

## 2 2 OBJETIVOS

El Programa de Asistencia Alimentaria Materno Infantil - PAAMI tiene los siguientes objetivos

### General

Promover el mejoramiento del estado nutricional de la población y reducir la prevalencia de enfermedades carenciales en los grupos susceptibles a la desnutrición

Específicos

- 1 Prevenir la desnutrición en el grupo Materno-Infantil
- 2 Proteger a la embarazada y a la madre lactante para conseguir un hijo sano y propender a una adecuada y prolongada lactancia materna
- 3 Evitar la progresión del daño nutricional en el grupo de niños menores de cinco años y procurar su recuperación nutricional
- 4 Estimular la asistencia regular de los beneficiarios a las Unidades Operativas para los controles y demás acciones integrales de salud
- 5 Mejorar los hábitos y prácticas alimentarias a nivel familiar y comunitario a través de acciones educativas en el área de alimentación y nutrición, acciones de salud y desarrollo en general

2 3 FUNCIONAMIENTO DEL PAAMI

El PAAMI desde su inicio, ha tenido un importante desarrollo y actualmente dispone de una infraestructura que parte del nivel central con la División Nacional de Nutrición (DNN), en la cual se planifica y norma todas las actividades del Programa

Para la operación del PAAMI, se ha requerido la designación de coordinadores provinciales y la asignación de responsables a nivel local, el equipamiento de una planta procesadora, que actualmente está en capacidad de producir complemento de tipo extrusado (arroz) y la dotación de un vehículo a cada provincia para la distribución del producto a las Unidades Operativas

Concomitantemente, se ha requerido del establecimiento -

to de un sistema de información específico para el Programa, la realización de eventos de capacitación de personal y de estudios de factibilidad previa a la implementación de la mezcla alimentaria leche, soya, arroz

### 3 EL PROYECTO DE EVALUACION Y MEJORAMIENTO DEL PAAMI PEMPAAMI

#### 3 1 ANTECEDENTES

Desde la implementación del PAAMI en el año de 1974, se han realizado varias evaluaciones que han considerado aspectos administrativos y de operación

Ante la permanente preocupación de las autoridades del Ministerio de Salud Pública por realizar una evaluación integral del PAAMI, la Agencia Internacional de Desarrollo (AID), en enero de 1983, ofrece el financiamiento para realizar la mencionada evaluación

En agosto de 1983 se suscribe el Convenio respectivo entre el Ministerio de Salud Pública y la AID en el cual se especifica que el estudio debía contemplar tanto aspectos administrativos, operativos y de impacto del PAAMI así como el diseño, implementación y expansión de los denominados "componentes de mejoramiento", que constituyen actividades básicas de nutrición que son competencia del sector salud

El proyecto dio inicio en marzo de 1984, con una planificación de veinte y cuatro meses, período que no incluía la fase de expansión. Inicialmente las actividades tuvieron el carácter piloto, realizándose en Unidades Operativas seleccionadas de Cotopaxi y Manabí y progresivamente se expandirían a todas las Unidades de las provincias mencionadas hasta finalmente abarcar a todo el país

La planificación y ejecución del Proyecto estuvo a cargo

del personal del ININMS, contando con la participación de personal de la División Nacional de Nutrición (DNN), de las Divisiones de Salud Materno Infantil y de Educación para la Salud, así como de otras dependencias del Ministerio de Salud Pública a nivel central, provincial y local

El proyecto contó con la asistencia técnica de varias Agencias Internacionales relacionadas con la AID, entre las que se halla Mannoff International en el área de Educación Nutricional

Se llevó a efecto quince Talleres Nacionales tanto para difundir los avances del Proyecto a funcionarios del Ministerio de Salud Pública y de otras instituciones, como para capacitar al personal de los distintos niveles de complejidad del Ministerio en los que operó el Proyecto

Administrativamente, el Proyecto dependió del Ministerio de Salud Pública hasta diciembre de 1985 y a partir de enero de 1986 de una empresa privada. El presupuesto asignado contempló la ejecución del proyecto piloto, estableciéndose el compromiso escrito de incursionar posteriormente en la fase de expansión

A pesar de la importancia, complejidad y magnitud de las actividades realizadas, el presupuesto inicial no fue gastado íntegramente, dejando un saldo de aproximadamente 17 por ciento del presupuesto total, el mismo que está siendo utilizado en las actividades de expansión a nivel nacional a partir de enero de 1986

### 3 2 OBJETIVOS DEL PEMPAAMI

#### Generales

Evaluar el Programa de Asistencia Alimentaria Materno Infantil (PAAMI) tanto en el proceso como en el impacto a -

los beneficiarios y proporcionar las bases para establecer un sistema de monitoreo que permita una evaluación continúa del programa en el futuro

Específicos

- 1 Actualizar las evaluaciones del programa en las áreas de administración y operación del PAAMI
- 2 Evaluar la eficacia del PAAMI, es decir los efectos o resultados del programa, especialmente en aquellos que se consideren objetivos de mejoramiento
- 3 Evaluar la eficiencia del PAAMI, esto es, conocer hasta qué punto se han cumplido las actividades programadas y que se encuentran especificadas en las normas correspondientes
- 4 Evaluar el componente de educación nutricional del PAAMI y determinar los lineamientos básicos necesarios para el diseño e implementación de un componente mejorado de educación nutricional
- 5 Diseñar e implementar un componente mejorado del PAAMI en una muestra de Unidades Operativas, para probar su factibilidad como elemento regular del Programa en desarrollo y evaluar la operación e impacto de un programa fortalecido en lo que se refiere al suministro regular de alimentos, supervisión, capacitación del personal, control de crecimiento y educación nutricional
- 6 Diseñar un sistema de monitoreo que ofrezca un flujo permanente de información sobre la operación e impacto del Programa a fin que permita una evaluación continúa del mismo

### 3 3 PLANIFICACION DEL PEMPAAMI

El proyecto fue planificado para realizarse en cuatro fases

- Evaluación retrospectiva sobre aspectos administrativos, operativos y de impacto del PAAMI e investigación cuantitativa para el diseño de los componentes de mejoramiento
- Reajuste y diseño de la fase prospectiva, que incluye el diseño de los "componentes de mejoramiento", monitoreo de crecimiento, vigilancia nutricional y educación nutricional. Durante el proceso, se incluyó la implementación del Carnet de Salud Infantil
- Fase prospectiva de tipo longitudinal que evaluaría el impacto biológico del PAAMI, el cual no pudo realizarse debido a la falta de complemento durante seis meses de 1985, limitándose a la implementación de los componentes de mejoramiento
- Expansión de los componentes de mejoramiento actualmente en proceso

#### Evaluación Retrospectiva

Para desarrollar esta área, se utilizó las siguientes metodologías

- Revisión documental de las evaluaciones anteriores, la cual permitió disponer de una línea basal para realizar análisis comparativos posteriores
- Encuesta domiciliaria (corte transversal) en 652 familias de tres provincias del país, que abarcan las distintas regiones geográficas.

La encuesta incluyó los siguientes aspectos identificación, condición socio-económica, conocimientos, actitudes y prácticas sobre alimentación materno infantil asistencia a las Unidades de Salud, antropometría y morbilidad de niños menores de dos años y consumo de alimentos por recordatorio de 24 horas familiar y del niño

- Los aspectos de administración y operación del PAAMI fueron evaluados mediante estudios documentales complementados con observaciones directas, entrevistas y reuniones de carácter técnico
- Un aspecto específico de la evaluación y que no se consideró en la planificación, constituyó el estudio sobre peso al nacer en Quito por revisión documental en dos series de datos de 1974 y 1985, para conocer el impacto del programa en embarazadas

#### AREA DE MEJORAMIENTO

Monitoreo de Crecimiento Se basa en el programa de control de crecimiento, complementado con actividades de interpretación de la curva de crecimiento (utilizando el indicador peso/edad) y acciones de acuerdo con el resultado del monitoreo

Con el fin de evaluar el proceso de implementación del monitoreo de crecimiento, se desarrolló la metodología de "Recolección y análisis local de datos", que utiliza tres indicadores - concentración, cobertura y porcentaje de niños ganando peso - los cuales pueden generar acciones tendientes a mejorar la prestación de servicios

Vigilancia Nutricional Se revisó los sistemas de información del Ministerio de Salud Pública, a fin de utilizar

algunos de los formularios vigentes y no diseñar un nuevo sistema de información

Educación Nutricional Se diseñó un programa de Educación Nutricional utilizando el proceso metodológico de Manoff International, constituido por doce pasos secuenciales que se describen en el Gráfico 1

#### EXPANSION

La expansión de los componentes de mejoramiento a nivel nacional se fundamenta en la metodología utilizada para la implementación de los mismos a nivel piloto, complementada con las experiencias logradas durante esta fase

### 4 RESULTADOS DE LA EVALUACION

#### 4.1 ADMINISTRACION

Comprende los aspectos de producción y distribución del complemento alimentario desde la planta procesadora hasta las Unidades Operativas y el costo del Programa

#### Producción

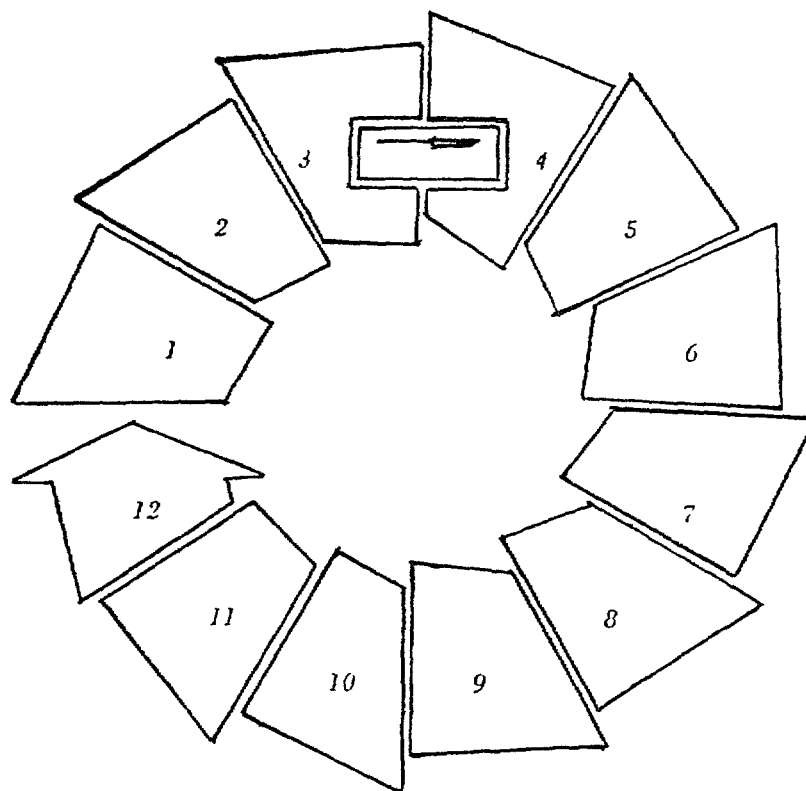
Desde 1981, el cumplimiento de la meta anual de producción de leche avena ha promediado el treinta por ciento siendo 1983 el año de mayor producción con 2 581 toneladas métricas. Los factores que han incidido para que no se cumplan las metas de producción son entre otros

- Falta de materia prima
- Falta de repuestos para la maquinaria de la planta procesadora
- Contaminación microbiológica de la materia prima y del producto terminado



### GRAFICO N° 1

## PROCESO DEL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE COMUNICACION



### LEYENDA

1	Determinación de Objetivos Globales del Programa
2	Recopilación de la Información sobre los Problemas, " Cuantitativa " ( Línea Basal )
3	Análisis de la Información y Determinación de Prioridades Educativas
→	Cuñ de Preguntas
4	Investigación Cualitativa a Nivel de Comunidades Grupos Focales Invest Individuales Prof
5	Análisis de la Información Cualitativa Fijando Objetivos de Acción para la Educación
6	Análisis y Selección de Medios Radio Promotores Paredes
7	Un Plan Educativo ( Incluyendo Materiales )
8	Laboración de Materiales
9	Prueba de Materiales
10	Entrenamiento del Personal del Programa
11	Ejecución del Programa
12	Evaluación Constante y Retroalimentación

Estos fueron obstáculos previsibles, considerando que evaluaciones anteriores recomendaron ajustes en la administración del programa que contemplaba principalmente la adquisición de un stock de repuestos para la planta procesadora y la producción de leche arroz mediante extrusión

Sin embargo, estas recomendaciones no fueron implementadas a pesar de que no se utilizaron en su totalidad los fondos presupuestarios aprobados en casi todos los años de operación, debido a los procesos administrativos que deben observarse y que dificultan cualquier manejo presupuestario

En un intento por mejorar la producción de la planta procesadora, a fines de 1985 el Ministerio de Salud Pública dispuso que la administración de la misma pase a depender de la Dirección Administrativa del Ministerio. La gestión administrativa de esta Dirección no ha sido aún evaluada

En 1986 se reinició la producción luego de siete meses de estar paralizado el Programa por falta de materia prima. En agosto tampoco hubo producción por vacaciones anuales del personal de la planta. En los seis meses de producción, la planta ha tenido un promedio mensual de 289 toneladas métricas y, de mantenerse este durante todo el año 1986, se producirá 3.179 toneladas métricas, producción record hasta la fecha y que representaría el 62 por ciento de la meta de producción (5 159 TM)

#### DISTRIBUCION

La distribución del complemento desde el nivel central al provincial se realiza mediante un sistema de control que se basa en pedidos generalmente mensuales, que efectúa ca

da coordinador provincial, sin obedecer a criterios de -  
priorización, despachándose los pedidos "conforme llegan"

El tiempo que demora la entrega del complemento del nivel  
central al provincial tiene un rango de seis a ciento cua  
renta y dos días, con un promedio de 28 5 días, demora que  
no tiene relación con la distancia

Desde 1983 cada Dirección Provincial de Salud cuenta con un  
vehículo con capacidad suficiente para la distribución del  
complemento del nivel central al provincial y de este a ca  
da unidad operativa

#### COSTO

En 1983 el valor total del PAAMI fue estimado en 228 millo  
nes de sucres, lo que equivale a S/ 88,00 por Kilogramo de  
complemento entregado y un promedio de S/ 852,00 por bene  
ficiario por año. Este valor incluye los ingredientes dona  
dos y costos directos e indirectos, el costo de distribu  
ción y de operación central, provincial y local

Si en el mencionado año se hubiera alcanzado las metas de  
concentración programadas, el monto del programa hubiera  
ascendido a 411 millones de sucres

Para los años siguientes de operación, no se ha estableci  
do el costo del PAAMI ya que la producción no fue perma  
nente

#### 4 2 OPERACION

Se han evaluado los siguientes aspectos

##### Cobertura de Beneficiarios

A pesar que el PAAMI norma la atención a la totalidad de

madres embarazadas, madres lactantes, niños menores de dos años de edad y desnutridos de 2 a 4 años, la cobertura máxima fue de un 23% del universo en el año 1982, lo cual es menor que la cobertura de atención del Ministerio de Salud que alcanza aproximadamente al 30%. Para el año 1985 no fue posible obtener información sobre cobertura debido a la insuficiencia de datos.

#### Concentración de Entregas por Beneficiario

La concentración más alta se dió en 1983, año en el cual se alcanzó promedios de 2.5, 3.7 y 4.7 de entregas a embarazadas lactantes y niños en riesgo de 5, 6 y 12 entregas programadas, respectivamente.

La mayor concentración de entregas en los niños desnutridos se alcanzó en 1981 con un promedio de 5.7 entregas de 12 programadas. Por otro lado, el 82% de los beneficiarios recibieron menos de 6 entregas y tan solo el 3% más de 10, existiendo una mediana de dos entregas.

La concentración promedio en 1985 fue de 1.9 en embarazadas y lactantes, 2.4 en niños en riesgo y de 2.6 en desnutridos.

#### Cumplimiento de Normas

La selección de beneficiarios se realiza exclusivamente en base a criterios biológicos tan generales, que no permiten la entrega del complemento a aquellas que biológicamente necesitan.

#### 4.3 IMPACTO

La información referente al impacto del programa se obtuvo por encuesta domiciliaria en 652 hogares de la zona rural - concentrada de las tres regiones del país. Los resultados son Características Generales de la Población Estudiada.

