

Promoción del crecimiento para prevenir la desnutrición crónica:

Estrategias con
Base Comunitaria
en Centro América



Alessandra Marini
Lucy Bassett
Marcelo Bortman
Rafael Flores
Marcia Griffiths
Manuel Salazar



BANCO MUNDIAL

**Promoción del crecimiento para
prevenir la desnutrición crónica:
Estrategias con Base Comunitaria
en Centro América**

Dirección del Proyecto: Alessandra Marini

Edición: Pica Flores

Concepto: Larry Mayorga & Javier Muñoz
(Equipo de Gestión del Conocimiento y Aprendizaje, Banco Mundial/LCDE/K&L)

Diseño, ilustraciones y diagramación: Larry Mayorga

Fotos: Lucy Bassett y Alessandra Marini

© Region Caribe y America Latina, Banco Mundial. 2009
Impreso en Washington DC, en Junio de 2009.



BANCO MUNDIAL

CONTENIDO

- 6 Reconocimientos
- 7 Siglas y acrónimos
- 9 Glosario de conceptos básicos

- 10 Introducción

Capítulo 1/ Panorama general

- 14 1.1 La desnutrición en centroamérica: Situación y problemática.
- 20 1.2 Formas tradicionales de combatir la desnutrición
- 23 1.3 La alternativa de los programas de promoción del crecimiento con base comunitaria y su historia
- 26 1.4 Ventajas clave de los PCBC
- 29 1.5 El taller «combatiendo la desnutrición crónica en américa central»: Origen y objetivos

Capítulo 2/ Aspectos destacados, características operacionales y costos de los PCBC

- 32 2.1 ¿Cuáles son los aspectos innovadores de los PCBC en relación con los programas tradicionales?
 - 32 2.1.1 Haciendo el crecimiento fácil de medir y visible para facilitar la toma de decisiones
 - 41 2.1.2 Utilizando los resultados sobre el crecimiento: consejería individualizada y negociada
 - 45 2.1.3 La referencia y contrarreferencia del niño o niña enfermo/a
 - 46 2.1.4 Acción colectiva comunitaria
- 48 2.2 ¿Cómo debe ser el apoyo operacional para el funcionamiento óptimo de los PCBC?
 - 48 2.2.1 Las trabajadoras voluntarias en el ámbito comunitario
 - 51 2.2.2 Un vínculo fuerte entre capacitación y supervisión.
 - 54 2.2.3 Tener un sistema de incentivos para las trabajadoras voluntarias.
- 56 2.3 Algunas variaciones del AIN-C
 - 56 2.3.1 Módulo materno y del recién nacido
 - 57 2.3.2 Distribución de alimentos complementarios
- 59 2.4 ¿Cuáles son los costos de los PCBC y los AIN-C?

Capítulo 3/ Evidencia de impacto

- 62 3.1 Evidencia de Madagascar: Evaluación rigurosa de un programa de gran escala
- 64 3.2 Evidencia de Honduras: Comunidades con cinco años con AIN-C

Capítulo 4/ El futuro de esta estrategia

- 68 4.1 La institucionalización y la relación de los PCBC con el sector de salud y otros actores en el sector social

- 71 4.2 El papel de las ONG y el reto de la sostenibilidad
- 75 4.3 Estrategia de comunicación y mercadeo social de los PCBC
 - 75 4.3.1 Estrategia de comunicación
 - 75 4.3.2 Mercadeo social de los PCBC
- 76 4.4 Consiguiendo y manteniendo el compromiso con el programa y los principios de los PCBC
- 77 4.5 Monitoreo de los PCBC

Anexo 1/ Los programas PCBC en Centroamérica

- 88 1.1 Comparación de programas PCBC en Centroamérica
- 90 1.2 AIN-C Honduras
- 98 1.3 AIN-C El Salvador
- 106 1.4 PROCOSAN Nicaragua
- 118 1.5 AINM-C Guatemala
- 129 1.6 «Creciendo Bien» Guatemala

138 Anexo 2/ Láminas de consejería

148 Bibliografía

Lista de tablas

- 15 Tabla 1 Prevalencia de la desnutrición crónica en países de Centroamérica y el resto de la región
- 19 Tabla 2 Prevalencia de sobrepeso en la niñez
- 26 Tabla 3 Comparación de programas PCBC en términos de sus principios esenciales
- 45 Tabla 4 Comparación de los sistemas de referencia en los cuatro países estudiados
- 52 Tabla 5 Comparación de la capacitación de la voluntaria en los cuatro países estudiados
- 54 Tabla 6 Comparación de la supervisión del equipo de voluntarias en los cuatro países estudiados
- 55 Tabla 7 Comparación de incentivos para voluntarias en los cuatro países estudiados

Lista de figuras

- 15 Figura 1 Prevalencia de la desnutrición crónica en cinco países centroamericanos, Centroamérica y el resto de América Latina
- 16 Figura 2 Prevalencia de la desnutrición crónica entre niños y niñas de entre 6 y 59 meses de edad según residencia urbana o rural
- 17 Figura 3 Prevalencia de la desnutrición crónica según edad
- 20 Figura 4 Resumen de las principales determinantes de la desnutrición crónica y los factores asociados en el ámbito individual y los ámbitos del hogar y la comunidad