No existe diferencia significativa entre beneficiarios y no beneficiarios, siendo las familias de los beneficiarios más numerosas. Generalmente tienden a ser beneficiarios las analfa-

betas y las madres que permanecen en la casa o que tienen ocupaciones poco remuneradas

#### Utilización de los servicios de salud

El 65 por ciento de las embarazadas son controladas y el 80 por ciento de los niños menores de dos años acuden a las unidades del Ministerio de Salud Pública, de ellos el 67 por ciento lo hace por primera vez durante el primer trimestre de vida

#### Antropometría

Existe un 38, 53 y 18 por ciento de desnutridos menores de dos años según los indicadores peso/edad, talla/edad y peso/talla respectivamente, tomando como límite de la normalidad al percentil 10 para los dos primeros indicadores y -2 DE para peso/talla

Además, las adecuaciones de peso/edad y talla/edad revelaron que los niños en promedio nacen bien, con adecuaciones de peso de 115 por ciento y de 109 por ciento para la talla, en relación a los patrones de referencia recomendados por la Organización Mundial de la Salud OMS y que corresponden a datos del National Center for Health Statistics de los Estados Unidos de Norteamérica

La mediana de peso se mantiene durante cuatro meses luego de lo cual sufre varios descensos hasta que finalmente en el noveno mes llega al 92 por ciento del percentil 50 OMS donde se mantiene hasta los veinte y cuatro meses Este hallazgo ha sido corroborado por otros estudios realizados posteriormente <sup>1</sup>

La talla en cambio, decae a los cuatro meses alcanzando el 103 por ciento del standard, donde se mantiene hasta los -

<sup>1</sup>Grijalva de, Y y Cols, Estudio sobre Crecimiento Físico de Niños Ecuatorianos ININMS, Quito, 1986

dos años

#### MORBILIDAD

Se observó que los niños beneficiarios se enferman más que los no-beneficiarios y que los niños de la costa y el oriente tienden a enfermarse más frecuentemente que los niños de la sierra

Es importante destacar que la morbilidad de todos los niños estudiados aumenta con la edad y que en la costa la morbilidad aparece más precozmente

#### Consumo y adecuación de nutrientes

En el Cuadro Nro 1, se observa que la mayoría de familias consumen suficientes calorías y proteínas en las tres regiones del país, siendo la Sierra la región con condiciones más desfavorables Sin embargo, el consumo especialmente de tipo calórico en los niños menores de dos años presenta un déficit considerable como se ve en el Cuadro Nro 2

CUADRO Nro 1

PROMEDIO DE ADECUACION DE CONSUMO DE CALORIAS Y PROTEINAS EN UNA MUESTRA DE FAMILIAS ECUATORIANAS PEMPAAMI, 1986

REGION	ADECUACION		% DE FAMILIAS POR DEBAJO DEL 50% DE ADECUACION CALORICA
	CALORICA	PROTEICA	
Oriente	107 %	156 %	6 %
Sierra	84 %	129 %	11 %
Costa	99 %	160 %	6 %

FUENTE Estudio Retrospectivo, PEMPAAMI, 1985

CUADRO Nro 2

PROMEDIO DE ADECUACION DE CONSUMO CALORICO Y PROTEICO DE NIÑOS MENOS DE DOS AÑOS PEMPAAMI, 1986

REGION	CALORICA	PROTEICA
Oriente	77 %	111 %
Sierra	77 %	99 %
Costa	85 %	126 %

FUENTE Estudio Retrospectivo, PEMPAAMI, 1985

Este resultado traduce el hecho de que la mayoría de las familias dispone de comida, que no la transfieren a los niños en cantidad adecuada, incidiendo significativamente en el estado nutricional de los niños

Peso al nacer

En el Apéndice 2 se presenta en detalle el Estudio del Peso al Nacer en Quito, realizado en el marco de la presente evaluación. En el se observa que el porcentaje de bajo peso al nacer no se ha modificado significativamente durante los doce años de operación del PAAMI manteniéndose en alrededor del 10 por ciento

4.4 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA EVALUACION

1 Los esfuerzos realizados por el Ministerio de Salud Pública, canalizados a través de la División Nacional de Nutrición, se han circunscrito únicamente a la entrega del complemento alimentario, descuidando actividades nutricionales inherentes al sector salud como son monitoreo de crecimiento, vigilancia epidemiológica nutricional y educación nutricional

- 2 Los criterios biológicos de selección utilizados por el PAAMI no permiten priorizar a los beneficiarios - lo que, sumado a la baja e inestable producción de complemento, imposibilitan alcanzar coberturas y concentraciones útiles
- 3 Las actuales concentraciones del PAAMI, muy bajas un da a la dilución intrafamiliar del complemento hacen que la provisión de energía y proteínas no alcance - niveles nutricionalmente significativos y no permite esperar impacto biológico en los beneficiarios
- 4 La evaluación detectó una frecuencia importante de - enfermedades respiratorias y diarréicas entre los ni ños menores de dos años, que por sí determinan el de terioro nutricional manifestado en el deficiente cre cimiento
- 5 Las conclusiones anteriores permiten indicar que el tercer objetivo del PAAMI "Evitar la progresión del daño nutricional en el grupo de niños menores de cin co años y procurar su recuperación nutricional" no - se cumple-
- 6 Al demostrarse en el Estudio de Peso al Nacer en Qui to, que no ha variado significativamente la cifra de bajo peso al nacer, se pone en duda la eficacia y - efectividad del PAAMI en el cumplimiento del segundo objetivo del mismo, que se refiere al grupo de emba- razadas
- 7 La concentración de entregas de complemento alimen ta rio es un factor determinante en la asistencia a las unidades operativas para el control de niño sano - Sin embargo, la prestación de servicios de salud se realiza aisladamente a la entrega del complemento en



la mayoría de casos, nullitando el efecto positivo del "gancho", cuarto objetivo del PAAMI

- 8 Los resultados de varios estudios confirman los hallazgos del PEMPAAMI en el sentido de que aparentemente no existen limitaciones dietéticas serias para la mayoría de las familias, especialmente en lo referente al consumo protéico

Sin embargo, los niños menores de dos años reciben menor cantidad de comida a causa de las malas prácticas alimentarias que son susceptibles de modificación mediante la educación nutricional <sup>2, 3</sup>

- 9 El componente de educación del PAAMI se limita a promocionar el complemento a través de recetas para utilizar el mismo, el cual se impartía ocasionalmente, razón por la que no se ha cumplido el quinto objetivo del Programa

En resumen se puede concluir que el PAAMI, tal como se ejecuta, no puede tener impacto biológico en el estado nutricional de la población ecuatoriana

Frente a la situación anotada, se recomienda

- 1 Que la producción y distribución del complemento alimentario se realice independientemente de la División Nacional de Nutrición, a fin de que el personal de la misma ejecute las actividades básicas de nutrición que le competen al sector salud como son el monitoreo de crecimiento, la vigilancia nutricional y la educación nutricional

<sup>2</sup> MEC, Proyecto de Alimentos Infantiles, Quito, 1985

<sup>3</sup> Grijalva de, Y y Cols Evaluación del Progrma de Huertos Hortícolas  
las ININMS-CARE Quito, 1985

2 Los objetivos del PAAMI deben modificarse como se sugiere a continuación

- Contribuir a la recuperación del crecimiento físico de los niños menores de cinco años y más específicamente de los menores de dos años
- Conseguir que todos los niños menores de dos años que acuden a las Unidades de Salud, tengan su peso mensual y que su curva de crecimiento se mantenga dentro de los límites de la normalidad
- Conseguir que el personal de salud y las madres reconozcan la relación entre alimentación, crecimiento y salud

3 Los criterios de selección de beneficiarios deben modificarse según la siguiente propuesta

- Si el niño está ganado peso adecuadamente según el monitoreo de crecimiento, la madre debe recibir la charla educativa que refuerce su comportamiento y la indicación de que regrese en dos o tres meses - (según la edad)

Si el niño no está ganando peso adecuadamente, se agrega a la charla educativa una ración de complemento y se le cita para otro control y otra ración el próximo mes. El niño dejará de recibir el complemento en el instante en que gane peso adecuadamente durante dos controles consecutivos

Si el niño padece alguna enfermedad, se imparte la charla educativa y se proporciona el tratamiento específico, citando a la madre para el control de la patología del niño de acuerdo al criterio médico

dico Si el niño que regresa para control de enfermedad, ha bajado de peso recibirá el complemento alimentario hasta que vuelva a ganar peso por dos meses consecutivos

- Este planteamiento permite establecer criterios biológicos específicos de selección de los beneficiarios que potencialmente conllevaría un aumento de la cobertura y concentración del Programa, por la racionalización en la distribución del complemento

4 Dado los hallazgos del Proyecto, no existe una suficiente justificación del grupo beneficiario de madres embarazadas Si se decidiera por parte de las autoridades ministeriales, que el grupo beneficiario de madres embarazadas continúe en el Programa de Asistencia Alimentaria, es imprescindible que se diseñen los instrumentos que permitan establecer criterios biológicos de selección de las beneficiarias e igualmente los parámetros de evaluación de proceso e impacto, es decir instrumentos para evaluación de la ganancia de peso en embarazadas y peso del niño al nacimiento

5 Se recomienda modificar la composición del complemento a un producto menos hiperprotéico y fortificarlo con hierro, calcio y yodo

## 5 LOS COMPONENTES DE MEJORAMIENTO

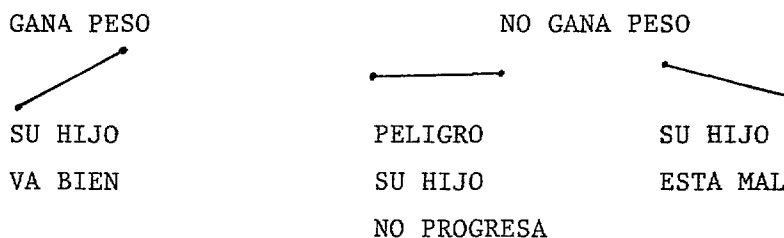
### 5.1 MONITOREO DE CRECIMIENTO

Consiste en la toma y registro de peso y edad, graficación del peso según edad, conformación de la curva de crecimiento, interpretación y realización de acciones

Hasta 1984, el país disponía para la determinación del estado nutricional de los preescolares, de varios formularios cada uno de los cuales utilizaba diferentes indicadores antropométricos, su uso fue anárquico y causó confusión en el personal de salud. Dentro del PEMPAAMI se consideró que la implementación del programa de monitoreo de crecimiento debía sustentarse en la disponibilidad y uso de un sólo instrumento que es la Ficha de Crecimiento de la Historia Clínica Unica Form 028A/84, que reproduce la ficha de crecimiento del Carnet de Salud Infantil y utiliza el indicador peso/edad.

Este instrumento permite

- 1 Realizar monitoreo de crecimiento mediante la graficación mensual del peso del niño para la interpretación del crecimiento según el siguiente esquema



Se considera que los niños han ganado peso adecuadamente cuando la curva de crecimiento entre las dos últimas pesadas es paralela o ascendente a la segunda línea de la ficha contando de arriba hacia abajo (percentil 10)

La interpretación del crecimiento del niño genera acciones por parte del personal de salud y de la madre en beneficio del niño. Por otro lado, al conscientizar a la madre sobre la importancia del pesaje mensual del niño, se estimularía el aumento de coberturas, y lo que es más importante, de concentraciones

La implementación del monitoreo de crecimiento fue evaluada y reajustada utilizando la metodología de "Recolección y análisis local de datos" mencionada anteriormente

- 2 Valorar el estado nutricional utilizando como líneas de quiebre entre cada estado nutricional, los percentiles 90, 10, 3 y -3 DS, estableciéndose la siguiente clasificación nutricional

Sobrepeso	Más del percentil 90 del estándar
Normal	Entre percentil 90 y percentil 10 del est
Desnut Leve	Entre percentil 10 y percentil 3 del standard
Desnut Moder	Entre percentil 3 y menos 3 desv standard
Desnut Grave	Por debajo de menos 3 desviaciones standard

Esta valoración constituye el paso inicial para ejecutar la vigilancia nutricional que se describe a continuación

## 5 2 VIGILANCIA NUTRICIONAL

Toda vez que el país no dispone de información referida a la situación nutricional de grupos de población vulnerables, que permita dirigir las acciones hacia aquellas áreas o grupos más afectados o de mayor riesgo, constituía una necesidad el diseñar un sistema de vigilancia nutricional que proporcione este tipo de información y que además sirva de mecanismo de evaluación permanente de los programas que se realizan

Para el efecto, se contó con la experiencia lograda en la implementación de un Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nutricional (SVEN) en la provincia de Pichincha a partir de 1981

/

El sistema de vigilancia nutricional implementado en el ININMS en las provincias de Cotopaxi y Manabí durante el Proyecto PEMPAAMI, tiene las siguientes características

- 1 Está dirigido al Sector Salud
- 2 Utiliza el indicador antropométrico peso/edad
- 3 Por el momento incluye a niños menores de 5 años
- 4 El flujo de datos se realiza a través del sistema de información del Ministerio de Salud Pública
- 5 Enfatiza tanto en los individuos como en grupos o áreas geográficas prioritarias

El diagnóstico nutricional se establece durante el proceso de monitoreo de crecimiento, el mismo que se registra en el parte diario de consulta externa y se concentra semanalmente en el formulario EPID 2 del sistema de información del Ministerio de Salud Pública

Las unidades operativas remiten los formularios EPID 2 a la Dirección Provincial de Salud respectiva, que a su vez, los consolida y envía al nivel central

Con el fin de establecer el comportamiento de la población dentro de cada estado nutricional en relación a la población de referencia, se analizó la información reportada desde mediados de 1985 hasta diciembre del mismo año por las provincias de Cotopaxi y Manabí (Gráficos 2 y 3) encontrándose que, a mayores edades, la mediana de peso/edad de la población infantil se aleja progresivamente del standard OMS. Así, los menores de un año presentan un desplazamiento de -1.07 DS en relación a la población de referencia, mientras que los niños de 1 a 4 años en Cotopaxi presentan una desviación de -1.7 DS y los de Manabí, de -1.8 DS

Este hallazgo permite afirmar que la población ecuatoriana tiene un ritmo de crecimiento más lento que la de los

GRAFICO N° 2

### PORCENTAJE DE INUTRIDOS EN MANABÍ

PEÑAPUASHI, Ecuador, 1965

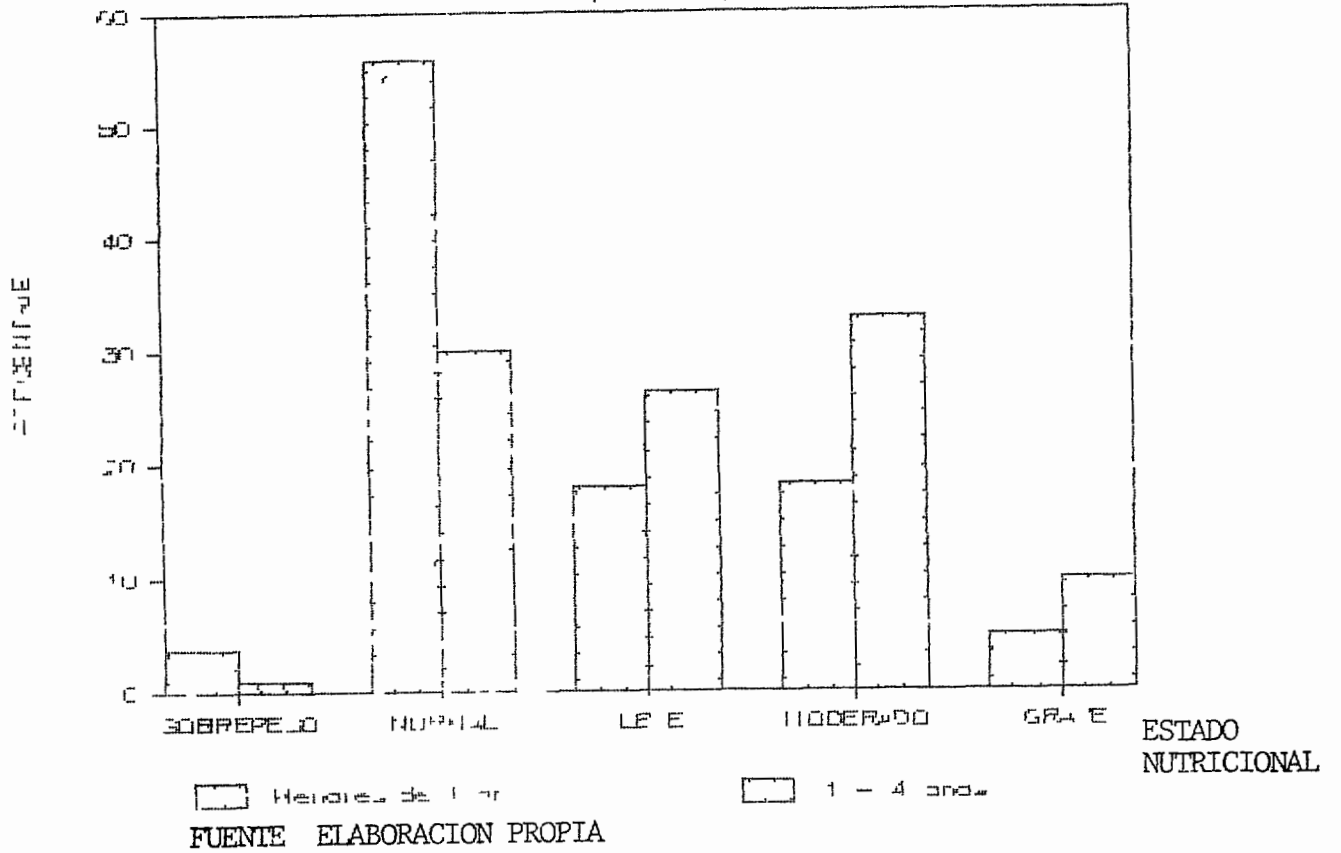
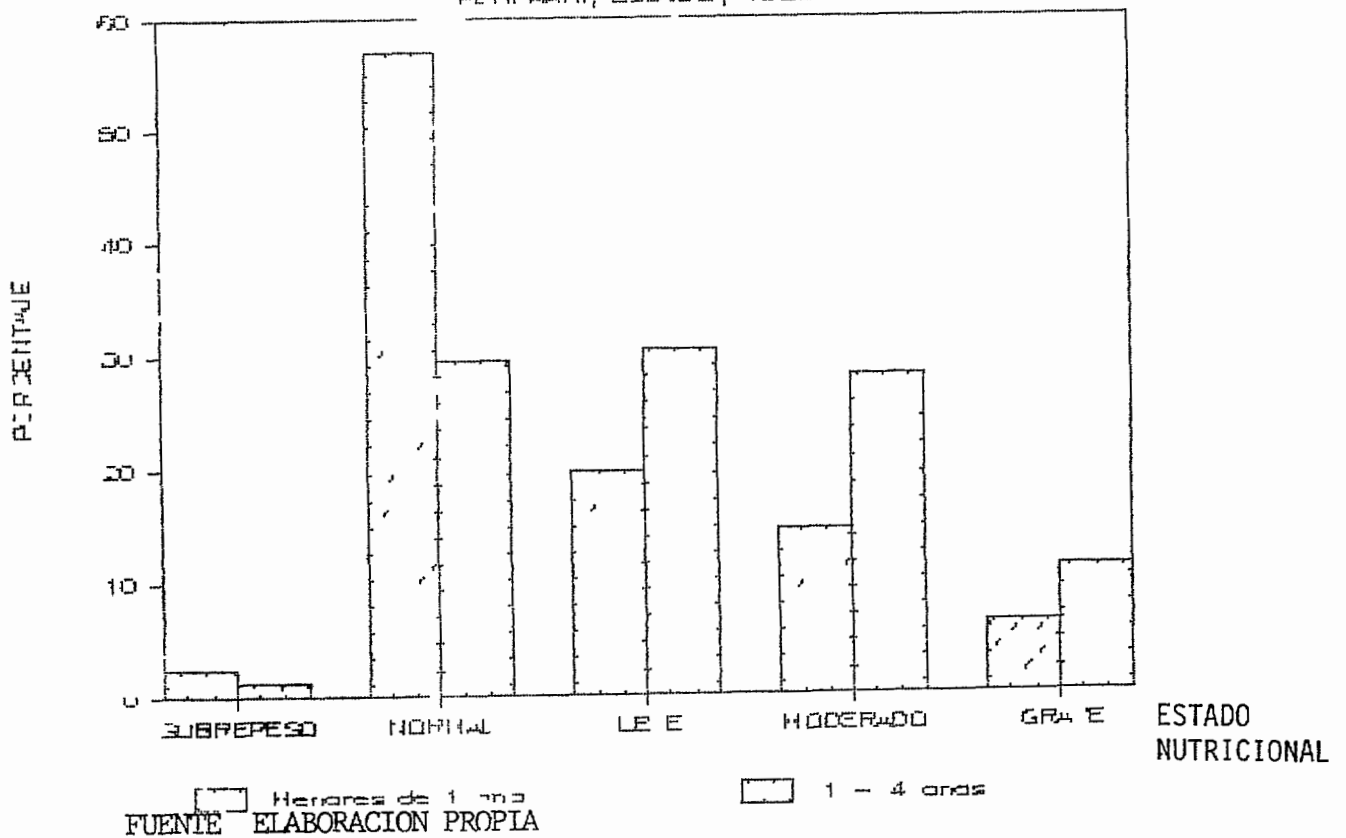


GRAFICO N° 3

### PORCENTAJE DE INUTRIDOS EN COTACACHI

PEÑAPUASHI, Ecuador, 1965



países desarrollados

### 5 3 EDUCACION NUTRICIONAL

La educación nutricional es una de las respuestas que debe darse a las madres de acuerdo con el monitoreo de crecimiento. La educación nutricional sin monitoreo no responde a ninguna necesidad sentida y el monitoreo sin una respuesta adecuada, crea frustración y desaliento en las madres, pues no se da solución al problema detectado.

El programa de educación nutricional desarrollado por el PEMPAAMI tiene el slogan "Queremos hijos fuertes y sanos" debido a las expectativas de las madres frente al crecimiento de sus hijos.

El proceso metodológico seguido, permitió conocer tanto la problemática nutricional de las provincias, de Manabí y Cotopaxi, cuantitativa y cualitativamente, como determinar las motivaciones que impulsan a las madres a realizar una determinada práctica nutricional. Con esta información se definió los objetivos de acción y contenidos a impartirse. Además, como consecuencia de la problemática nutricional de Cotopaxi, se decidió formular y promover el uso de una mezcla vegetal a la que se denominó "Fuerzan" (Apendice 3).

Para la educación nutricional, se utilizó dos medios de comunicación: un interpersonal, "cara-a-cara" y un masivo: la radio.

El interpersonal constituye el medio más viable y adecuado para lograr los cambios de hábitos alimentarios propuestos y utiliza un juego de láminas con mensajes visuales dirigidos a la madre y un texto que utiliza el educador. Cada lámina está dirigida a una audiencia específica, determinada de acuerdo a los siguientes criterios:



- 1 Niños por grupo etáreo, hasta los cinco años
- 2 Niños ganando o no ganando peso
- 3 Presencia o ausencia de patología (diarrea)
- 4 Madres gestantes y lactantes

El segundo medio escogido, va en apoyo del primero y utiliza la radio, a través de la cual se difunden 7 cuñas - dramatizadas en las emisoras de mayor sintonía. Se diseñó cuatro cuñas generales para las dos provincias y tres específicas para cada una de ellas que abarcan la problemática particular de cada zona.

El programa fue implementado a partir de julio de 1985 en las dos provincias previa la capacitación del personal. Desde inicios de 1986, se mantiene únicamente el componente interpersonal, debido a limitaciones presupuestarias - que han impedido continuar con el de medios masivos.

Para efectos de la evaluación de este componente, se realizó dos cortes transversales que dieron los siguientes resultados:

- Inicialmente, el medio interpersonal fue poco aplicado por el personal de salud. Sin embargo, aproximadamente un 50 por ciento de madres recordaron los consejos. Posteriormente y como respuesta al adiestramiento en servicio, la frecuencia de educación cara-a-cara aumento así como el porcentaje de madres que recordó los mensajes.
- Respecto al componente de radio en ambos cortes se observó que los mensajes más captados fueron Fuersan, lactancia materna y comida espesa por más de un 30 por ciento de las madres entrevistadas.

Al momento se ha continuado con el adiestramiento en ser-

vicio, a fin de mantener la motivación del personal que está impartiendo educación nutricional en las dos provincias

#### 5 4 PROBLEMAS DE IMPLEMENTACION

Dentro de la implementación de los componentes de mejoramiento, se presentaron las siguientes dificultades

- Las variaciones cíclicas del personal, especialmente de médicos y enfermeras, exigió la realización de frecuentes cursos de capacitación con el fin de que las actividades se cumplieran correctamente
- La falta de motivación del personal de salud para realizar las actividades de mejoramiento exigió frecuentes visitas del personal PEMPAAMI
- La falta de conocimientos y acceso a la bibliografía actualizada determinó un constante cuestionamiento a los aspectos técnicos que contempla el proyecto, especialmente en lo referente a la antropometría. Este cuestionamiento incluyó los instrumentos en sí, los patrones de referencia utilizados y líneas de quiebre entre normalidad y desnutrición. Esta situación obligó a la frecuente capacitación en servicio y la publicación de manuales y documentos de referencia
- La actitud negativa de los médicos frente a los componentes de mejoramiento por su formación eminentemente curativa
- La dificultad de que el personal provincial se integre al equipo de supervisión PEMPAAMI y que acepten paulatinamente la responsabilidad de la misma

- La disponibilidad continua de los formularios necesarios para el monitoreo de crecimiento y vigilancia nutricional
- La falta de instrumentación, especialmente de balanzas calibradas
- La persistencia en las Unidades Operativas de los formularios antiguos que confundieron al personal de salud y tergiversaron los resultados transmitidos a niveles superiores
- Al inicio de la implementación del programa de educación nutricional, existió cierto grado de resistencia para la utilización de los materiales cara-a-cara por considerar que absorbía mucho tiempo, planteamiento que fue analizado conjuntamente con el personal y finalmente descartado
- Debido a que una madre de familia recibía durante varias veces la charla educativa con la misma lámina o que existía gran demanda de atención en la comunidad, fue necesario introducir criterios de priorización para seleccionar a las madres que debían recibir la charla Estos criterios fueron la no ganancia de peso, la presencia de patología (diarrea) y la condición fisiológica (gestante y lactante)
- La deficiente capacitación al personal en Cotopaxi de terminó la falta de motivación en el uso de los materiales educativos, situación que se solucionó paulatimamente mediante la capacitación en servicio, así como por el estímulo que constituyó el observar cambios positivos en las prácticas alimentarios de las madres

- La escasez de los ingredientes de la mezcla alimentaria FUERSAN, producto de las malas cosechas ocurridas en la provincia de Cotopaxi, ocasionó que se cuestionara la validez y aceptabilidad de la misma por parte de la población. Sin embargo, la mezcla alimentaria sentó un precedente en la preparación de alimentos de destete para los niños de los estratos socio-económicos bajos que posibilitaba el plantear, investigar y formular nuevas mezclas alimentarias para la misma región u otras del país.
- Debido a limitaciones presupuestarias y la falta de una metodología para replicar la capacitación a nivel local, no se adiestró a todo el personal de enfermería, lo que impidió la expansión del programa a toda la provincia.

## 5.5 CONCLUSIONES DEL MEJORAMIENTO

- 1 El Carnet de Salud Infantil y la ficha de crecimiento (Form 028A/84) han permitido que el personal de salud y los padres de familia comprendan la interrelación entre alimentación, crecimiento y salud, mediante la observación de las modificaciones en la curva de crecimiento del niño.
- 2 Se ha logrado que los niños menores de cinco años sean controlados en su crecimiento a intervalos regulares, debido a que las madres de familia evidencian una mayor preocupación por conocer en cada consulta el crecimiento de sus hijos. Este hecho es más evidente en la Costa.
- 3 Un enfoque integral en la prestación de acciones de salud en el menor de cinco años, debe fundamentarse en el Monitoreo de Crecimiento, el cual permite gene-

acciones sistemáticas, complementarias y adecuadas - para preservar o recuperar la salud del niño

El monitoreo de Crecimiento enfoca la prestación de servicios desde una perspectiva de integralidad, ya que permite generar acciones básicas, selectivas y específicas de acuerdo a las necesidades del infante - o preescolar, como vacunación, indicaciones para la terapia de rehidratación oral y educación nutricional en la que se incluye prácticas alimentarias durante y después de los episodios patológicos y entrega de complemento alimentario en base a los criterios de selección recomendados en la actual evaluación

- 4 El sistema de Vigilancia Nutricional implementado, - ha sido operativo y ha permitido disponer de información periódica, confiable y ha optimizado los recursos humanos y materiales existentes demostrando la factibilidad de su expansión a nivel nacional, toda vez que las unidades operativas del país disponen de los instrumentos para la determinación del estado nutricional, del registro y transmisión de los datos - que utiliza el sistema de información vigente del Ministerio de Salud Pública

Con seguridad, cuando se mejore el Sistema de Información, el Sistema de Vigilancia Nutricional será mucho más ágil y útil, lo cual no excluye la expansión del mismo a nivel nacional y la incorporación de - otros indicadores como peso al nacer, duración de la lactancia materna, estado nutricional de la gestante, necesarios y útiles para la programación de acciones en el área materno-infantil.

- 5 El tiempo de implementación del Programa de Educación

Nutricional a nivel piloto fue corto, para modificar las inadecuadas prácticas alimentarias del grupo materno infantil, especialmente en el componente de medios masivos que fue implementado durante sólo seis meses.

Sin embargo, un estudio de evaluación <sup>4</sup> del Programa de Educación Nutricional realizado en una población de la provincia de Cotopaxi, donde se implementó la totalidad del Programa de Educación Nutricional, reveló cambios en los conocimientos y actitudes en alimentación de la totalidad de madres de familia estudiadas y modificaciones en las prácticas alimentarias tales como la disponibilidad de plato propio por el menor de cinco años (55%), un 94% de las madres daba el seno a sus hijos durante los episodios diarréicos y la totalidad de las madres utilizaba preparaciones espesas en la alimentación de su hijo.

Igualmente, en lo referente a la mezcla alimentaria FUERSAN, una investigación complementaria <sup>5</sup> realizada en una comunidad de Cotopaxi demostró la aceptabilidad y la disponibilidad en el hogar de los ingredientes (76%), aunque la proporción de madres que la preparaban en forma periódica era pequeña

El proceso de diseño y la estrategia utilizada en el Programa de Educación Nutricional no es exclusiva del campo nutricional, sino que al contrario puede ser utilizada para enfrentar problemáticas específicas detectadas en otras áreas de la atención materno infantil

<sup>4</sup> ARIAS YOLANDA Evaluación del Programa "Queremos Hijos Fuertes y Sanos, ININMS 1986 (EN PRENSA)

<sup>5</sup> MANCHENO LILIAN Estudio de factibilidad y de caracterización de la mezcla alimentaria FUERSAN en la comunidad de Cusubamba ININMS 1986 (EN PRENSA)

- 6 Se debe diseñar material alternativo a las láminas educativas e introducirlo al proceso educativo, a fin de impedir el agotamiento en el uso y aceptación de las láminas, ya detectado en alguna proporción en el personal de salud y las madres de familia
- 7 La estrategia de capacitación en el uso de las láminas educativas utilizada a nivel piloto debe modificarse con miras a la expansión del Programa de Educación Nutricional a nivel nacional
- 8 Es necesario conceptualizar la supervisión como adiestramiento en servicio para asegurar la ejecución de los componentes de mejoramiento

6 FASE DE EXPANSION APLICACION DE LOS PROGRAMAS DE MEJORAMIENTO DEL ESTADO NUTRICIONAL EN EL PLAN DE REDUCCION DE LA ENFERMEDAD Y MUERTE INFANTIL - PREMI

A mediados de 1985, se implementó en el país el Plan de Reducción de la Enfermedad y Muerte Infantil (PREMI) que contempla 4 estrategias control de crecimiento, promoción de la lactancia materna, inmunizaciones y uso de las sales de rehidratación oral

Una vez que se ha concluido con las tres primeras etapas programadas por el PEMPAAMI, la cuarta fase, que corresponde a la expansión, se realiza a través del PREMI, desde enero de 1986, en base a las experiencias y resultados obtenidos en las áreas piloto desde 1984, desarrollándose en él los componentes de monitoreo de crecimiento y educación para la alimentación infantil, que incluye el fomento de la lactancia materna

En esta nueva etapa de operación, se ha programado y llevado a efecto diversas actividades comprendidas en los componentes a implementarse, entre las que se hallan

## MONITOREO DE CRECIMIENTO

El Ministerio de Salud Pública oficializó el uso a nivel nacional del Formulario 028a/84 (Ficha de Crecimiento) y del Carnet de Salud Infantil, mediante Acuerdo Ministerial N°199 del 4 de octubre de 1984

En el área de instrumentación, con ocasión de la iniciación del Programa de Monitoreo de Crecimiento a nivel nacional durante la tercera jornada PREMI llevada a cabo en el mes de junio del presente año, se requirió el inventario de balanzas pesabebé a cada Dirección Provincial de Salud y se procedió a entregar 500 balanzas pesabebé tipo reloj de acuerdo a las necesidades provinciales, para que sean distribuidas en aquellas unidas carentes de este equipo

Para el pesaje de los menores de dos años en la tercera jornada PREMI, se diseñó varios materiales entre los que constan el formulario de recolección de datos, tabla de conversión de Kilogramos a libras, la guía de mantenimiento de balanzas, el instructivo de pesaje y el flujograma de atención, los mismos que se distribuyeron en aproximadamente 3 100 puestos de atención PREMI establecidos en todo el país

Concomitantemente, fue necesario diseñar la estrategia de capacitación de personal a nivel nacional, referida tanto a la utilización correcta del Carnet de Salud Infantil, cuanto a las actividades específicas dentro del Control de Crecimiento que se desarrollarían durante la tercera Jornada de Atención PREMI y que estuvo dirigida al personal interinstitucional que participó en la misma

Para la capacitación en la utilización del Carnet de Salud Infantil se diseñó el material respectivo consistente en

- Manual de utilización del Carnet de Salud Infantil "Qué -



- es y como utilizarlo" (Anexo 1)
- Guía para capacitadores
  - Juego de 48 slides

La estrategia de capacitación operó en tres niveles

El primero que es el central donde se realizó un taller con participación de los "capacitadores provinciales" del Ministerio de Salud Pública, quienes debían llevar a efecto por lo menos un taller provincial según la extensión geográfica y complejidad de la provincia

En el nivel provincial se contó con la presencia de los capacitadores locales que replicarían la actividad en su respectivo nivel, a más del personal de otras instituciones que prestan servicios de salud en la provincia. Según el esquema propuesto debieron haberse realizado aproximadamente 1 300 talleres

Durante la tercera jornada PREMI, se pesó a 105 000 niños menores de dos años a nivel nacional, actividad que contó con la participación de personal de diferentes instituciones gubernamentales y privadas y que tuvo como instrumento auxiliar el instructivo de pesaje y el flujograma de atención (Anexo 2)

Los datos de edad, sexo, peso y estado nutricional han permitido, luego del correspondiente procesamiento y análisis, graficar el crecimiento de los niños ecuatorianos menores de dos años y ubicar geográficamente la prevalencia de desnutrición hasta el nivel provincial y cantonal, realizándose de esta manera, el primer estudio nacional de prevalencia de desnutrición en este grupo de edad, utilizando el indicador peso/edad

Las actividades que se desarrollarán en el futuro sin las cuales el Programa de monitoreo de crecimiento no podrá llevarse a cabo en forma exitosa son

/ .