- 34 Figura 5 Voluntaria graficando el crecimiento de un niño o niña, Honduras
- 35 Figura 6 Gráfica de crecimiento con un diseño dirigido a la madre y a la trabajadora comunitaria, ICDS, India
- 36 Figura 7 Gráfica del estado nutricional (peso/edad) con las líneas de crecimiento de los niños y niñas de la comunidad, Guatemala
- 37 Figura 8 Tabla de peso mínimo esperado, AIN-C, Honduras
- 38 Figura 9 Tabla de ganancia mínima mensual de peso, Guatemala
- 39 Figura 10 El recordatorio de crecimiento del niño o niña, Nicaragua
- 40 Figura 11 Visualización de la ganancia de peso, programa SEECALINE, Madagascar
- 41 Figura 12 Pasos para hacer la consejería y negociación, Nicaragua
- 42 Figura 13 Algoritmo de Honduras
- 44 Figura 14 Lámina de PROCOSAN, Nicaragua
- 44 Figura 15 Introducción de un plato para facilitar el cambio de comportamiento
- 47 Figura 16 Las barras: agregación que demuestra el crecimiento de los niños y niñas en el ámbito comunitario, Nicaragua
- 63 Figura 17 El programa SEECALINE protegió a las comunidades participantes de tendencias negativas de desnutrición que se hubiesen producido en la ausencia del programa
- 74 Figura 18 Funciones del Comité Interinstitucional, PROCOSAN

Lista de recuadros

- 21 Recuadro 1 Consecuencias de la desnutrición
- 24 Recuadro 2 La tabla de peso mínimo esperado: pasado y futuro
- 33 Recuadro 3 ¿Por qué utilizar la ganancia de peso y no de talla?
- 48 Recuadro 4 Las comunidades toman acciones para promover el crecimiento de sus niños y niñas: anécdotas de las coordinadoras de campo del AIN-C en Honduras
- 58 Recuadro 5 Mejoramiento del consumo de micronutrientes por vía de los PCBC
- 73 Recuadro 6 El dilema: expansión en gran escala frente a atención de calidad

Reconocimientos

Quisiéramos expresar nuestros agradecimientos a las siguientes personas: a los participantes de los países centroamericanos por su entusiasmo y disponibilidad para compartir sus experiencias e ideas, en particular a Carlos Villalobos, Vicky Alvarado, Irma Yolanda Núñez, Iván Mendoza, Cristina Maldonado, Carol de Fernández, Silvia Estrada, Ligia Teresa Illescas, Carmen María Reyes; a Elena Hurtado por la revisión del material sobre Guatemala, a Tita Picado y Carmen María Reyes por la revisión sobre el de Nicaragua, a Irma Yolanda Núñez por la revisión sobre el de El Salvador y a Carlos Villalobos, Vicky Alvarado y Danilo Fernández por la revisión del material sobre Honduras; a Emanuela Galasso por la revisión y el material sobre Madagascar.

Igualmente, nuestra gratitud a las primeras damas de Guatemala, Wendy de Berger, y Honduras, Xiomara Castro de Zelaya, por su participación en el taller y por la motivación y ejemplo que han generado en sus países.

Finalmente también queremos reconocer a Matilde Neret y al DFID por el apoyo a esta publicación; y a Meera Shekar y al BNPP por el apoyo a la realización del taller; a James Garrett y Claudia Rokx por la revisión externa de este documento; a los gerentes del Banco Mundial, Laura Rawlings, Helena Ribe y Keith Hansen por la dirección y el respaldo continuo en el trabajo de prevención de la desnutrición en la región; a Ada Rivera, Claudia Isern, Viviana González, Elizabeth Cruz, Miriam Montenegro, Adrian Fozzard y al equipo del Banco Mundial en Honduras por el apoyo durante la organización, el desarrollo y el éxito del taller. Finalmente agradecemos a Larry Mayorga por su creatividad y apoyo en el diseño de esta publicación; y a Javier Muñoz, Mary Dowling y Emily Cooperman por su colaboración en la edición y finalización del libro.

Siglas & Acrónimos

AE	Auxiliar de Enfermería
AIEPI	Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
AIN	Atención Integral a la Niñez
AIN-C	Atención Integral a la Niñez – Comunitaria (Honduras)
	Atención Integral en Nutrición en la Comunidad (El Salvador)
AINM-C	Atención Integral a la Niñez y la Mujer en la Comunidad
ASS	Administradoras de Servicios de Salud
BASICS	Basic Support for Institutionalizing Child Survival
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
BNPP	Bank Netherlands Partnership Project
CAMI	Centro de Atención Integrada Materno Infantil
CB	Creciendo Bien
CDC	Center for Disease Control
CENARH	Centro Nacional de Adiestramiento de Recursos Humanos
CLAP	Centro Latinoamericano de Perineonatalogía y Desarrollo Humano
CODEFEM	Colectiva para la Defensa de los Derechos de las Mujeres en Guatemala
COMSAIN	Comunicación en Salud Infantil
CRS	Catholic Relief Services
DESAPER	Proyecto de Desarrollo de Salud Perinatal (Honduras)
DFID	Department for International Development (Reino Unido)
DHS	Demographic and Health Surveys
EBS	Equipos Básicos de Salud
EC	Educadora Comunitaria
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
ERCERP	Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza
FC	Facilitador Comunitario
IEC	Information, Education and Communication
IFPRI	International Food Policy Research Institute
INCAP	Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá
IRA	Infección Respiratoria Aguda
JHU	Johns Hopkins University
LSMS	Living Standards Measurement Surveys
MAGA	Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación (Guatemala)
MINSA	Ministerio de Salud (Perú)
MSH	Management Sciences for Health
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Guatemala)
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAD	Project Appraisal Document

PAHO	Pan American Health Organization
PAININ	Programa de Atención Integral a la Niñez Nicaragüense
PBI	Producto Bruto Interno
PCBC	Programas de Promoción del Crecimiento con Base Comunitaria
PEC	Programa de Extensión de Cobertura
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PRAF	Programa de Asignación Familiar
PRDC	Programa de Reducción de la Desnutrición Crónica
PROCOSAN	Programa Comunitario de Salud y Nutrición
PROSAN	Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional
RPS	Red de Protección Social
SBS	Servicios Básicos de Salud
SEECALINE	Surveillance et Education des Écoles et des Communautés en matière d'Alimentation et de Nutrition Élargie
SECEPLAN	Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (Guatemala)
SIBASI	Sistema Básico de Salud Integral
SILAIS	Sistema Local de Atención y Salud
SOSEP	Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente de la República (Guatemala)
SRO	Solución de Rehidratación Oral
TMC	Transferencias Monetarias Condicionadas
UAT	Unidad de Apoyo Técnico
UNAH	Universidad Nacional Autónoma de Honduras
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VS	Vigilante de Salud
WDI	World Development Indicators / Indicadores de Desarrollo Mundial

Glosario de Conceptos Básicos¹

AIN-C. Atención Integral a la Niñez-Comunitaria/ Un programa PCBC de la Secretaría de Salud de Honduras. También una adaptación del mismo programa en El Salvador se conoce como Atención Integral en Nutrición en la Comunidad.

Desnutrición crónica (retardo en el crecimiento)/ Porcentaje de niños o niñas menores de cinco años con talla para edad menor a dos desviaciones estándares de la mediana correspondiente de la población de referencia establecida por la Organización Mundial de la Salud.

Ganancia de peso mínimo esperado/ La cantidad mínima de peso que un niño o niña debe ganar mensualmente para seguir una velocidad sana de aumento de peso. Generalmente, se calcula en función del peso del niño o niña en el mes anterior, aunque también se hace en función de la edad.

Monitoreo del crecimiento/ El proceso de medir al niño o niña y determinar cómo va su crecimiento. Un método para realizarlo es utilizar la ganancia de peso mínimo esperado.

Promoción del crecimiento/ Estrategia que incluye el proceso de monitoreo del crecimiento y la toma de acciones por parte de la familia y la comunidad para promover el crecimiento adecuado del niño o niña. Por ejemplo, la consejería individualizada para motivar a la madre a adoptar acciones que puedan mejorar el crecimiento, el seguimiento a las enfermedades del niño o niña y las acciones en los ámbitos comunitario y municipal para mejorar condiciones que impactan en el crecimiento de los niños y niñas.

Programas de promoción del crecimiento con base comunitaria (PCBC)/Programas manejados por la comunidad que utilizan la estrategia de promoción del crecimiento. En general, un grupo de voluntarios comunitarios entrega los servicios básicos y organiza, con otras entidades como el sector salud, la colaboración de la comunidad.

Sobrepeso/ Porcentaje de niños o niñas menores de cinco años con peso para talla con más de dos desviaciones estándares por encima de la mediana correspondiente de la población de referencia establecida por la Organización Mundial de la Salud.

¹ Adaptación de los autores de Griffiths, Dickin y Favin 1996.

introducción

En las últimas décadas, el crecimiento económico, las reformas sectoriales y el aumento del gasto social en los países centroamericanos han determinado una mejora notable del estado general de la salud de sus respectivas poblaciones. Sin embargo, este progreso, cuyo ritmo ha sido lento en comparación con otros países de similar desarrollo, no solo ha sido desigual en términos sociales, sino que se ha producido mucho más rápidamente que la mejora del estado nutricional, sobre todo en los cuatro países más pobres y menos desarrollados de la región: El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua.

Evidentemente, este hecho supone, en el largo plazo, una limitación fundamental no solo para el mejoramiento del estado general de la salud sino, también, para el crecimiento económico de los países. Las pérdidas directas e indirectas que produce la desnutrición en la productividad, a causa de la disminución de las funciones cognitivas y de la baja escolaridad de la población, perjudican el crecimiento económico. Esta relación entre estado nutricional y desarrollo económico nos revela la importancia que tiene la nutrición para el potencial económico de un país y justifica plenamente la inversión en programas de prevención de la desnutrición.