- Instrumentación de todo el país Balanzas y formularios
- Calibración y prueba de funcionamiento de balanzas
- Conformación de un equipo de capacitadores y supervisores nacionales y provinciales
- Diseño de los instrumentos de capacitación y supervisión
- Diseño de la estrategia de capacitación y supervisión
- Adiestramiento a capacitadores y supervisores
- Reajuste del sistema de evaluación de proceso del programa y diseño del sistema de evaluación de impacto del mismo

En el anexo Nro 2 se presentan las actividades que contempla el Programa de Monitoreo de Crecimiento y que se está implementando a nivel nacional (Instructivo)

## EDUCACION NUTRICIONAL ALIMENTACION INFANTIL

Dado que se ha iniciado la implementación del monitoreo de crecimiento a nivel nacional, lo que implica, la necesidad de que el personal de salud disponga de medios que le permitan ofrecer una respuesta adecuada de acuerdo a la dirección del crecimiento que experimentan los niños que acuden a las unidades de salud, se ha programado continuar el mismo proceso seguido para el diseño del Programa de Educación Nutricional en las áreas piloto

Están planteados los objetivos globales del programa y se está recolectando información documental cuantitativa, posteriormente se realizará la fase de investigación motivacional mediante la técnica de grupos focales, para lo cual se ha determinado las áreas de estudio específicas, que abarca los distintos sectores del país y los grupos prioritarios de estudio, se ha elaborado la guía de preguntas y finalmente se está procediendo a la capacitación del personal que efectuará el mencionado estudio

La información una vez analizada posibilitará el diseño de la estrategia de comunicación, que pretende modificar las prácticas alimentarias inadecuadas de los grupos vulnerables de la población ecuatoriana

Una vez cumplido todo el proceso anteriormente señalado, se podría implementar el programa de Educación Nutricional en todo el país, mientras tanto se está propugnando la utilización del Carnet de Salud Infantil y su contenido referente a alimentación infantil, como instrumento de educación nutricional infantil y promoción de la lactancia materna

## 7 EVALUACION PERMANENTE SISTEMA DE INFORMACION

Uno de los propósitos principales del Proyecto de Evaluación y Mejoramiento del PAAMI, constituyó el sentar las bases para establecer un sistema de monitoreo para la evaluación permanente del

## Programa de Asistencia Alimentaria

La evaluación realizada de los sistemas de información vigentes tanto del Ministerio de Salud Pública como del PAAMI, sumada a observaciones de campo, discusiones técnicas y a las experiencias logradas en la implementación del área de mejoramiento, dentro del Proyecto PEM-PAAMI, permiten concluir que un sistema de evaluación continua debe partir de las siguientes premisas

- 1 El PAAMI estaría enfocado a beneficiar directamente a los niños menores de cinco años, eliminando del grupo de beneficiarios a las embarazadas, mientras que persistiría la entrega del complemento a las madres lactantes
- 2 La evaluación estaría referida básicamente y en último término al impacto biológico, traducido en el crecimiento físico adecuado de los niños

De acuerdo a las premisas propuestas, el sistema de monitoreo para evaluación continua del PAAMI, requeriría de la implementación de

- 1 El Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nutricional (SVEN) que utilizaría los indicadores peso/edad y Porcentaje de ganancia adecuada de peso

Las bases para la recolección de datos, flujo y análisis de la información para el indicador peso/edad están dadas y se reseñan en el presente documento

En lo referente al indicador ganancia adecuada de peso, se requería introducir algunas modificaciones en el Sistema actual de información del Ministerio de Salud pública, lo cual se está dando dentro del "Proyecto de Investigación Sistema de Información Sanitaria para nivel Primario de Atención del Ministerio de Salud Pública"

- 2 El sistema de análisis local de datos, que posibilita determinar desde el nivel local los siguientes indicadores cobertura de servicios, concentración de atenciones por año y porcentaje de niños que están ganando peso por grupos de edad

Ambos sistemas tienen como base el programa de Control de Crecimiento y el impacto del PAAMI puede considerarse tanto a nivel individual como en grupos poblacionales

Cabe indicar que el Plan de Reducción de la Enfermedad y Muerte Infantil PREMI, ha contemplado implementar el procesamiento electrónico de datos de las actividades prioritarias que se realizan en las Unidades Operativas, que básicamente proporcionan atención ambulatoria

Para ello, se ha realizado un primer paso que es el diseño de un instrumento para el registro diario de datos, el mismo que ha sido sometido a una pre-prueba y luego, será sometido a una prueba en cuarenta unidades de salud del país durante seis meses

Este sistema de información recolectará en un formulario único (Anexo 3) los datos siguientes peso en kilogramos; si el niño gana o no de peso, el estado nutricional y kilos entregados por beneficiario, datos que servirán para conformar los indicadores sugeridos para realizar el monitoreo del Programa PAAMI y reflejará el posible impacto del mismo

El formulario PAAMI(1) podría ser mantenido si los aspectos legales requieren del mismo para justificar el control del insumo leche-avena

Los datos indicados permitirán la evaluación permanente del PAAMI e incluye los indicadores necesarios para el

(1) Balance y pedido mensual del Complemento Alimentario del establecimiento de Salud a la Dirección Provincial

Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nutricional y el Análisis local de datos

8 PRESUPUESTO

Para la operación desde marzo de 1984 hasta septiembre de 1986 del Proyecto de Evaluación y Mejoramiento del PAAMI

PEM-PAAMI, se dispuso del aporte proporcionado por el Gobierno Ecuatoriano a través del Ministerio de Salud Pública y de la donación de fondos por parte de la Agencia Internacional de Desarrollo AID. El aporte nacional ascendió a \$ 10'515 000,00, que de acuerdo al cambio oficial vigente, representa US \$/ 75 107, dólares, el mismo que se desglosa de la siguiente manera

DETALLE RUBRO	VALOR SUCRES
1 Personal Central MSP	415 000,00
2 Personal ININMS (4)	1'000 000,00
3 Personal Provincial MSP(4)	400 000,00
4 Personal Unidades Operativas (10)	4'000 000,00
5 Vehículos	2'500 000,00
6 Instalaciones	1'600 000,00
7 Materiales y servicios de oficina	600 000,00
TOTAL	10'515 000,00

La donación de fondos por parte de la Agencia Internacional de Desarrollo ascendió a US 90 000 dólares, los desembolsos realizados hasta el 12 de septiembre de 1986, se presentan a continuación

DETALLE/RUBRO	PRESUPUESTO	GASTOS HASTA SEPTIEMBRE 1986	SALDO
1 Personal	5'475 000,00	5'074 000,00	401 000,00
2 Viáticos- Movilización	2'125 000,00	1'259 000,00	866 000,00
3 Materiales Educación	350 000,00	357 000,00	7 000,00
4 Análisis de datos	50 000,00	50 000,00	
5 Publicaciones	243 000,00	43 000,00	200 000,00
6 Radio	456 000,00	456 000,00	
7 Contingencias	147 000,00	32 000,00	115 000,00
8 Gastos Indirectos	812 000,00	512 000,00	300 000,00
TOTAL EN SUCRES	9'666 000,00	7'784 000,00	1'889 000,00

7'784 000,00 sucres gastados hasta el 12 de septiembre de 1986 fue el producto del cambio de 73 037 dólares de acuerdo a las tasas de cambio vigentes, que variaron durante el período de - operación del Proyecto de US 80,00 hasta 165,00 por dólar

El saldo de 1'889 000,00 sucres que representa 16 963 dólares según el cambio vigente, ha sido reprogramado para continuar - la cuarta fase del Proyecto hasta marzo de 1987, que es la de expansión nacional del mismo

#### 9 LECCIONES APRENDIDAS

Al culminar una tarea, especialmente si es de naturaleza investigativa, los investigadores durante el proceso han experimen-  
tado una serie de sensaciones y vivencias, algunas de ellas de tipo personal y otras de carácter grupal

Esta situación nos obliga a dedicar una sección del presente - documento para transmitir, algunas "lecciones aprendidas" du -

rante el desarrollo del Proyecto de Evaluación y Mejoramiento del PAAMI (PEMPAAMI), con el deseo de que puedan ser útiles - para quienes laboran en ésta área

#### ADMINISTRACION

No es suficiente contar con un presupuesto y con una dependencia administrativa que maneje ese presupuesto. Desde el inicio del Proyecto deben definirse todos los detalles administrativos que generalmente obstaculizan el desarrollo del mismo, causan retrasos innecesarios en ocasiones, sin contar con el tiempo que los técnicos deben ocupar para realizar los interminables trámites administrativos

#### PLANIFICACION

Se debe planificar la ejecución de actividades específicas y circunscritas a un área geográfica no extensa, posibilitando así, la introducción de reajustes durante el proceso y la consecución de experiencias que son vitales al momento de extender las acciones a nivel nacional

No es conveniente condicionar aspectos básicos del Proyecto a situaciones que escapen al control de los investigadores. Tal es el caso del presente Proyecto en que la Evaluación prospectiva se condicionó a la existencia de complemento, el cual se suspendió durante más de seis meses en las comunidades seleccionadas y por un período mayor en otras comunidades, determinando que en esta fase se implementará exclusivamente los componentes de mejoramiento

En los niveles de decisión institucional deberá existir el ambiente para que las recomendaciones que se realicen al final del proceso sean tomadas en cuenta, pues sólo así puede justificarse la existencia de un Proyecto evaluador

/



Igualmente, es imprescindible que exista la debida apertura por parte de los responsables del programa evaluado, para aceptar - las funciones que debe cumplir el equipo evaluador, que no necesaria y exclusivamente se dirigen a convertirse en juez de sus acciones

#### COMPONENTES DE MEJORAMIENTO

Un obstáculo para la implementación de los Componentes de Mejoramiento del estado nutricional, lo constituyen los niveles de decisión y los profesionales de salud

Es un reto que se presenta para el futuro, el poder lograr la - suficiente motivación y el cumplimiento de las acciones, puesto que la dificultad radica en que éstos sectores desconocen aspectos básicos sobre los mencionados componentes o sistemáticamente se oponen a ellos

#### CAPACITACION DE PERSONAL

El personal puede ser capacitado con metodologías adecuadas y - en algunos casos sofisticadas, pero de ninguna manera se puede asegurar que las actividades programadas se cumplan, si esta capacitación no se complementa con una estrategia de capacitación en servicio a través de la supervisión. Son necesarias varias visitas donde los supervisores corrigen los errores detectados, enseñando al personal durante el desarrollo normal de sus labores. Por su parte, la mayoría del personal de salud valora en su real dimensión estas visitas y se motiva al tener un apoyo - constante por parte del Proyecto

Hay que considerar que el proceso para lograr el cumplimiento - de las acciones no es inmediato, dado que el personal de salud desconoce actividades básicas de salud pública que deberían - ser impartidas por las instituciones formadoras de recursos humanos

Para las visitas de supervisión a las Unidades Operativas, es conveniente conformar un equipo de supervisión integrado por el responsable del Programa a nivel provincial y por un miembro del Proyecto. Esta integración permite que exista un nivel adecuado de coordinación y conocimiento de las actividades de ejecución, que asegurarán la continuidad de las mismas, una vez que finalice el proyecto de investigación.

INFORME FINAL DEL PROYECTO DE EVALUACION Y MEJORAMIENTO DEL PAAMI

RESUMEN EJECUTIVO

Desde 1974 el Ministerio de Salud Pública ejecuta a través de la -  
División Nacional de nutrición, el Programa de Asistencia Alimenta-  
ria Materno Infantil-PAAMI

En 1983 con el financiamiento de la Agencia Internacional para el-  
Desarrollo-AID, se decide evaluar al PAAMI y diseñar e implementar  
en áreas piloto del país, componentes de mejoramiento del estado nu-  
tricional

El diseño y ejecución del Proyecto que se denominó de Evaluación y-  
Mejoramiento del PAAMI-PEMPAAMI, correspondió al Instituto Nacional  
de Investigaciones Nutricionales y Médico Sociales-ININMS, iniciando  
se la operación del mismo en marzo de 1984

La planificación contempló 4 fases, 3 de las cuales se han ejecuta-  
do y la cuarta se realiza a través del Plan de Reducción de la Enfer-  
medad y Muerte Infantil PREMI

La primera fase o estudio retrospectivo, comprendió las áreas de admi-  
nistración, operación e impacto biológico del PAAMI

La evaluación de la administración reveló que la mayor producción de  
complemento alimentaria fue en 1983, cumpliéndose desde 1981 en pro-  
medio un 30% de la meta de producción anual

En el área de operación, se encontró que no existen criterios de prio-  
rización para la distribución del complemento desde el nivel central-  
y que la selección de beneficiarios a nivel operativo, se realiza en-  
base a criterios biológicos generales

En 1983 el valor del Programa ascendió a 228 millones de sucres, con-  
un promedio de 88 sucres por kilogramo entregado No se ha estableci-  
do costos para los años posteriores

El Programa alcanzó la máxima cobertura en 1982, con un 23% del univer-  
so y la máxima concentración en embarazadas, lactantes y niños en ries-  
go en 1983, con promedios de entregas de 2,5,3,7 y 4 7 respectivamente,

mientras que en el grupo de desnutridos fue en 1981 con 5 7 entregas

El impacto biológico del PAAMI se evaluó en 652 niños menores de 2 años de las 3 regiones del país, revelando un prevalencia de desnutrición de 38% de acuerdo al indicador peso/edad, que su consumo calórico es deficitario a pesar de que la mayoría de sus familias presentaron una buena adecuación de consumo calórico-protéico

Para complementar la evaluación del impacto biológico del PAAMI en embarazadas, se determinó la incidencia de bajo peso al nacer en la Maternidad Isidro Ayora de Quito, en los años de 1974 y 1985, encontrándose en alrededor del 9% en los dos años, mientras que la de peso insuficiente es superior al 40%

La evaluación concluyó que se ha descuidado la ejecución de acciones básicas en nutrición de competencia del sector salud, que el PAAMI no alcanza coberturas y concentraciones útiles para lograr impacto que los objetivos del PAAMI no se cumplen, a excepción del efecto "gancho" que no es aprovechado para realizar la prestación integral de servicios de salud y finalmente, que existen inadecuadas prácticas alimentarias en la población que son susceptibles de modificarse con educación nutricional

Las recomendaciones que se realizan al Programa, se orientan a que la producción y distribución del complemento sea independiente de la División Nacional de Nutrición, que se modifiquen los objetivos del PAAMI y la composición del complemento alimentario, que se establezcan criterios biológicos específicos de selección de los beneficiarios y que el impacto biológico del Programa se evalúe en un adecuado crecimiento físico de los menores de 5 años

En la segunda fase del PEM-PAAMI, se diseñó los componentes de mejoramiento del estado nutricional, identificados como Monitoreo de Crecimiento, Vigilancia Epidemiológica Nutricional y Educación Nutricional que corresponden a actividades básicas del sector salud en el campo nutricional

En la tercera fase, se implementaron los componentes de mejoramiento en

unidades de salud seleccionadas de las provincias de Cotopaxi y Ma  
nabí

El Monitoreo de Crecimiento se implementó desde enero de 1985 y uti  
liza como instrumentos el Carnet de Salud Infantil y la Ficha de -  
Crecimiento (Form 028A/84), que permiten monitorizar el crecimiento  
físico de los menores de 5 años y determinar el estado nutricional-  
con el indicador peso/edad

La Vigilancia Nutricional implementada está dirigida exclusivamente  
al sector salud, utiliza el sistema de información del Ministerio -  
de Salud Pública y el indicador peso/edad, proveyendo información -  
de grupos de población como de zonas geográficas Los datos repor-  
tados por dos provincias, han revelado que los menores de 5 años, -  
crecen más lentamente que la población de referencia

El programa de Educación Nutricional identificado con el slogan de-  
"Queremos hijos fuertes y sanos" persigue modificar las inadecuadas  
prácticas alimentarias detectadas durante el estudio retrospectivo-  
y en el proceso de diseño del mismo

La estrategia de comunicación contempló los medios interpersonal -  
(cara a cara) y masivo Se diseñó láminas educativas y cuñas radia  
les, con contenidos específicos para cada provincia y audiencia

El componente educativo se implementó en su totalidad desde mediados  
de 1985 y desde enero de 1986 sólo comprende el medio interpersonal  
Dentro de este, se propuso la utilización de una mezcla alimentaria  
compuesta por un cereal y una leguminosa, denominada FUERSAN, como un  
alimento de destete para niños mayores de 7 meses, así como para ges-  
tantes y lactantes

Una evaluación del Programa , reveló que el uso de las láminas educa-  
tivas por el personal de salud ha ido aumentando progresivamente y -  
que las madres que recibieron educación nutricional recordaron en un-  
50% los mensajes impartidos Dos estudios complementarios al PEM PAAMI  
realizados y referidos al área educativa nutricional, revelaron modifi-  
caciones en los conocimientos y prácticas en alimentaci<sup>o</sup>n materno infan  
til

La implementación de los componentes de mejoramiento permite concluir que el Monitoreo de Crecimiento posibilita un enfoque integral en la prestación de acciones de salud, en menores de 5 años , (1) Que la vigilancia nutricional ha demostrado ser operativa y permite la incorporación de otros indicadores útiles en el área materno infantil y que el proceso metodológico observado en el diseño del componente de educación nutricional es útil para otras áreas de la salud

Utilizando el financiamiento del Proyecto piloto, desde enero de - 1986 se ejecuta la cuarta fase, de expansión nacional, de los compo nentes de Monitoreo de Crecimiento y Alimentación Infantil, que constituyen dos estrategias propuestas por el Plan de Reducción de la - Enfermedad y Muerte Infantil PREMI

Las actividades de Monitoreo de Crecimiento dieron inicio a nivel - nacional, pesando a 108 000 niños menores de dos años durante la III Jornada Intensiva del PREMI de junio de 1986 Los datos analizados revelaron una prevalencia nacional de desnutrición de 45% en menores de dos años, la misma que se desagregó en los niveles provinciales y cantonales Además, se estableció que los niños ecuatorianos nacieron con un promedio de peso superior el de referencia, iniciándose el deterioro del crecimiento físico a partir de los 4-6 meses, hasta al - canzar a los 2 años de edad un déficit promedio de 2 kilogramos en - relación a los patrones de referencia (OMS)

ELABORADO POR DR JORGE MONCAYO GAETE

87-01-14

A P E N D I C E 1

RESUMEN DE LA METODOLOGIA UTILIZADA PARA LA EVALUACION

<u>ACTIVIDAD</u>	<u>METODOLOGIA</u>	<u>INSTRUMENTOS</u>
1 Administración		
1 Producción	1 Revisión documental	- Informes técnicos de evaluaciones anteriores
2 Distribución	1 Visitas de observación 2 Entrevistas con personal de salud del nivel central, provincial y local	
3 Costo del producto	1 Revisión documental	- Informe de costos elaborados por la Planta Procesadora de Alimentos, 1984 - Harper y Jansen, Informe preparado por USAID
2 Complemento		
1 Composición del complemento	1 Revisión documental	- Informes técnicos de evaluaciones anteriores
2 Consumo de Alimentos	1 Recordatorio de 24 horas 2 Revisión y análisis de informes	- Formulario EPI 003
3 Operación		
1 Cumplimiento de Normas del PAAMI	1 Visitas de terreno 2 Revisión documental 3 Observación directa 4 Encuesta domiciliaria 5 Entrevistas con el personal de salud del nivel central 6 Análisis de los registros regulares de las Unidades de Salud y Direcciones Provinciales	- D N N* Informes varios - Tarjetas PAAMI - Sistema de información PAAMI - Registros de la Dirección de Estadísticas del M S P
4 Impacto		
1 Peso al nacer	Corte transversal Estudio retrospectivo documental	Historias Clínicas de la Maternidad "Isidro Ayora" Formularios PN 001