Por ello, Centroamérica ha desarrollado diversos programas de inversión contra la desnutrición desde 1991. La característica principal de estas iniciativas ha sido el tener una base comunitaria que ha permitido responder al marco causal propuesto por UNICEF para la desnutrición y, de este modo, atacar la mayoría de sus causas posibles. En efecto, este tipo de programas se han mostrado como una herramienta ideal para responder adecuadamente al objetivo de luchar contra la desnutrición y han puesto sobre el tapete el alcance y los límites de este propósito. En este sentido, el Banco Mundial y diversos gobiernos de América Latina y el Caribe participaron en la realización del taller «Combatiendo la desnutrición crónica en América Central», cuyo principal objetivo era analizar la experiencia centroamericana y extraer lecciones de un proceso que, además de apoyarse en la comunidad, ha mostrado significativos niveles de éxito.

Este documento quiere recoger los principales temas y conclusiones discutidos en el mencionado taller y servir de referencia para los especialistas en el tema y los funcionarios públicos interesados en implementar programas de lucha contra la desnutrición. Su contenido se desarrolla en cuatro capítulos: el primero presenta la problemática de la desnutrición en Centroamérica y el desarrollo de los PCBC como una de las principales iniciativas surgidas en la región para combatir la desnutrición. El segundo se centra en discutir los aspectos innovadores que la implementación de dicho programa supone en relación con las intervenciones más tradicionales. El tercero presenta evidencia acerca de la efectividad de los PCBC en dos países, uno desarrollado en la región



cápitulo 1

PANORAMA GENERAL



1.1/ La desnutrición en Centroamérica: Situación y Problemática

Los países de Centroamérica han logrado un progreso notable en la mejora del estado general de la salud de sus poblaciones en las últimas décadas, gracias al crecimiento económico resultante de reformas sectoriales y aumentos relativos en el gasto público del sector social. Sin embargo, el ritmo de progreso ha sido lento en relación con otros países de similar desarrollo y los avances han beneficiado a la población de una manera desigual. Esta situación se evidencia, en particular, para los cuatro países más pobres y menos desarrollados de la región: El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua, pero también las áreas rurales e indígenas de Panamá (tabla 1)². Por ejemplo, dentro de estos países las mejoras en salud han beneficiado desproporcionadamente a las poblaciones más ricas, urbanas y no indígenas; consecuentemente, los problemas de salud y desnutrición varían extensa y sistemáticamente según áreas económicas, geográficas y étnicas³. Al mismo tiempo, en varios países la mejoría en la salud, que se refleja en la reducción de la mortalidad infantil, ha progresado más rápidamente que la mejoría del estado nutricional, y esta situación limita dicha evolución positiva.

Las altísimas tasas de desnutrición crónica en la región, en especial en áreas rurales e indígenas, son preocupantes. Las mayores tasas de desnutrición crónica en América Latina se concentran en Centroamérica. Aproximadamente, el 96% de individuos en estado de desnutrición de esta región vive en El Salvador, Honduras, Guatemala y Nicaragua. Además, Guatemala concentra la mayor parte (el 59%) de los niños y niñas desnutridos de Centroamérica (tabla 1 y figuras 1 y 2)⁴. La prevalencia de la desnutrición crónica en Centroamérica no solamente es más alta en relación con el promedio en América Latina, sino que también supera a algunos países más pobres de los centroamericanos (como por ejemplo Ghana con 29,9% de niños y niñas menores de cinco años crónicamente desnutridos)⁵.

² El presente análisis no incluye Costa Rica y Belice.

³ Banco Mundial 2007a.

⁴ Banco Mundial 2007a: 26

⁵ Banco Mundial, WDI, 2006.

Tabla 1.
Prevalencia de la desnutrición crónica en países de Centroamérica y el resto de la región

Fuente: WDI, 2006.
 Porcentaje de niños menores de cinco años, 1995–2004. La prevalencia de Centroamérica y el resto de América Latina se pondera por el número de nacidos vivos.

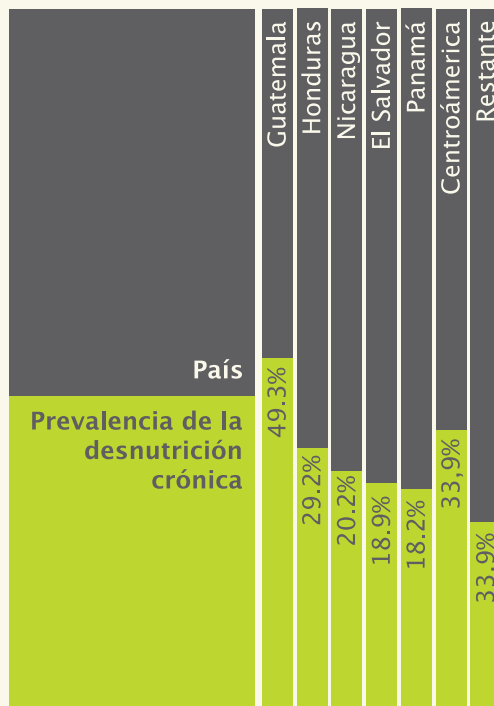
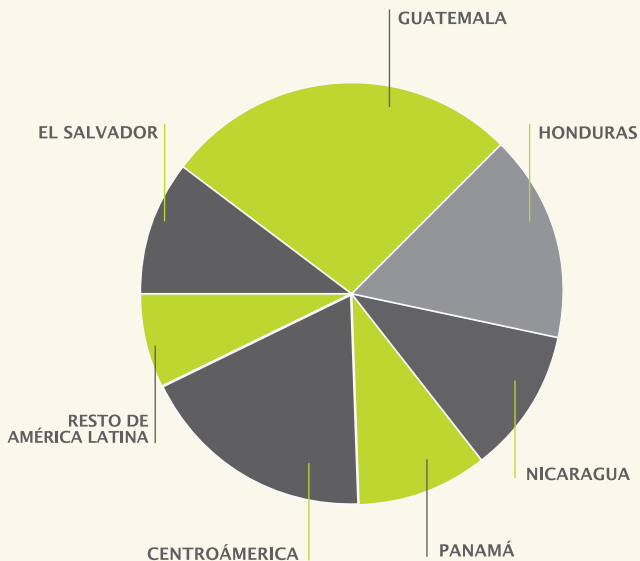