\* División Nacional de Nutrición



METODOLOGIA UTILIZADA PAR ADESARROLLAR LOS COMPONENTES DE MEJORAMIENTO

<u>ACTIVIDAD</u>	<u>METODOLOGIA</u>	<u>INSTRUMENTOS</u>
Control de Crecimiento	1 Sondeo de opinión 2 Determinación del comportamiento de los menores de 5 años respecto al crecimiento	- Formularios CSI 001 - Form CSI 001A - Form para examen clínico y antropométrico - Guías del moderador y del observador
1 Diseño y elaboración del Carnet de Salud Infantil y formula - rio 028A/84	3 Pruebas de Especificidad y sensibilidad 4 Pruebas de campo	
2 Instrumentación	Encuesta a distancia	- Balanzas
3 Capacitación y supervisión	1 Taller de capacitación 2 Adiestramiento en Servicio (supervisión)	- Material audio-visual - Guía de supervisión
4 Implementación	1 Areas Piloto 2 Provincias (3) 3 Expansión a todo el país	- Capacitación - Supervisión
Vigilancia Nutricional		
1 Instrumentos para recolección, flujo y análisis de la información	Revisión y análisis de la Historia Clínica Unica y del Sistema de Información del M S P	- Formularios HCU - Formularios del Sistema de Información
2 Implementación	1 Areas Piloto 2 Provincias (3) 3 Expansión Nacional	- Capacitación - Supervisión
3 Análisis local de datos	Visitas de observación Análisis de los datos recolectados por las Unidades Operativas	- Partes diarios - Historias Clínicas - Form RD 001
Educación Nutricional		
1 Recolección y análisis de la información cuantitativa	Encuesta domiciliarias Corte transversal	- Form EPI 002 Sec "C"

/

<u>ACTIVIDAD</u>	<u>METODOLOGIA</u>	<u>INSTRUMENTOS</u>
2 Recolección y análisis de la información "cualitativa"	Grupos focales y entrevistas individuales	- Guía de preguntas - del Moderador y Observador
3 Análisis y selección de medios	Sondeo de opinión, - grupos focales - entrevistas individuales	- Guía de preguntas, Form EPI 002 Sección "D"
4 Diseño de un programa de educación, incluyendo materiales	Análisis de información previa, discusiones técnicas	
5 Prueba de materiales	Entrevistas individuales	- Guía del Educador y del Observador - Formularios para - concentrar información
6 Capacitación	1 Talleres de Adiestramiento utilizando técnicas de enseñanza aprendizaje 2 Adiestramiento en servicio	- Material audio-visual - Test de autoevaluación - Guía de supervisión
7 Implementación	1 Areas Piloto (23) 2 Expansión Nacional	- Capacitación y supervisión
8 Evaluación	1 Entrevistas con el personal de salud 2 Cortes transversales	1 Guía de supervisión 2 Formularios EN 001 y 002

A P E N D I C E      2

## ESTUDIO SOBRE PESO AL NACER EN QUITO

### ANTECEDENTES

El peso al nacer ha sido estudiado tanto desde el punto de vista - obstétrico, pediátrico, perinatólogico y de salud pública. Se ha preconizado su gran utilidad como indicador del estado nutricional dentro de Sistemas de Vigilancia Nutricional <sup>6</sup>

El peso del niño al nacimiento es un dato útil para conocer el estado nutricional de la madre embarazada en poblaciones con altos - índices de desnutrición. Se considera bajo peso al nacer a los niños que nacen con 2 500 gramos o menos. En países desarrollados - se encuentran cifras de 3-4% bajo peso al nacer, siendo el promedio para latinoamérica de 15 por ciento.

El presente estudio se realizó para evaluar el cumplimiento del objetivo del PAAMI que dice "conseguir mayor peso de los recién nacidos, protección de la embarazada y prolongación de la lactancia". Este trabajo analiza lo referente al peso al nacer.

### MATERIALES Y METODOS

El estudio consistió en un análisis documental retrospectivo en - dos períodos de tiempo, de abril a diciembre de 1974 antes del comienzo del PAAMI y de noviembre a diciembre de 1985.

El universo estuvo constituido por todos los niños nacidos a término y sin patología obstétrica en la Maternidad "Isidro Ayora" de - la ciudad de Quito, en los períodos señalados. Se seleccionó una muestra al azar de 135 niños para 1974 y de 120 niños para 1985.

<sup>6</sup> Grijalva, Y , Sistema de Vigilancia Epidemiológica Nutricional en el Ecuador ININMS, Quito, 1983

Los datos fueron tomados de la Historia Clínica y se incluyó a más del peso, la talla, sexo, paridad de la madre y lugar de residencia

El procesamiento y análisis se realizó electrónicamente en una computadora IBM/PC con el paquete de programas estadísticos MICROSTAT

### RESULTADOS

El 93 por ciento de las parturientas fueron procedentes de Quito - El promedio de peso de los recién nacidos fue de 2 991 g en 1974 y de 3 007 en 1985 El porcentaje de bajo peso al nacer presenta una ligera tendencia a disminuir pero la diferencia no es significativa Cuadro Nro 1

CUADRO Nro 1

Peso al Nacer en Quito durante los  
Años 1974, 1983 y 1985 PEMPAAMI 1986

PESO AL NACER	1974	1983	1985
Promedio peso al nacer	2 991	3 052 (1)	3 007
Desviación standard	326		358
Rango	2 200 - 3920	2 050-3 840	
Bajo peso al nacer (2)	9 6%		8 3%
Peso insuficiente (3)	40 7%		50 8%
Nro de Casos	135	1 014	120

FUENTE Elaboración Propia

(1) Dato tomado de la publicación Crecimiento Intrauterino en Quito AFEME Quito, 1983

(2) < 2 500 g

(3) 2 501 - 3 000 g

Si se analiza comparativamente el porcentaje de niños que nacieron con pesos entre 2 501 y 3 000 gramos, que corresponde a "peso insuficiente", se ve que durante 1974 y 1985 un 40 7% y 50 8% de niños -

respectivamente, están dentro de ésta categoría Cuadro Nro 2

CUADRO Nro 2  
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE PESO AL NACER EN QUITO  
AÑOS 1974 y 1985 PEMPAAMI, Ecuador, 1986

PESO EN GRAMOS	1974		1985	
	Nro	%	Nro	%
2 001 - 2 500	13	9 6	10	8 3
2 501 - 3 000	55	40 7	61	50 8
3 001 - 3 500	58	43 0	36	30 0
3 501 - 4 001	9	6 7	13	10 8
TOTAL	135	100 0	120	100 0

FUENTE Elaboración Propia

En cuanto al sexo el número de niños varones es sensiblemente superior al de mujeres en los dos períodos de tiempo estudiados Los niños varones nacen con un peso ligeramente superior al de las mujeres Cuadro Nro 3, aunque la diferencia no alcanza significancia estadística

CUADRO Nro 3  
DISTRIBUCION DE PESO AL NACER SEGUN SEXO  
EN 1974 y 1985 PEMPAAMI, ECUADOR, 1986

VARIABLES	1974		1975	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
Nro de Casos	79	56	67	53
Porcentaje	59%	41%	56%	44%
Promedio Peso Nacer	2 995	2 985	3 043	2 961
Desviación est	361	272	359	355
Rango	2050-3840	2450-3620	2380-3920	2200-3860

FUENTE Elaboración Propia

En cuanto a la talla, Cuadro Nro 4, se encontró igualmente una ligera tendencia no significativa al aumento tanto en el promedio como en el rango

CUADRO Nro 4  
TALLA AL NACER DE LOS NIÑOS DE QUITO 1974-1985  
PEMPAAMI, Ecuador, 1986

	1974	1975
Promedio de Talla cm	47 7	49 1
D standard	1 8	1 7
Rango	43 - 52 5	45 - 54
Nro de Casos	134 (*)	120

FUENTE Elaboración Propia

(\*) Se eliminó un dato por falta de confiabilidad

Para analizar el dato de paridad de las madres, éstas fueron clasificadas en primíparas y multíparas Cuadro Nro 5

CUADRO Nro 5  
PARIDAD DE LAS MADRES DE NIÑOS NACIDOS EN QUITO  
EN 1974 y 1985 PEMPAMI, ECUADOR, 1986

PARIDAD	1974		1975	
	Nro	%	Nro	%
Primíparas	57	42 2	34	28 3
Multíparas	78	57 8	86	71 7
TOTAL	135	100 0	120	100 0

FUENTE Elaboración Propia

## DISCUSION

El embarazo constituye un evento nutricional potencialmente crítico que se presta para intervenciones alimentarias. Estudios en Bogotá, Guatemala, Montreal, Nueva York y Holanda citados por Lechtig<sup>7</sup> demuestran un aumento de 47 g en el peso al nacer por cada 10 000 calorías de suplementación neta durante el embarazo, siendo el efecto más pronunciado en mujeres de corta estatura y condición socio-económica baja.

El dato aislado de porcentaje de niños con bajo peso al nacer que en los dos períodos no ha variado, es significativamente más bajo que el promedio latinoamericano, lo que apoya la apreciación que los niños ecuatorianos hacen bien, inclusive si se compara este promedio con patrones internacionales.

De todas maneras, es preocupante el número de niños que nace con "peso insuficiente", es decir, con menos de 3 000 gramos, lo cual indica inadecuadas condiciones nutricionales de las madres en el último trimestre del embarazo. Hacia ellas debe orientarse los programas de salud y nutrición en forma selectiva y bien planificada.

Los resultados presentados ponen en duda la eficacia y efectividad del programa de Asistencia Alimentaria en lo referente a uno de los grupos de beneficiarios que son las embarazadas. La falta de selectividad adecuada de beneficiarias, unido a la baja cobertura 18,9% y reducida concentración 2,5 atenciones por beneficiarias, ponen en duda el cumplimiento de este objetivo del PAAMI.

El comportamiento de las demás variables estudiadas coincide con los resultados de otros reportes. Tal es el caso de la talla rela-

<sup>7</sup> Lechtig A, Early Manutrition, Growth and Development Nutritional Needs and Assessment of Normal Growth. Gracey, M and F Falkner, eds, Nestlé Nutrition, New York, 1985.



cionada con el peso, que demuestra la armonía pondo-estatural con -  
la que nacen la mayoría de los niños

En cuanto a la paridad, se observa una tendencia significativa a -  
disminuir el porcentaje de primíparas y a aumentar el de multíparas,  
que puede ser debida a múltiples condicionantes que están fuera del  
ámbito del presente estudio

A P E N D I C E      3

## EL FUERSAN PREPARACION, COMPOSICION

La información de base obtenida durante el proceso de diseño del Programa de Educación Nutricional "Queremos Hijos Fuertes y Sanos", permitió proponer la mezcla alimentaria FUERSAN, denominada así, para reunir en una sola palabra la aspiración de las madres para sus hijos que sean fuertes y sanos

El FUERSAN podrá ser utilizado en forma de "chapo" o en forma de coladas de sal o de dulce y servirá para toda la familia como matahambre, pero en particular, para mejorar la alimentación de las madres embarazadas, lactantes y especialmente como alimento de destete en niños mayores de siete meses

La mezcla alimentaria nutricional responde a los hallazgos de la investigación, cuyo proceso metodológico se explica a continuación

## METODOLOGIA Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACION DE BASE

### INFORMACION CUANTITATIVA

Consistió en un análisis documental y en un corte transversal por encuesta domiciliaria

Los resultados de la información cuantitativa fueron

- La desnutrición en el Ecuador es eminentemente calórica y de tipo crónico
- La mayoría de la población ecuatoriana no padece de extrema carencia de alimentos
- El deterioro del crecimiento en los niños se inicia a los cuatro meses de edad, el cual persiste durante los primeros meses de vida
- El destete es inadecuado no sólo en calidad sino fundamentalmente en cantidad

- No existen alimentos para el destete

#### INFORMACION CUALITATIVA

Consistió en la recopilación de información a través de "grupos focales" y los resultados más importantes fueron

- La alimentación de los ecuatorianos especialmente en la sierra es "aguada, es decir diluida"
- Las madres embarazadas, en su mayoría, comen igual o menos que antes de su embarazo
- En todos los hogares de la provincia de Cotopaxi había disponibilidad de harina de cebada (cereal) y de harina de haba (leguminosa), las cuales son preparadas con granos tostados
- La cebada y la mánchezica son productos que comúnmente se cultivan en la provincia de Cotopaxi
- El chapo es una preparación tradicional

#### COMPOSICION

La composición de la mezcla Fuersan se describe en el Cuadro Nro 1

CUADRO Nro 1  
COMPOSICION DEL FUERSAN  
PEMPAAMI, 1986

---

3 tazas harina de cebada (mánchezica)	330 g *
1 Taza de harina de haba	170 g
3 Cucharadas de aceite o manteca	30 g

---

FUENTE Elaboración Propia

(\*) Improving Child Nutrition During Weaning Mitzner, Scrimshaw y Morgan 1984

## PREPARACION

En un sartén o paila se ponen tres cucharadas de aceite cuando ya esté caliente se agregan las harinas Se sigue mezclando y revolviendo para evitar que se haga bolas, más o menos durante 10 minutos

Se saca el sartén del fuego y se deja enfriar el FUERSAN Se puede guardar en una bolsa de papel o de plástico y dura hasta tres meses sin que se dañe

## CARACTERISTICAS NUTRICIONALES

Cada 100 gramos de FUERSAN proporciona 409 Kcal y 15.5g de proteína de buena calidad, ya que tiene un Score de 84%, siendo la treonina su aminoácido limitante

En el Cuadro Nro 2 se presenta el contenido nutricional del FUERSAN por 100g de alimento aprovechable

CUADRO Nro 2

### CONTENIDO NUTRICIONAL POR 100 G DE ALIMENTO

	Cant	Kcal	Prot	Ca*	P	Hierro	Carot	Vit B1	Vit B2	Vit B6
H Cebada	62g	241	7.9g	35	180	7.7	0.01	0.06	0.07	5.3
H Haba	32	115	7.6	19	111	3.6	0.003	0.12	0.05	0.7
Aceite	6	53	-	-	-	-	-	-	-	-
FUERSAN	100	409	15.5	54	291	11.3	0.013	0.18	0.12	6.0

FUENTE - MANCHENO, L "Caracterización de la Mezcla FUERSAN y Evaluación de su Implementación en una Comunidad Andina del Ecuador" ININMS 1986

- ININMS Tabla de Composición de Alimentos Ecuatorianos 1965

(\*) Unidades de Vitaminas y Minerales en Miligramos

## PROPIEDADES ORGANOLEPTICAS

El sabor, color y apariencia del FUERSAN no difiere de la tradicional má-

chica La harina de haba, por estar en pequeña proporción de 1 ó 6 es absorvida en todas sus propiedades organolépticas por la máquina. El aceite contribuye al sabor agradable de la preparación. El sabor a producto tostado es tradicional en la población ecuatoriana desde hace mucho tiempo y las poblaciones andinas están acostumbradas a éste sabor. Las características organolépticas del "chapo" Fuersan, igualmente no difieren del tradicional "chapo" que se usa aún con bastante frecuencia para las entrecuadas en algunos hogares de la sierra.

#### IMPLEMENTACION

Para la implementación de la mezcla Fuersan, se diseñó material educativo el cual consistía en una lámina para educación interpersonal y dos cuñas para ser difundidas por las emisoras de mayor sintonía en la provincia.

El personal de las Unidades Operativas de Salud del Ministerio de Salud Pública fue adiestrado en la utilización de la lámina educativa correspondiente.

A P E N D I C E 4

ESTUDIO SOBRE EL CRECIMIENTO FISICO DE LOS NIÑOS  
ECUATORIANOS MENORES DE DOS AÑOS

RESUMEN

El presente estudio se realizó con el fin de conocer la magnitud del daño nutricional en los niños ecuatorianos y su deficiencia de crecimiento

Para la recolección de datos se contó con innumerables personas que intervinieron en la Tercera Jornada PREMI, durante la cual se vacunó a los niños menores de cinco años, se entregó SRO y se pesó a los menores de 24 meses

Los datos así recolectados permitieron establecer una muestra de 28 000 datos suficientes para analizarlos y obtener resultados con desgregación hasta nivel cantonal

Los resultados son los siguientes

- 1 Los niños ecuatorianos nacen con un promedio de peso superior al de referencia, crecen óptimamente hasta los cuatro o seis meses, luego de lo cual el crecimiento físico de los niños se deteriora hasta alcanzar una deficiencia de aproximadamente 2 kg a los dos años de edad respecto a los patrones de referencia OMS (Gráfico Nro 4)
- 2 La deficiencia en el crecimiento físico se traduce en una alta prevalencia de desnutrición de 45 por ciento a nivel nacional

Además, se obtuvo las prevalencias de desnutrición por provincias y cantones, las cuales se presentan en forma gráfica por medio de un mapeo nacional (Gráfico Nro 5)

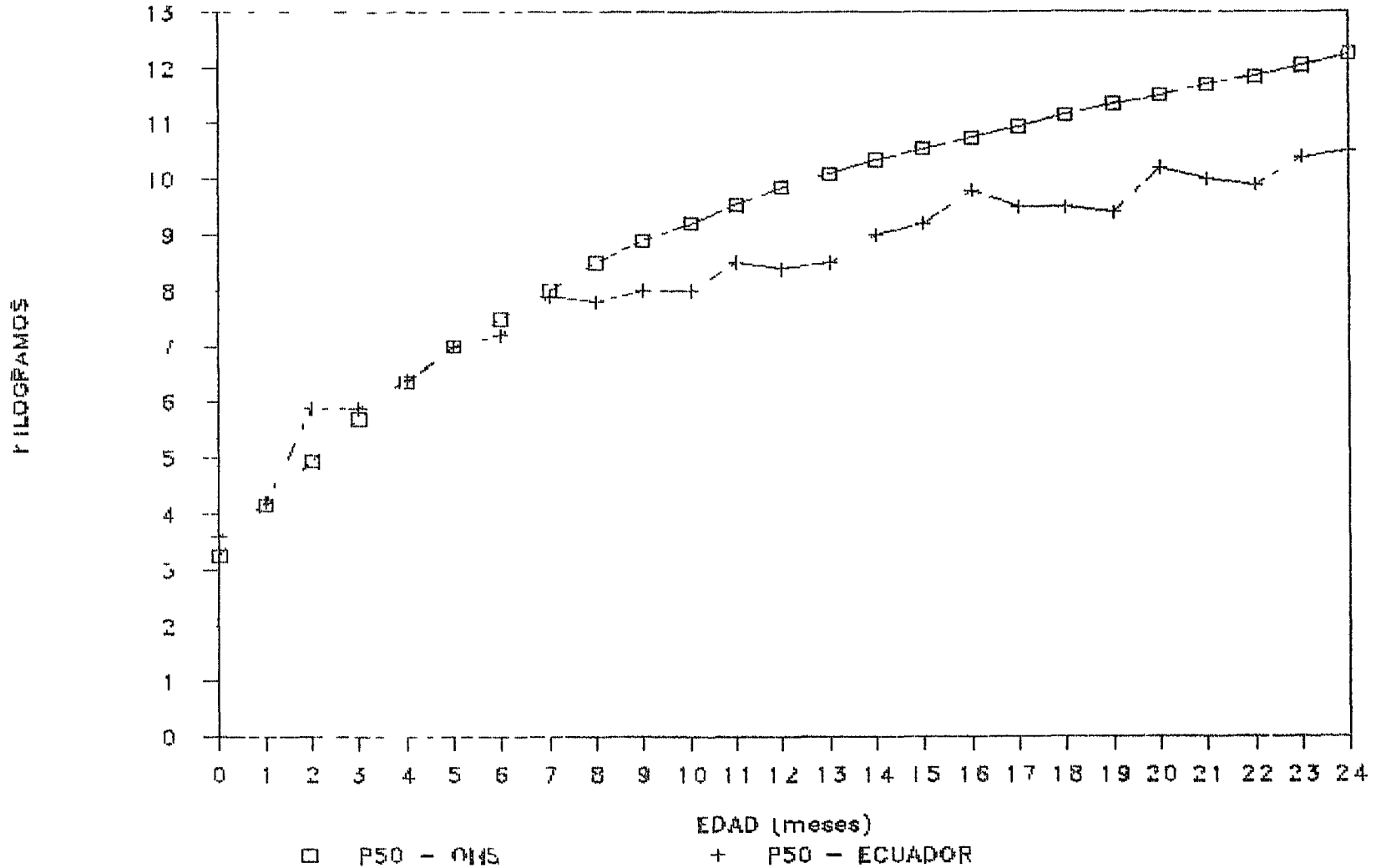


Los resultados permitirán priorizar tanto las zonas de intervención como evaluar los resultados de las mismas en el mejoramiento de la salud y nutrición de los niños ecuatorianos\*

\* El documento original está a disposición de los interesados. Se puede solicitar a ININMS Casilla 3806 Quito - Ecuador

# PESO PARA EDAD - AREAS URBANOS

PERCENTIL 50 - OMS vs ECUADOR



Fuente Tercera Jornada PREMI 1986

69



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA  
INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACIONES  
NUTRICIONALES Y MEDICO SOCIALES - ININME  
PLAN DE REDUCCION DE LA ENFERMEDAD  
Y MUERTE INFANTIL - P.F.E.M.I.

MAPAS DE FRECUENCIA DE DESNUTRICION EN NIÑOS MENORES  
DE DOS AÑOS

Simbolos

De 0 a menos de 10% de desnutridos



De 10 a menos de 20% de desnutridos



De 20 a menos de 40% de desnutridos



De 40 a menos de 50% de desnutridos



De 50 a menos de 60% de desnutridos



De 60% de desnutridos, en adelante



Nota De los cantones que aparecen en blanco no se obtuvo datos

Septiembre 1986

A N E X O 1

REPUBLICA DEL ECUADOR  
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA



# CARNET DE SALUD INFANTIL QUE ES Y COMO UTILIZARLO



INSTITUTO NACIONAL DE INVESTIGACIONES  
NUTRICIONALES Y MEDICO SOCIALES (ININMS)

1986

## PREMI



PONGAMOS CONTENTOS FUERTES Y SANOS  
A TODOS LOS NIÑOS ECUATORIANOS

*En el Ecuador, cada año, muchos niños se enferman y mueren por causas que se pueden evitar*

*Para evitar que los niños se enfermen y mueran, estamos trabajando en estas 4 acciones*

- 1 CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO**
- 2 FOMENTO DE LA LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACION INFANTIL ADECUADA**
- 3 VACUNACION CONTRA 6 GRAVES ENFERMEDADES**
- 4 USO DE SALES ORALES PARA EVITAR LA DESHIDRATACION CAUSADA POR LA DIARREA**

*Todos tenemos la responsabilidad de trabajar juntos HOY por la salud de nuestros niños  
MAÑANA SERA DEMASIADO TARDE*

# QUE ES EL CARNET DE SALUD INFANTIL

EL CARNET DE SALUD INFANTIL es una tarjeta donde los padres de familia y el personal de salud pueden controlar las acciones basicas que contribuyen a la salud y al bienestar del niño

## ESTE ES UN LADO DEL CARNET DE SALUD INFANTIL DONDE SE PUEDE VER:

Las vacunas y las fechas en que el niño las recibió

LA LECHE MATERNA ES EL MEJOR ALIMENTO PARA SU HIJO

INICIE LA LACTANCIA INMEDIATAMENTE DESPUES DEL PARTO

0 A 3 MESES SOLO LECHE MATERNA



4 A 6 MESES CONTINUE CON LA LECHE MATERNA Y AÑADA LA COMIDA SÓLIDA EN FORMA DE PURÉ DE FRUTAS Y VERDURAS



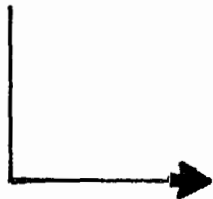
7 A 9 MESES CONTINUE CON LA LECHE MATERNA Y COMIENCE A DARSE ALIMENTOS SÓLIDOS



10 A 18 MESES DEJE LA COMIDA FAMILIAR SIN ESPESAS Y VARIAS VECES DURANTE EL DÍA SI EL NIÑO ELIJE EL SENO LOMÁS QUE LA LECHE



Las indicaciones sobre la alimentación del niño en los primeros 18 meses de vida



VACUNAS										
B.C.C.			I.P.T.			A.P.O.M.I.			A.M.P.	OTRAS
1	2	3	1	2	3	1	2	3		

las vacunas son gratuitas

CITAS DE CONTROL PROGRAMADAS							
AÑO		MES	DÍA	AÑO		MES	DÍA

Cuando su niño tenga diarrea dele SUERO ORAL




- MEZCLE EN UN LITRO DE AGUA HERVIDA A TODO EL CONTENIDO DE UN SOBRES
- DÉLE A TOMAR O CUANTO HARIT DURANTE TODO EL DÍA
- SIGA DA DOL EL SENO Y COMIDA LIVIANA
- LOS SOBRES DE SUERO ORAL SE ENREGAN GRATUITAMENTE EN LAS UNIDADES DE SALUD MINISTRIALES

La fecha de la proxima cita

Las indicaciones sobre que hacer cuando el niño tenga diarrea

REPUBLICA DEL ECUADOR  
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



Carnet de Salud Infantil

IDENTIFICACION

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

PROVINCIA: \_\_\_\_\_ CANTÓN: \_\_\_\_\_ PARRISHIA: \_\_\_\_\_

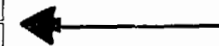
APellidos y Nombres: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ] F.S. [ ][ ]

Fecha de inscripción: [ ][ ]/[ ][ ]/[ ][ ][ ] F.S. [ ][ ]

HISTORIA CLINICA

El nombre del niño y de la Unidad de Salud donde se le atiende







*EL CARNET DE SALUD INFANTIL se entrega a los padres de familia de todos los niños menores de 5 años*

*El niño debe tener su CARNET DE SALUD INFANTIL*

*Desde que nace o*

*Desde la primera vez que asiste a cualquier Unidad de Salud o que participa en un programa de salud*

75

# COMO UTILIZAR EL CARNET DE SALUD INFANTIL

*Se utiliza de la siguiente manera*

<b>1</b>	<b>Llenar la identificación,</b>
<b>2</b>	<b>Evaluar el crecimiento y desarrollo del niño,</b>
<b>3</b>	<b>Aconsejar a los padres sobre la alimentación infantil y lo que deben hacer cuando el niño tiene diarrea,</b>
<b>4</b>	<b>Vigilar el calendario de vacunas y</b>
<b>5</b>	<b>Hacer la próxima cita para el control</b>

*A continuación se indican los pasos para realizar cada una de estas acciones. Para ilustrar el proceso se presenta el ejemplo de JUANITO, un niño que ya tiene un poco de la historia de su vida en el CARNET DE SALUD INFANTIL*



dl

## 1º. LLENAR LA IDENTIFICACION

**Paso 1**

**Paso 2**

*Doble EL CARNET DE SALUD INFANTIL en tres partes*

*Escriba*

- El nombre del establecimiento de salud,*
- La localizacion del establecimiento de salud,*
- Los apellidos y despues los nombres del niño,*
- La fecha de nacimiento del niño,*

*Si no sabe la fecha de nacimiento del niño,  
calcule aproximadamente el mes y el año en  
base a los acontecimientos familiares o locales*

- La fecha de entrega del CARNET DE SALUD INFANTIL,*
- Una cruz en el casillero H si es hombre o M si es mujer,*
- El numero de la Historia Clinica Unica*

**VAMOS A LLENAR EL CARNET DE SALUD INFANTIL DE JUANITO**

*Juan Antonio Perez Rosero nacio el 12 de Marzo de 1985, en San Andres que pertenece al canton Pillaro, en la provincia de Tungurahua*

*Fue el subcentro de salud de San Andrés a los 13 dias de edad, es decir el 25 de Marzo de 1985, para ser pesado y vacunado por primera vez*

*La auxiliar de enfermeria del subcentro de salud de San Andres, abrio la Historia Clinica Unica de Juanito número 0839 y entrego a la madre de Juanito EL CARNET DE SALUD INFANTIL*



## Carnet de Salud Infantil

IDENTIFICACION						
ESTABLECIMIENTO DE SALUD SUBCENTRO DE SALUD SAN ANDRES						
PROVINCIA	CANTON		PARROQUIA			
TUNGURAHUA	PILLARO		SAN ANDRES			
APELLIDOS Y NOMBRES PEREZ ROSERO JUAN ANTONIO						
Fecha de Nacimiento	Ano	Mes	Dia	SEXO	<input checked="" type="checkbox"/> H	
	85	03	12			<input type="checkbox"/> M
Fecha de inscripcion	85	03	25			
HISTORIA CLINICA No						
						0839

## 2º. EVALUAR EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

### • CONTROL DE CRECIMIENTO -

**CRECIMIENTO**  
 Un niño crece cuando aumenta de tamaño y peso  
 Un niño debe crecer cada mes  
 Un niño crece cuando esta sano

**POR QUE LLENAR LA GRAFICA**  
 Para ver el crecimiento del niño  
 cada mes  
 Para verificar si esta sano



*Abrir EL CARNET DE SALUD INFANTIL en la ficha de crecimiento*



*Debajo de las curvas anotar el año, mes y día de nacimiento sobre la primera vertical (línea 0)*



*Como guía para verificar la edad del niño, anotar a intervalos de 6 meses las fechas en que cumple meses o años*

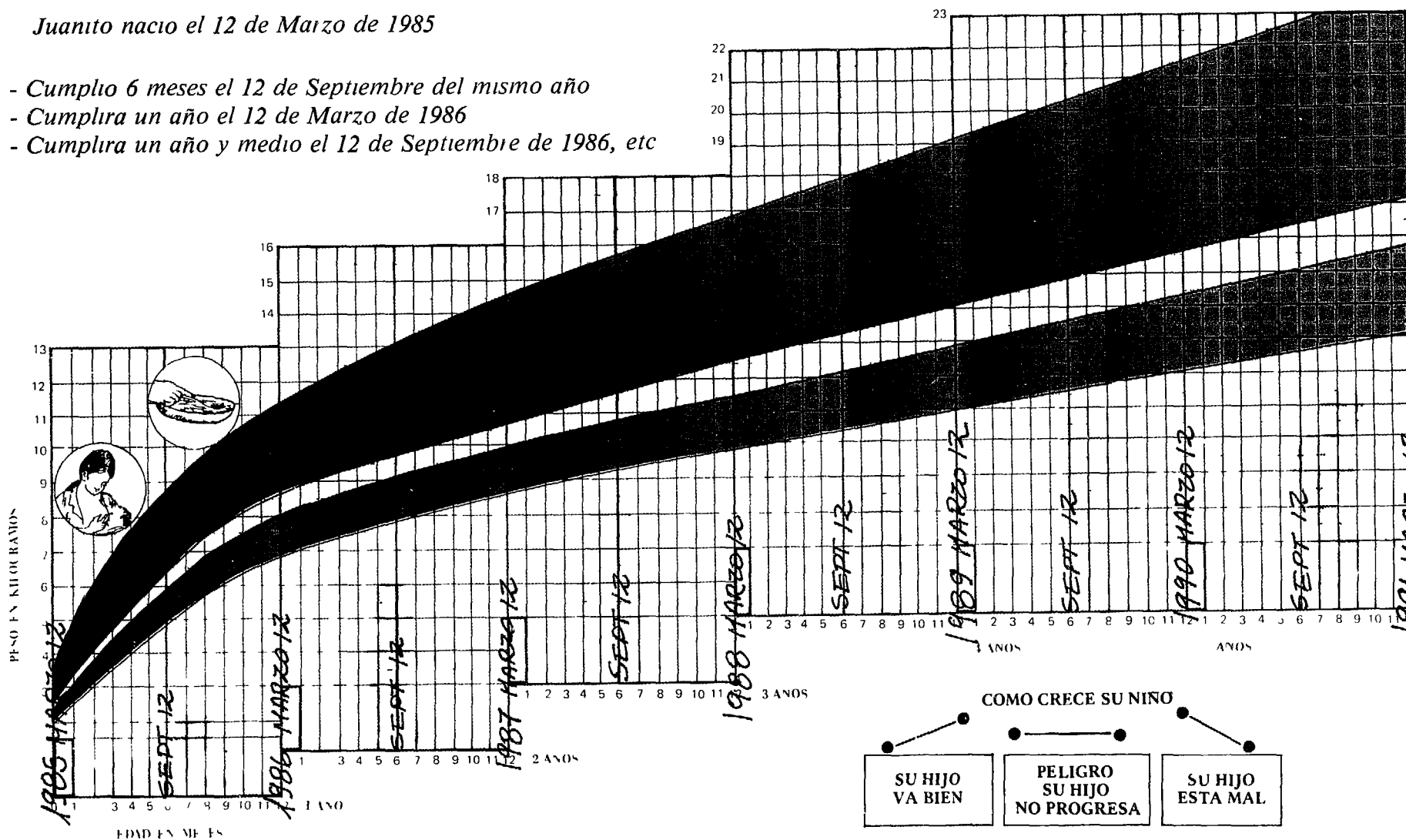
*Escribir las fechas sobre las líneas verticales correspondientes para formar el calendario del niño*

ASI DE ADELANTO EL TRABAJO, LLENANDO EL CALENDARIO LA PRIMERA VEZ QUE JUANITO FUE CONTROLADO

# Ficha de Crecimiento

Juanito nacio el 12 de Marzo de 1985

- Cumplio 6 meses el 12 de Septiembre del mismo año
- Cumplira un año el 12 de Marzo de 1986
- Cumplira un año y medio el 12 de Septiembre de 1986, etc





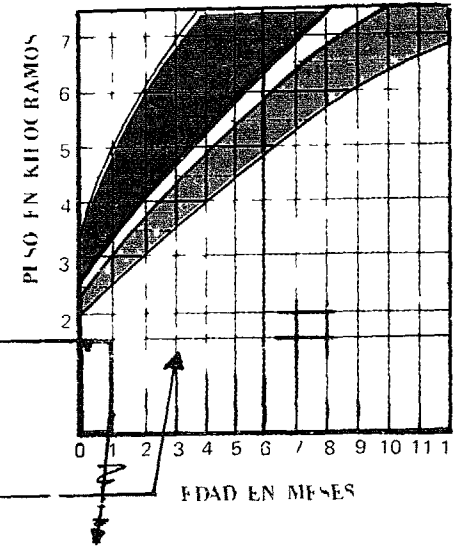
*Pesar al niño*



*Graficar el peso*

*Como guia tenen os lineas*

*Horizontales que indican el peso del niño en kilos*



*Verticales que indican la edad del niño en meses*

*- En el calendario localice el mes correspondiente a la edad del niño y anote la fecha de la pesada, luego siga hacia arriba hasta que se cruce con la linea correspondiente al peso En este sitio marque con un punto grande*

*Cuando la edad no corresponda a meses cumplidos y el peso no sea en kilos exactos, debe aproximarse y colocar el punto en el espacio entre las lineas*



*Graficar el crecimiento*

*- Para formar la curva de crecimiento del niño debe unirse con una linea los puntos de cada pesada*



*Registrar enfermedades*

*- Cuando el niño esta enfermo se anota la enfermedad directamente debajo del punto de la pesada Si el niño no ha llegado a pesarse por varios meses pregunte a la madre si el niño estuvo enfermo y anote la enfermedad debajo de este espacio*

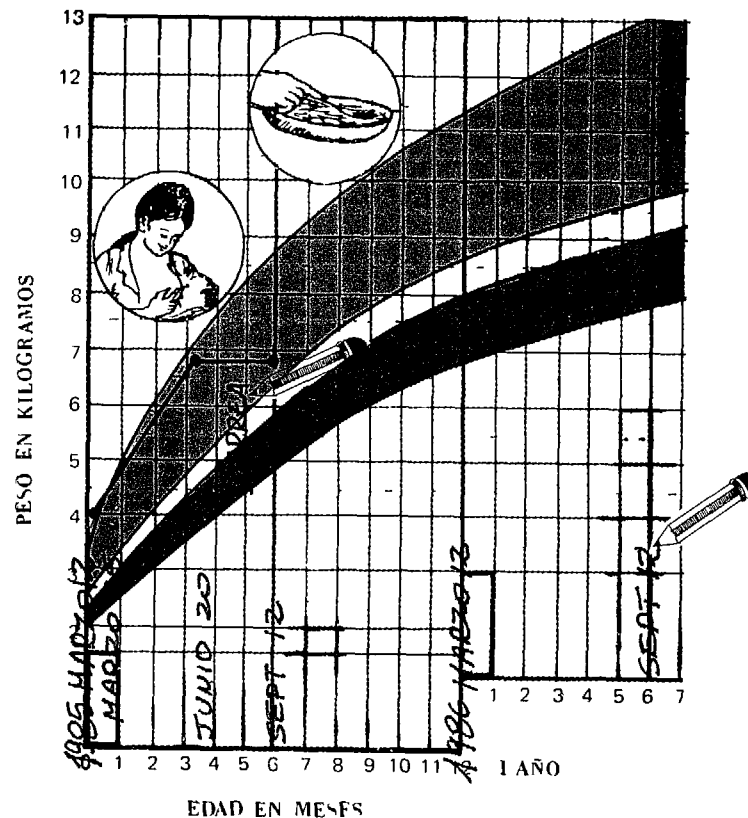


**ASI SE ESTA LLENANDO LA CURVA DE CRECIMIENTO DE JUANITO DESPUES DE VARIAS PESADAS**

La primera vez peso 4 kilos, el 25 de Marzo de 1985  
El primer punto se marco en el primer espacio, porque Juanito solo tenia 13 dias de edad