Figura 1.
División de la desnutrición crónica en cinco países centroamericanos, Centroamérica y el resto de América Latina

Fuentes: WDI, 2006 y procesamiento de los autores. Porcentaje de niños menores de cinco años crónicamente desnutridos, 1995–2004. La prevalencia de Centroamérica y el resto de América Latina se pondera por el número de nacidos vivos.



Más preocupante aún es el poco progreso logrado desde 1995 en la reducción de la proporción de niños y niñas con desnutrición crónica en Centroamérica. Mientras el predominio de desnutrición crónica en América Latina disminuyó en una tasa anual promedio de 3,2% entre 1980 y 2000, en Centroamérica el descenso fue solamente de 0,5%, incluso lento en comparación con Asia y África, regiones que presentan la mayor cantidad de niños y niñas desnutridos⁶. Debido al estancamiento de las tasas de desnutrición, la probabilidad de que los países centroamericanos alcancen los objetivos de desarrollo del milenio (ODM) —reducir a la mitad las tasas promedio de desnutrición y mortalidad— no es prometedora. El Salvador, Honduras y Guatemala demuestran algún progreso hacia los ODM, pero no están en condiciones de alcanzar la meta en el tiempo previsto, mientras que la situación en Panamá se está deteriorando⁷.

Los perfiles de desnutrición son distintos en cada uno de los países centroamericanos, pero existen bastantes similitudes. Primero, el problema de desnutrición crónica es más grave en las áreas rurales e indígenas. En El Salvador, Honduras, Guatemala, Nicaragua y Panamá, la tasa de prevalencia de la desnutrición crónica en áreas rurales es más del doble que en áreas urbanas (figura 2)⁸. En Guatemala y Panamá, la desnutrición crónica es aún más alta en las comunidades indígenas, y eso se correlaciona con la exclusión, la marginalización, la falta de acceso y el aislamiento rural. En Guatemala, la prevalencia de la desnutrición crónica en los niños y niñas indígenas es del 67,3% en comparación con el de los niños y niñas mestizos, que es de 34,1%. En Panamá, la tasa de desnutrición crónica en niños y niñas indígenas menores de cinco años es del 57% en comparación con el 15% en niños y niñas no indígenas⁹. Los otros países presentan tendencias similares.

6 Banco Mundial 2007a: 26.

7 Banco Mundial 2006: 35.

8 Banco Mundial 2007a: 29.

9 Banco Mundial 2007c.

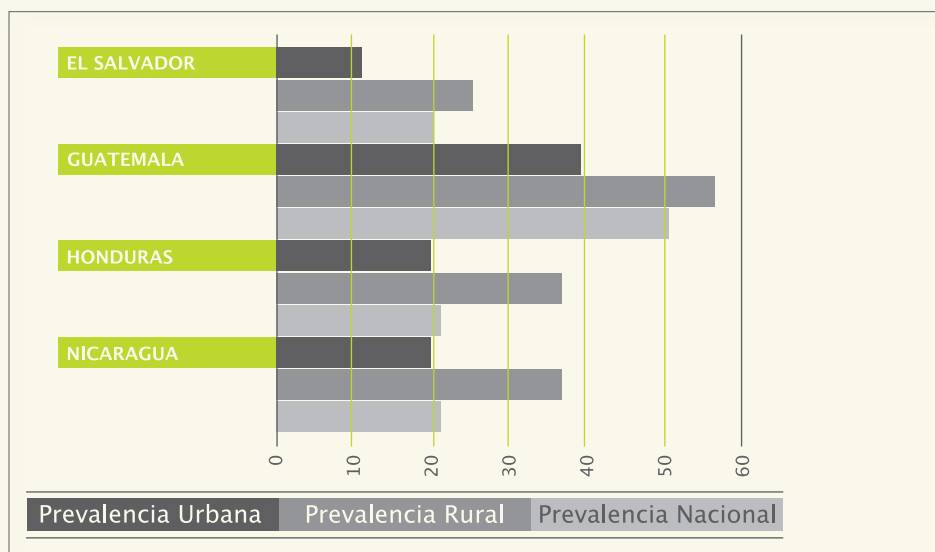


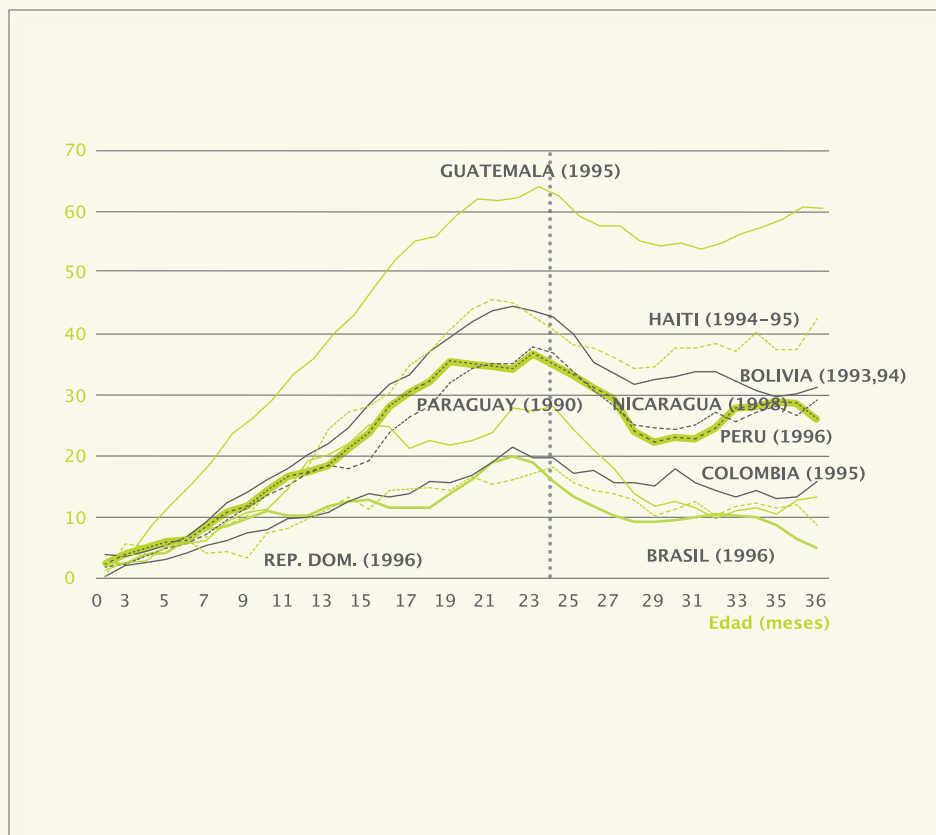
Figura 2. Prevalencia de la desnutrición crónica entre niños y niñas de entre 6 y 59 meses de edad según residencia urbana o rural

Fuente: Banco Mundial 2007a: datos de El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua de encuestas DHS y CDC.

En Centroamérica, la mayor parte de la desnutrición crónica se genera entre la concepción y los primeros dos años de vida, el período en que los niños y niñas son más vulnerables. Este hecho se debe, principalmente, a que los niños y niñas están expuestos a mayores riesgos asociados a la desnutrición como los siguientes: (i) están un su período de crecimiento rápido y, por lo tanto, sus requerimientos nutricionales son muy altos; (ii) son especialmente susceptibles a infecciones porque el sistema inmunológico se está desarrollando, más aún si son desnutridos; y (iii) dependen de la atención de otras personas para su alimentación y cuidado¹⁰. La figura 3 muestra que el proceso de desnutrición ocurre durante los primeros dos años de vida. Además, hay un consenso general acerca de que el daño que se genera durante este período es casi siempre irreversible¹¹ y, por eso, este período es una ventana de oportunidad para asegurar una base de salud, nutrición y aprendizaje que duran toda la vida. Durante este período, los impactos de la desnutrición crónica asociadas al crecimiento físico, el desarrollo mental y la formación de capital humano son enormes, mayormente irreversibles, y suponen altos costos para la familia y la sociedad en general¹².

Figura 3. Prevalencia de la desnutrición crónica según edad

Fuente: Banco Mundial, Proyecto de Salud Materno Infantil y Nutrición, Guatemala Project Appraisal Document 2005.