La segunda vez peso 6,7 Kilos el 20 de Junio de 1985  
El segundo punto se marco en el espacio entre los 3 y 4 meses porque Juanito tenia 3 meses y 8 dias, y bajo la linea correspondiente a los 7 kilos, porque Juanito peso 6,7 kilos y se unio los dos puntos con una linea

La tercera vez pesó 6,7 kilos y habia tenido diarrea, el 12 de Septiembre de 1985  
El tercer punto se marco sobre la linea de los 6 meses porque Juanito habia cumplido justo esa edad y peso 6,7 kilos y se unio los 2 puntos con una linea. Además se anoto su episodio de diarrea en el espacio entre las 2 ultimas pesadas



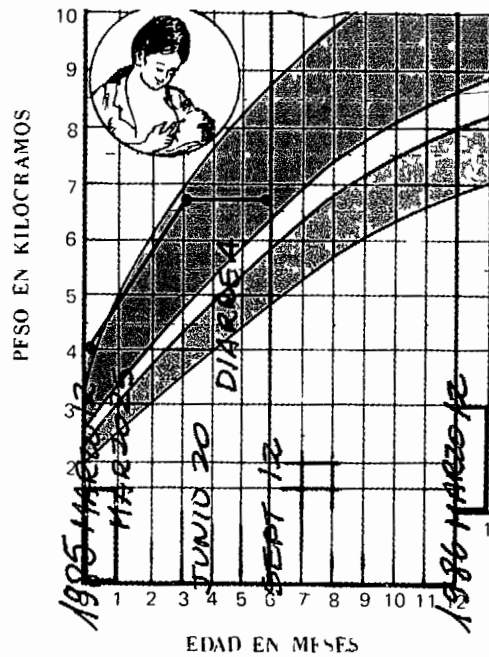
**Paso 8**

*Interpretar la gráfica*

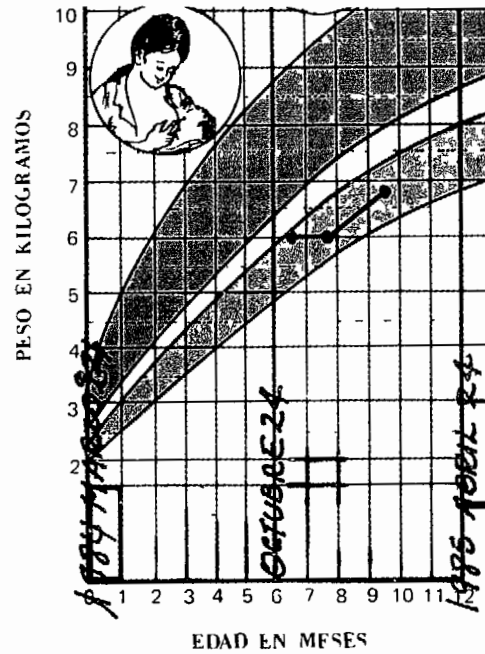
*En la interpretación de la gráfica se debe tomar en cuenta 2 aspectos*

- 1 Estado nutricional Se puede determinar por las 5 franjas de la ficha de crecimiento*
- 2 Ganancia de peso ES MAS IMPORTANTE, porque indica que el niño aumenta de peso, está creciendo y no tiene el riesgo de enfermarse como tiene el niño que no aumenta de peso*

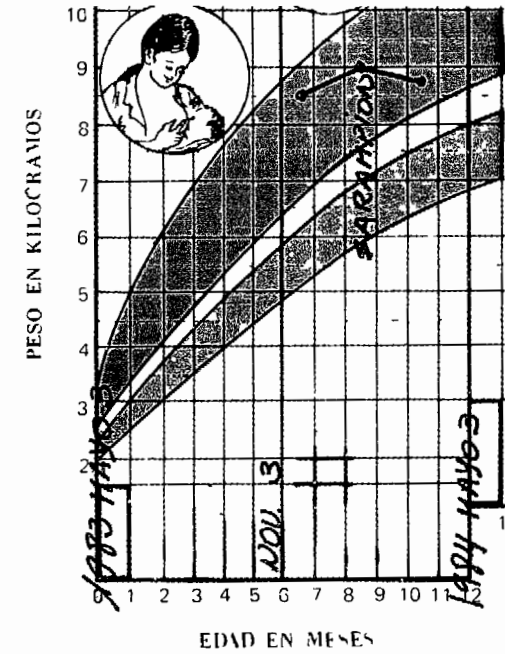
ASI SE INTERPRETO LA FICHA DE CRECIMIENTO DE JUANITO Y DE OTROS DOS NIÑOS



Juanito esta en la zona normal  
 Pero, el no gana peso durante los  
 dos ultimos controles  
 No esta creciendo porque estaba  
 con diarrea  
 Hay que buscar la manera de que  
 vuelva a ganar peso



Ana esta en la zona de desnutricion  
 moderada, pero esta ganando peso,  
 esta creciendo bien  
 Hay que buscar la manera de que siga asi



Pedro al igual que Juanito, a pesar de  
 que esta en la zona normal perdió peso  
 el mes anterior  
 Pedro no esta creciendo, estaba enfermo  
 con sarampion  
 Hay que darle atencion inmediata

## • EVALUACION DEL DESARROLLO DEL NIÑO

**DESARROLLO**  
Es la adquisición progresiva  
de habilidades y destrezas



*De acuerdo a la edad del niño, pregunte a los padres de familia y observe si el niño cumple las actividades esperadas para su edad*



*Señale con una "X" en la casilla correspondiente si el niño cumple o no la actividad*



*Si el niño no cumple con dos actividades consecutivas, requiere mejor evaluación y atención*

*LA GUIA DE DESARROLLO DE JUANITO, SE LLENO ASI*

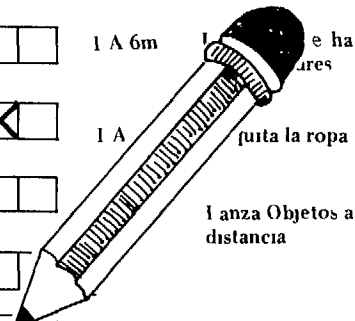
*Cuando Juanito llego a pesarse a los 13 dias de edad, no respondio riendose*

*Pero cuando Juanito llego por segunda vez a los 3 meses y 8 dias de edad, el era capaz de sostener su cabeza*

*Y cuando Juanito llego por tercera vez a los 6 meses de edad a pesar de estar enfermo, se sento solo*

*Juanito esta desarrollandose bien*

1er Mes	Responde riendose	SI NO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 A 3m	Camina bien sin ayuda	SI NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 Anos	Da sus nombres completos	SI NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 Anos	Se viste solo	SI NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2do Mes	Reacciona a los sonidos	SI NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 A 6m	Levanta y sostiene la cabeza	SI NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 Anos	Salta en un pie	SI NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
3er Mes	Es capaz de sostener su cabeza	SI NO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 A	Levanta y junta la ropa	SI NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
4to Mes	Sostiene cosas en sus manos	SI NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			SI NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
5to Mes	Trata de alcanzar objetos	SI NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			SI NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
6to Mes	Se sienta solo	SI NO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			SI NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
10mo Mes	Se para con ayuda	SI NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			SI NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
Un Ano	Da pocos pasos solo Dice papa y mama	SI NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			SI NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										



### 3º. ACONSEJAR A LOS PADRES

#### SOBRE LA ALIMENTACION DEL NIÑO.-

LA LECHE MATERNA ES EL MEJOR  
ALIMENTO PARA SU HIJO

*Porque es limpia, no cuesta, no necesita preparacion, protege de ciertas enfermedades y satisface todas las necesidades  
DAR EL SENO ES DAR CARIÑO*

INICIE LA LACTANCIA INMEDIATAMENTE  
DESPUES DEL PARTO

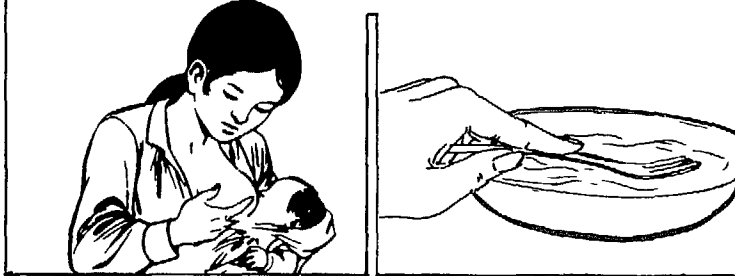
*Porque el niño necesita la primera leche llamada calostro,  
que le protege de enfermedades  
Tambien dar el seno inmediatamente ayuda a la madre a tener  
una lactancia adecuada*

0 4 MESES  
SOLO LECHE  
MATERNA



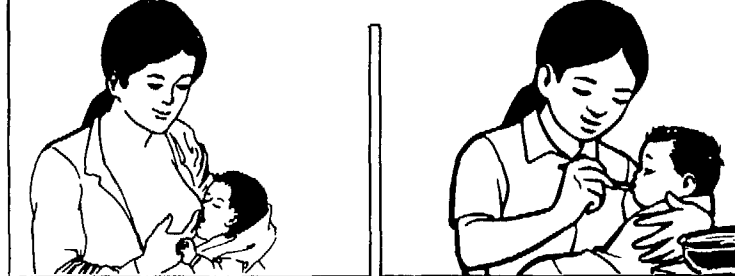
*Porque la leche materna lleva la cantidad adecuada de todas las sustancias nutritivas que necesita el niño para crecer contento fuerte y sano*

5 6 MESES CONTINUE CON LECHE MATERNA Y A  
GREGUE COMIDAS ESPESAS Y FRUTAS APLASTADAS



*Porque la leche materna ayuda al niño a seguir creciendo  
Pero a esta edad el seno ya no es suficiente y necesita el  
alimento que esta en las comidas espesas Despues de los 5  
meses el estomago del niño ya resiste las comidas*

7 9 MESES CONTINUE CON LECHE MATERNA Y  
COMIENZE A DAR PEDACITOS DE OTROS ALIMENTOS



*Porque la leche materna sigue siendo un buen alimento, pero los  
niños de esta edad deben acostumbrarse a comer solidos, para seguir  
creciendo sanos y fuertes En los solidos esta el alimento*

10 18 MESES DELE LA COMIDA FAMILIAR MAS ESPESA  
Y VARIAS VECES DURANTE EL DIA SIGA DANDO EL SENO  
LO MAS QUE PUEDA



*Porque el niño a esta edad esta creciendo, caminando, jugando  
y necesita mas alimentos que deben darse varias veces al dia  
La leche materna sigue siendo un buen alimento*

## • SOBRE LO QUE DEBEN HACER CUANDO EL NIÑO TIENE DIARREA.-

*LA PERDIDA DE LIQUIDOS Y SALES POR LA DIARREA CAUSA LA MUERTE DE MUCHOS NIÑOS  
PROTEJAMOS A NUESTROS NIÑOS*

*El SUERO ORAL previene y trata la deshidratación, que es la pérdida de líquidos y sales*



- PREPARE EL SUERO ORAL  
MEZCLA EN UN LITRO DE AGUA TODO EL CONTENIDO DE UN SOBRE

*Porque el suero oral así preparado repone el líquido y las sales que el niño ha perdido con la diarrea*

- DELE A TOMAR CON CUCHARITA DURANTE TODO EL DÍA

*Para que el niño lo acepte fácilmente y no le de vomito*

- SIGA DÁNDOLE EL SENO Y COMIDA LIVIANA

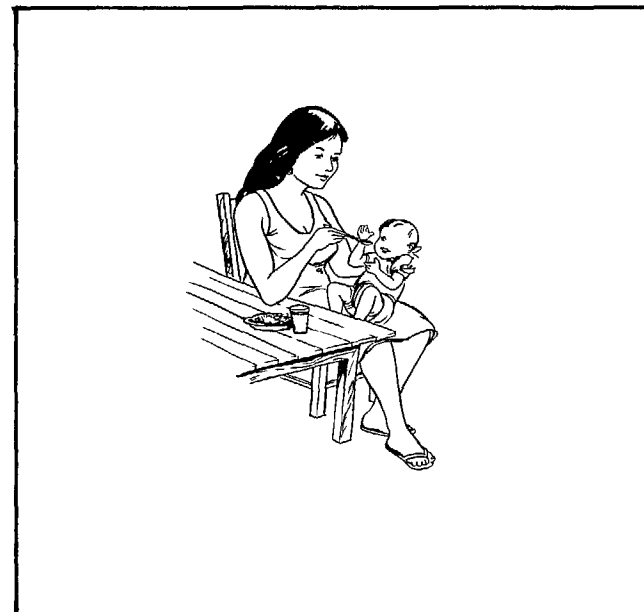
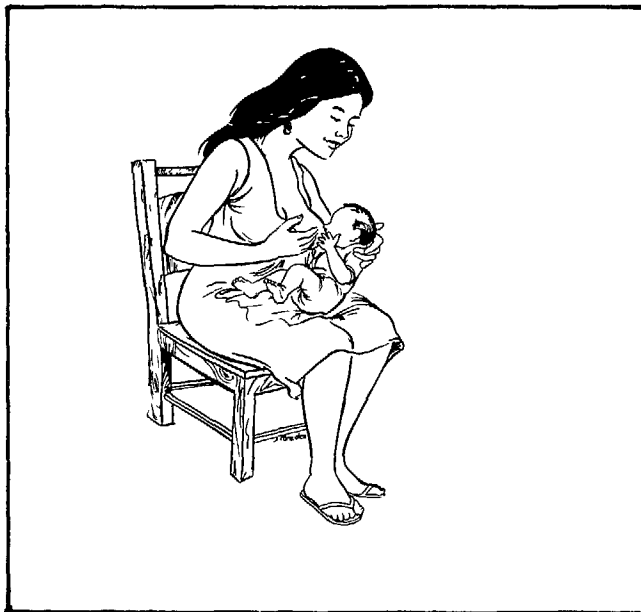
*Porque el niño necesita seguir alimentándose para no enflaquecer. Además la leche materna lo protege de una nueva infección como la diarrea*

- LOS SOBRES DE SUERO ORAL SE ENTREGAN GRATUITAMENTE EN LAS UNIDADES DE SALUD DEL MINISTERIO



**CUANDO JUANITO ACUDIO CON SU MAMA AL TERCER CONTROL, HABIA TENIDO DIARREA Y LA AUXILIAR DE ENFERMERIA LE ACONSEJO**

- *Que le siga dando el seno porque el niño necesita alimento y además porque evita un nuevo episodio de diarrea*
- *Que le dé comidas espesas, porque en el espeso está el alimento*



## 4º. VIGILAR EL CALENDARIO DE LAS VACUNAS

*Existen 6 graves enfermedades que pueden causar la MUERTE  
Protejamos a nuestros niños VACUNANDOLOS*

**Paso 1**

*Revisar el cuadro de las vacunas*

**Paso 2**

*Si el niño tiene vacíos en su calendario de vacunas, se debe determinar la fecha en que debe recibirlas. Si ya ha pasado esa fecha, hay que vacunarlo lo más pronto posible*

*Lo que sigue es la descripción de para que sirven y cómo deben ser aplicadas las vacunas*

### **VACUNA B C G**

- *Previene la Tuberculosis*
- *Se necesita UNA sola dosis*
- *Es una inyección intradérmica que se aplica en el brazo derecho*
- *Debe administrarse cuando nace el niño*
- *Se aplica un refuerzo a los 6 y 12 años*

#### *VACUNA DPT O TRIPLE*

- *Previene la Difteria, el Tetanos y la Tosferina*
- *Se necesitan TRES dosis y refuerzo*
- *Son inyecciones que se aplican en la nalga*
- *La primera dosis se administra a los 3 meses de edad*
- *La segunda dosis se administra a los 6 meses de edad*
- *La tercera dosis se administra a los 9 meses de edad*
- *El refuerzo se aplica un año despues de aplicada la tercera dosis*

#### *VACUNA ANTIPOLIOMIELITICA*

- *Previene la Paralisis Infantil o Poliomielitis*
- *Se necesitan TRES dosis*
- *Son 2 gotitas que se administran en la boca*
- *La primera dosis se administra a los 3 meses de edad*
- *La segunda dosis se administra a los 6 meses de edad*
- *La tercera dosis se administra a los 9 meses de edad*
- *El refuerzo se administra un año despues de aplicada la tercera dosis*

#### *VACUNA ANTISARAMPIONOSA*

- *Previene el Sarampion*
- *Se necesita UNA sola dosis*
- *Es una inyeccion subcutanea que se aplica en el brazo izquierdo*
- *Debe administrarse a los 9 meses de edad del niño*

**JUANITO YA TIENE 6 MESES DE EDAD Y HA RECIBIDO LAS VACUNAS  
CORRESPONDIENTES QUE LA AUXILIAR LO ANOTO ASI**


*A los 13 dias de edad, el 25 de Marzo de 1985, fue vacunado con BCG*

*Cuando tenia 3 meses y 8 dias de edad, el 20 de Junio de 1 985,  
fue vacunado con la primera dosis de DPT y Antipoliomielitica*

*Cuando tenia 6 meses cumplidos, el 12 de Septiembre de 1985, fue  
vacunado con la segunda dosis de DPT y Antipoliomielitica, y la auxiliar indico a los padres de Juanito  
que las proximas vacunas le tocara el 12 de Diciembre de 1985 y anoto con lapiz esta fecha en el  
calendario de vacunas*