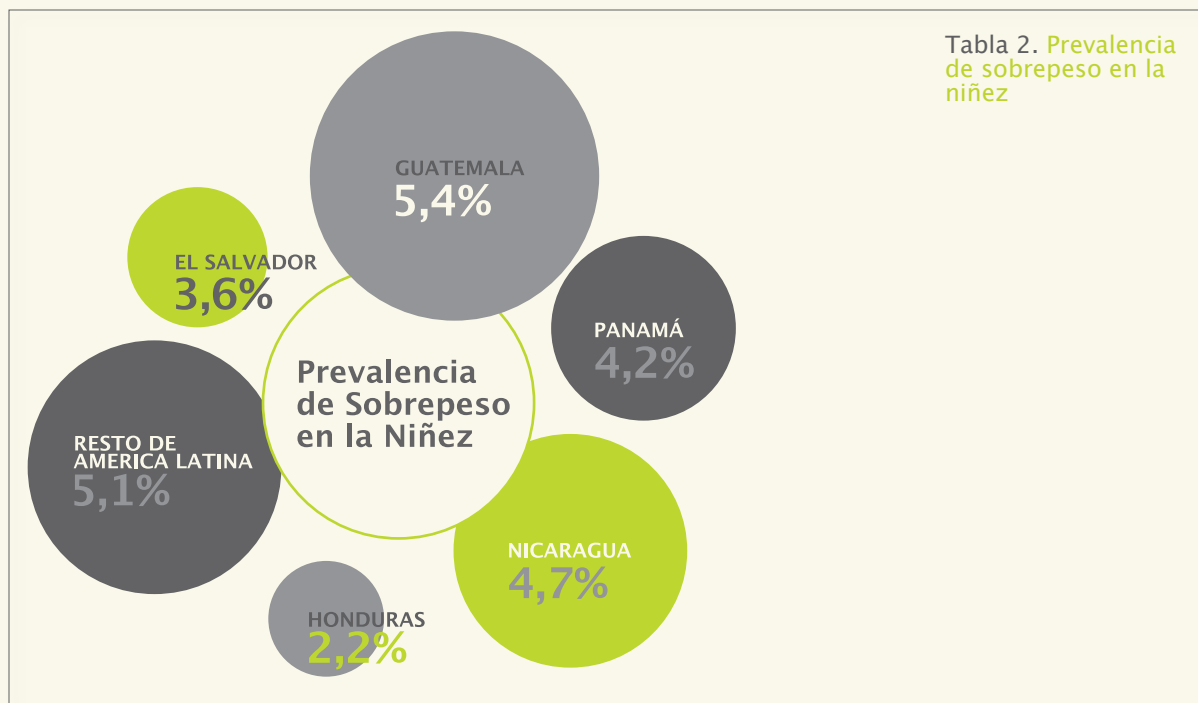


¹⁰ Banco Mundial 2006 y 2007a: 27-28.

¹¹ Ruel y otros 1995, y Shrimpton y otros 2001.

¹² Banco Mundial 2006.

La desnutrición crónica está relacionada con otros problemas nutricionales, incluyendo el sobrepeso¹³. En Centroamérica, como en todos los países en desarrollo, sobre todo en América Latina, además de persistir la desnutrición crónica, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos y niños y niñas ha llegado a un nivel preocupante en los últimos años (véase la tabla 2)¹⁴.



Frecuentemente, la desnutrición crónica y la obesidad coexisten, aun en el mismo hogar y, particularmente, entre las poblaciones más pobres. América Latina es la región con la más alta prevalencia de niños y niñas crónicamente desnutridos y madres con sobrepeso. En Guatemala, el 16% y, en Nicaragua, el 6,9% de los niños y niñas crónicamente desnutridos tienen una madre con sobrepeso u obesa¹⁵. Es fundamental que los países comiencen a reconocer la doble carga del problema nutricional en las poblaciones más vulnerables y la consideren en el diseño de los diferentes programas que están planificando e implementando. Los países en desarrollo están atravesando por una transición nutricional, es decir, se están moviendo de una situación en la cual consumían una dieta basada en alimentos de origen vegetal, con baja densidad energética, y una actividad física intensa, a una situación donde están consumiendo una dieta con mayor cantidad de alimentos procesados, con alto contenido energético, y una vida menos activa.

¹³ Banco Mundial 2007a.

¹⁴ Popkin 2000.

¹⁵ Garrett y Ruel 2005.

La hipótesis de los orígenes del desarrollo en la salud del adulto¹⁶ postula que la desnutrición fetal predispone a los individuos a enfermedades crónicas en la edad adulta, aumentando su susceptibilidad a los factores de riesgo de estas. Esta situación podría aumentar los efectos de la transición nutricional y manifestarse en un riesgo relativo mayor de diabetes y obesidad en la población adulta. Aunque la evidencia que apoya esta teoría todavía es escasa e inconsistente en los países en desarrollo, se sabe que las experiencias nutricionales en períodos críticos de la vida pueden tener efectos permanentes en la respuesta de los individuos al ambiente. Por lo tanto, la doble carga nutricional requiere un enfoque de ciclo de vida para poder ser abordada en forma integral.

Este es el enfoque que permite el modelo causal para la desnutrición propuesto por UNICEF que se muestra en el figura 4 y que puede aplicarse a la situación en Centroamérica. Según este modelo, existen dos causas inmediatas de la desnutrición crónica del niño o niña: ingesta dietética inadecuada y enfermedades. Estas causas inmediatas están interconectadas y tienen raíces en problemas en los ámbitos del hogar y de la comunidad. Bajos recursos económicos (monetarios y de bienes, así como de capital humano) tienen un impacto directo en el acceso a alimentos; inadecuadas prácticas de alimentación y de cuidado de los niños y niñas se relacionan con posibles enfermedades; carencia o baja calidad de servicios de salud y limitado acceso a agua y saneamiento contribuyen al aumento de la frecuencia, gravedad y duración de infecciones y enfermedades. Aunque, en general, la evidencia indica que la disponibilidad de alimentos no es una causa primaria de la desnutrición en niños y niñas en Centroamérica, puede haber algunas zonas aisladas en donde el acceso sea un factor determinante.

Concebida en estos términos, la desnutrición afecta el crecimiento económico, limitándolo porque ocasiona: (a) pérdidas directas en la productividad del trabajo; (b) pérdidas indirectas como consecuencia de la disminución de las funciones cognitivas y la baja escolaridad; y (c) pérdidas por el aumento en costos de los servicios de salud (véase para más detalle acerca de las consecuencias de la desnutrición el recuadro 1). De hecho, la desnutrición puede significar una disminución de entre el 2–3% del PBI. Por este motivo, las altas tasa de desnutrición son tan preocupantes, pues sus efectos en el largo plazo perpetúan las condiciones de pobreza por generaciones.