**...las vacunas son gratuitas**

V A C U N A S											
B C G		D P T				Antipoliomielitica				Antisaram pijonosa	OTRAS
1o	R	1o	2o	3o	R	1o	2o	3o	R		
1985/03/25 J P											
		1985/06/20 B G	1985/09/12 A M	1985/09/12		1985/06/20 B G	1985/09/12 A M	1985/09/12			
										1985/09/12	



## **5°. HACER LA PROXIMA CITA PARA EL CONTROL. (UNIDADES OPERATIVAS).**

### **Paso 1**

*Decidir la fecha para la proximo control del niño tomando en cuenta su crecimiento, desarrollo y su calendario de vacunas*

### **Paso 2**

*Indicar a la madre del niño, la fecha en que debe asistir al control*

### **Paso 3**

*Anotar el año, mes y día en el casillero de citas de control programadas para que la madre lo recuerde*

*ASI SE LLENO EL CALENDARIO DE CITAS DE JUANITO*

*Juanito tuvo su primer control a los 13 dias de edad  
Se decidio que su segundo control seria el 20 de Junio  
de 1985, porque iba a recibir la vacuna  
Esta fecha se indico a la madre de Juanito y se anoto en  
el CARNET DE SALUD INFANTIL  
Al final de su segundo control, decidieron que Juanito  
deberia tener su tercer control el 12 de Septiembre de  
1985, porque iba a ser vacunado y pesado nuevamente Esta  
fecha se indico a la madre de Juanito y se anoto en EL  
CARNET DE SALUD INFANTIL  
Su proximo control sera el 12 de Octubre porque Juanito  
NO ESTA GANANDO PESO*

CITAS DE CONTROL PROGRAMADAS					
AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA
1985	JUNIO	20			
1985	SEPT	12			
1985	OCT	12			

Quando su niño tenga diarrea dele SUERO ORAL

## PARA RESUMIR...

### EL CARNET DE SALUD INFANTIL ES UNA TARJETA QUE PERMITE:

- Vigilar el calendario de vacunas

*Juanito esta recibiendo las vacunas en las edades correspondientes. Cuando complete todas sus vacunas estara protegido contra 6 graves enfermedades.*

- Visualizar permanentemente el crecimiento y desarrollo de los niños

*Juanito estuvo creciendo bien, se enfermo con diarrea y no gano peso.*

- Que hacer en caso de diarreas

*La madre de Juanito siguió las indicaciones del CARNET DE SALUD INFANTIL. Le dio Suerio Oral cuando su hijo tuvo diarrea y así evito que se deshidrate y muera.*

- Conocer las indicaciones sobre lactancia materna y alimentacion infantil

*Los consejos dados a la madre de Juanito permitieron que su hijo vuelva a ganar peso.*

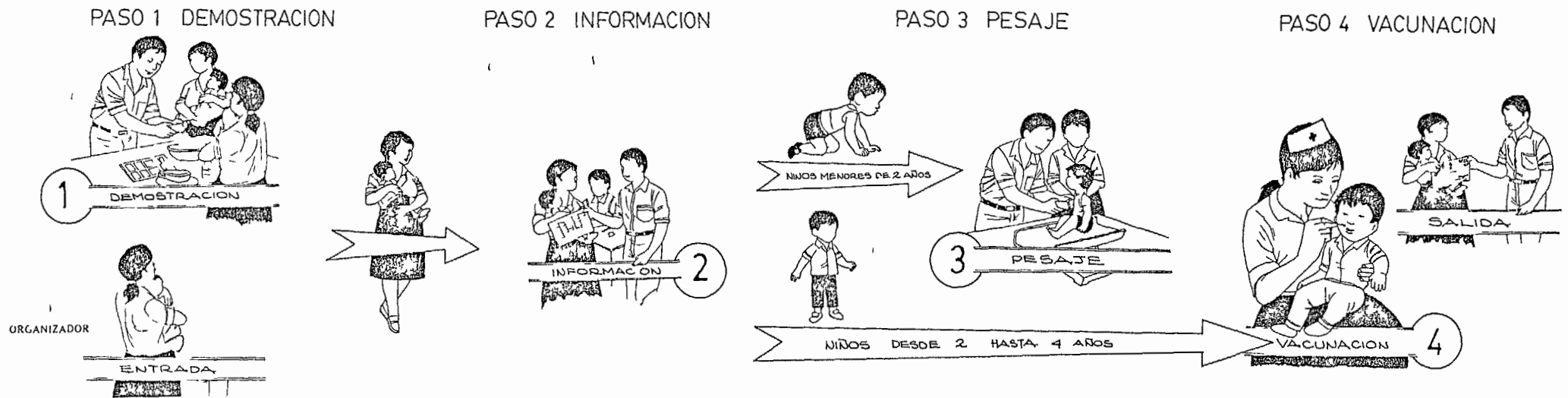
*Hoy 12 de Octubre, Juanito ha sido pesado*

*HA GANADO PESO*

*Seguia creciendo contento, fuerte y sano como deben crecer todos los niños ecuatorianos*

# ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DE LOS PUESTOS DE ATENCION EN FASES INTENSIVAS DEL PREMI

BEST AVAILABLE COPY



1	2	3	4
<p>DEMOSTRACION EN LA PREPARACION CORRECTA DE SALES DE REHIDRATACION ORAL</p>	<p>INFORMACION ENTREGA O CANJE DEL CARNET DE SALUD INFANTIL ENTREGA DEL DIPLOMA DE VACUNACION</p>	<p>PESAJE A LOS NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DE ACUERDO CON EL INSTRUCTIVO</p>	<p>VACUNACION</p>
<p>ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 CONFORME CUPOS DE HASTA DIEZ MADRES</li> <li>2 HACER LA DEMOSTRACION</li> <li>3 DAR CONSEJOS A LAS MADRES</li> <li>4 ENTREGAR UNA FUNDA Y UN SOBRE DE SALES DE REHIDRATACION ORAL (SI O) Y A LAS MADRES DE LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS</li> <li>5 ENVIAR A LAS MADRES AL PASO 2</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 REVISAR EL CARNET DE SALUD INFANTIL EN CASO DE NO TENER ENTREGUELO LLENANDO LA IDENTIFICACION</li> <li>2 SI TIENE EL ANTERIOR CARNET DE VACUNAS CANJEARLO CON EL CARNET DE SALUD INFANTIL</li> <li>3 ENTREGAR EL DIPLOMA DE VACUNACION A LOS MENORES DE 5 AÑOS QUE HAN COMPLETADO EL ESQUEMA DE VACUNACION</li> <li>4 SI SON MENORES DE DOS AÑOS ENVIAR AL PASO 3</li> <li>5 SI SON MAYORES DE DOS AÑOS Y NECESITAN VACUNAS ENVIAR AL PASO 4</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 VERIFIQUE QUE LA BALANZA MARQUE CERO</li> <li>2 PESE AL NIÑO CON EL MINIMO DE ROPA EVITANDO QUE SE RESFRIE</li> <li>3 REGISTRE LOS DATOS EXACTOS DE PESO Y EDAD EN EL FORMULARIO P001</li> <li>4 GRAFIQUE EL PESO EN EL CARNET DE SALUD INFANTIL</li> <li>5 INFORME A LA MADRE SOBRE EL PESO DEL NIÑO Y CITELE AL MES</li> <li>6 ENVIAR AL PASO 4</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 REVISAR EL CALENDARIO DE VACUNAS</li> <li>2 APLICAR LAS QUE CORRESPONDAN</li> <li>3 REGISTRAR EN EL CARNET DE SALUD INFANTIL</li> <li>4 DAR CONSEJOS A LAS MADRES</li> <li>5 ENTREGAR EL DIPLOMA A LOS NIÑOS QUE COMPLETEN EL ESQUEMA DE VACUNACION</li> <li>6 LLENAR LOS FORMULARIOS DE PARTE DIARIO Y AVANCE DE VACUNACION</li> </ol>
<p>PERSONAL NECESARIO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- UN FUNCIONARIO DE SALUD</li> <li>- UNA MADRE DE FAMILIA (SELECCIONADA EN CADA GRUPO) QUE AYUDARA EN LA DEMOSTRACION</li> </ul>	<p>DOS PERSONAS QUE CONOZCAN BIEN DE LA ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DEL PUESTO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- MAESTRO</li> <li>- VOLUNTARIO (ESTUDIANTE DE 5to o 6to CURSO O CRUZ ROJA)</li> </ul>	<p>UN PESADOR QUE SE DESIGNARA DE ACUERDO CON LOS RECURSOS INTERINSTITUCIONALES QUIEN REALIZARA LAS ACTIVIDADES 1 y 2</p> <p>UN ANOTADOR-REALIZARA LAS ACTIVIDADES 3 4 5 y 6</p>	<p>UN VACUNADOR ENFERMERA O AUXILIAR DE ENFERMERIA ACTIVIDADES 1 2 y 3</p> <p>UN ANOTADOR OTRO PERSONAL QUE REALIZARA LAS ACTIVIDADES 4 5 y 6</p>
<p>FORMULARIOS Y PLANEAR</p> <p>PORTE DIARIO DONDE SE REGISTRARA EL NUMERO DE SALES DE REHIDRATACION ENTREGADAS</p>	<p>PORTE DIARIO DONDE SE REGISTRARA EL NUMERO DE CARNETS DE SALUD INFANTIL ENTREGADOS O CANJeados Y EL NUMERO DE DIPLOMAS DE VACUNACION</p>	<p>P001 DONDE SE REGISTRARA EL SEXO LA EDAD EN MESES EL PESO EN GRAMOS Y EL ESTADO NUTRICIONAL</p>	<p>PORTE DIARIO DONDE SE REGISTRARA EL NUMERO DE DOSIS DE VACUNAS ADMINISTRADAS</p>
<p>MATERIAL NECESARIO</p> <p>SOBRES Y FUNDA Y DE SALES DE REHIDRATACION ORAL RECIPIENTE CON AGUA UN VASO UNA CUCHARA UNA CUCHARITA UNA TASA UNA MESA UN LIMPIÓN PAPEL HIGIENICO MATERIAL DE PROMOCION</p>	<p>CARNET DE SALUD INFANTIL HOJA E INSTRUCTIVO PARA LLENAR LOS DATOS DE IDENTIFICACION DEL CARNET DE SALUD INFANTIL MESA SILLA ESFEROGRAFICOS DE AZUL Y NEGRO BORRADOR</p>	<p>CARNET DE SALUD INFANTIL FORMULARIOS (P001) MANUAL PARA UTILIZACION DEL CARNET DE SALUD INFANTIL BALANZA PESA BEBE ESFEROGRAFICO RAFFICO LAPIZ BORRADOR ESCUADRA TABLA DE CONVERSION DE LIBRAS A GRAMOS SILLA MESA</p>	<p>BIOLOGICOS CARNET DE SALUD INFANTIL FORMULARIOS DIPLOMAS JERINGUILLAS ACUJAS LAMPARA DE ALCOHOL ELEMENTOS DE CORDONA DE FRIJO ALGODON ALCOHOL AGUA HERVIDA FENOL ALMOHADILLA CON TINTA CALENDARIO ESFEROGRAFICO LAPIZ REGLA MESA SILLA DE VACUNACION BOMBON DONDE EXISTA RECIPIENTES DE BVSURA</p>

A LAS MADRES DE FAMILIA DEBEN PASAR PRIMERO POR EL PASO 1 Y LUEGO AL PASO 2 SUSECUIVAMENTE

B PARA CADA PASO SE REQUIERE UN AREA FISICA Y DOS PERSONAS TOTAL 8 PERSONAS

C LA DISTRIBUCION DEL PERSONAL ESTARA A CARGO DEL RESPONSABLE PROVINCIAL O LOCAL DE ADECUACION CON LOS RECURSOS INTERINSTITUCIONALES EXISTENTES

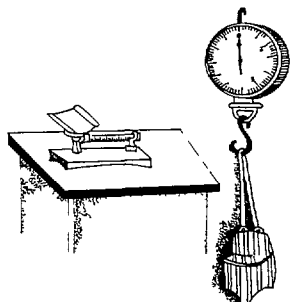
D ES NECESARIO QUE TODAS LAS PERSONAS QUE VAN A TRABAJAR EN LA JORNADA CONOZCAN CON ANTICIPACION LO QUE VAN A HACER Y TENGAN EL MATERIAL NECESARIO

E TODO EL PERSONAL DEBE TENER PRESENTE QUE ES NECESARIA LA PARTICIPACION INTERINSTITUCIONAL

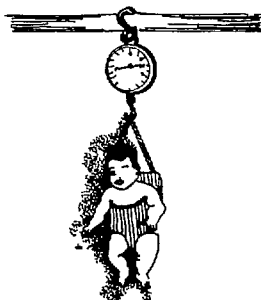
F SI TIENE ALGUNA DUDA PREGUNTE AL RESPONSABLE DEL PUESTO DE ATENCION



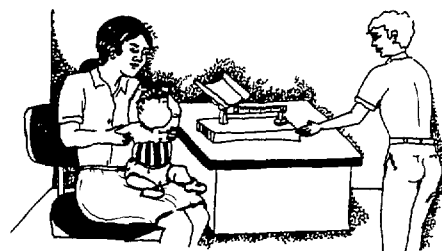
# PROGRAMA DE MONITOREO DE CRECIMIENTO INSTRUCTIVO



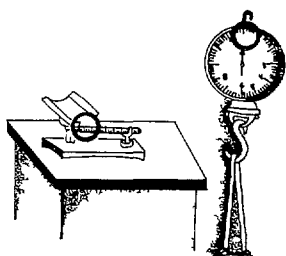
1 \_ UTILICE LA BALANZA QUE DISPONGA



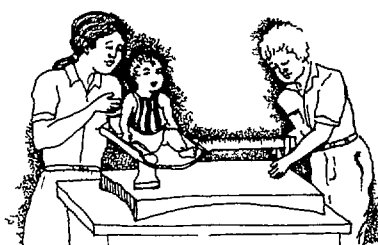
2 \_ COLOQUE LA BALANZA TIPO RELOJ EN UN SOPORTE FIRME



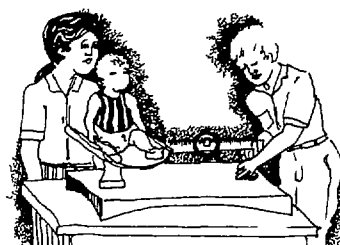
3 \_ EXPLIQUE A LA MADRE QUE VA A PESAR AL NIÑO Y SOLICITE QUE LE quite LA MAYOR CANTIDAD DE ROPA



4 \_ VERIFIQUE QUE LA BALANZA MARQUE CERO (0) ANTES DE CADA PESAJE



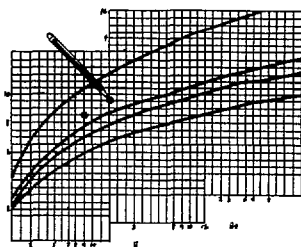
5 \_ PONGA AL NIÑO EN LA BALANZA Y PESELO



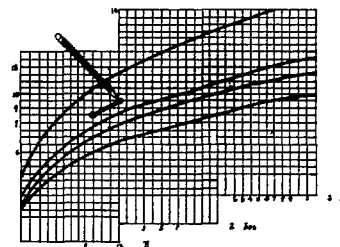
6 \_ LEA EL PESO DEL NIÑO E INFORME A LA MADRE CUANTO PESA EL NIÑO



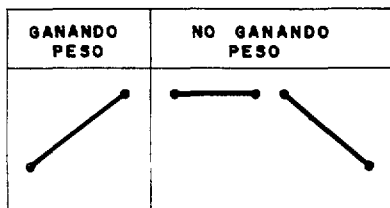
7 \_ REGISTRE LOS DATOS EN LA HISTORIA CLINICA Form 028 ACTIVIDADES PERMANENTES EN EL Form MC 01 (Fases Intensivas)



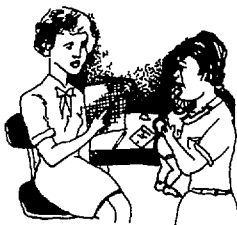
8 \_ GRAFIQUE LOS DATOS EN LA HISTORIA CLINICA Form 028 A 84, Y EN EL CARNET DE SALUD INFANTIL



9 \_ HAGA LA CURVA DE CRECIMIENTO UNIENDO LOS PUNTOS DE TODAS LAS PESADAS



10 \_ INTERPRETE EL CRECIMIENTO DE ACUERDO AL ESQUEMA



11 \_ INDIQUE A LA MADRE SI EL NIÑO GANO O NO DE PESO Y ACONSEJELA SOBRE LA ALIMENTACION DEL NIÑO



12 \_ CITELE PARA EL PROXIMO MES

## RECUERDE

1 \_ INFORME A LA MADRE EL PESO DEL NIÑO

2 \_ INTERPRETE LA CURVA DE CRECIMIENTO

3 \_ ACONSEJE A LA MADRE SOBRE LA ALIMENTACION DEL NIÑO



A N E X O 3

DE JULIO SO METIDO A PRUEBA  
**PARTE DIARIO DE ATENCION AMBULATORIA**

COCA	CANTON	PARROQUIA
FECHA		AÑO
MES		DIA

TIPO DE ESTABLECIMIENTO		
HEo 1	HEs 2	HP 3
HC 4	CSu 5	SSu 6
SCSr 7	PS 8	OTRO 9

LUGAR DE CONSULTA	
CONSULTA EXTER 1	Visita domiciliaria 2
Visitas a hogar 3	Visita a comunidad

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	
NOMBRE DEL FUNCIONARIO	Hospitalidad
OEPS	

CARGO DEL FUNCIONARIO			
MD 1	OD 2	CBST 3	EVF 4
IR 5	EDS 6	TRS 7	IS 8
AUX E 9	AUX O 10	AUX F	VO

IDENTIFICACION					
NOMBRE DE HISTORIA CLINICA		EDAD		SEXO	
1	2	3	4	5	6

FOMENTO Y PROTECCION																			
ATENCION A NIÑOS										ATENCION A MUJER S									
0-4 AÑOS					LACTANCIA					PRE NATAL					REG FEJ				
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

RECUPERACION MORBILIDAD																		
DIAGNOSTICO										PUNTAJE								
31										32	33	34	35	36	37	38	39	40

BEST AVAILABLE COPY