¹⁶ Barker 1992.

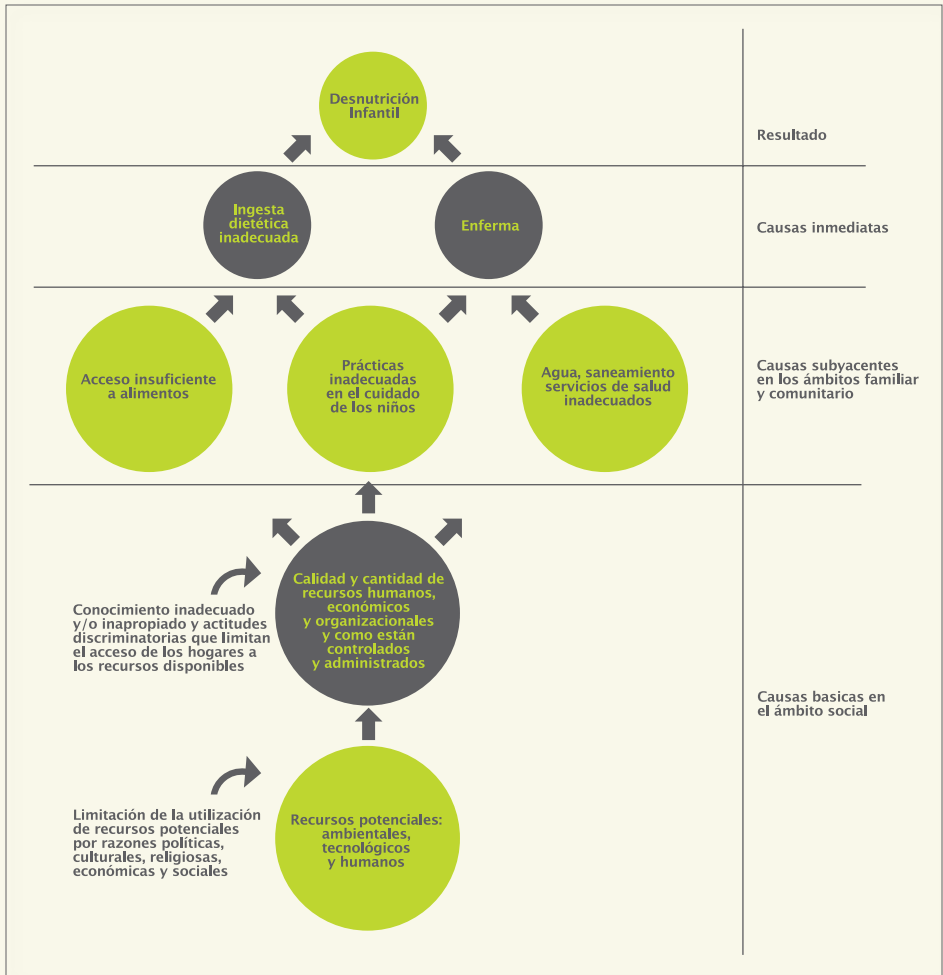


Figura 4. Resumen de las principales determinantes de la desnutrición crónica y los factores asociados en el ámbito individual y los ámbitos del hogar y la comunidad

Fuente: UNICEF 1992.

Recuadro 1/ Consecuencias de la desnutrición

Los niños y niñas desnutridos suelen sufrir de mala concentración y peor desarrollo cognitivo. La desnutrición también contribuye a la baja asistencia escolar y las altas tasas de deserción y de repetición. Como consecuencia los niños y niñas desnutridos tienen más probabilidad de ser malos estudiantes y menos probabilidad de desarrollar las habilidades sociales y otras aptitudes necesarias para posteriormente lograr un empleo calificado limitándolos a conseguir empleos con bajo potencial de remuneración. Hay evidencia que la presencia de desnutrición crónica en los primeros años de vida está relacionada con 4,6 centímetros menos de estatura en la adolescencia, 0,7 grados menos de escolaridad y 7 meses de retraso en el comienzo del ciclo de enseñanza¹⁷. La desnutrición en estudiantes desmejora la efectividad y eficiencia del sector educativo y agrava la carga del sistema de salud. Por ejemplo, se estima que los niños y niñas hondureños con desnutrición crónica usan los servicios de salud pública 30% más que los niños y niñas sanos¹⁸. Esto tiene implicaciones muy grandes en términos de costos. Hay evidencia de que la talla del niño o niña está relacionada con su productividad como adulto. Una pérdida de 1% de talla debido a la desnutrición crónica se traduce en una de 1,4% en la productividad del adulto. La anemia durante la niñez puede contribuir a un descenso de 5–17% en la productividad como adulto. La baja productividad se traduce en salarios bajos. Por ejemplo, en Brasil, un aumento en la talla del niño o niña del 1% se asoció con un aumento del 4% en el salario¹⁹. Cada persona que padece la desnutrición sufre una reducción promedio potencial de más de 10% de ingresos del curso de la vida²⁰.

1.2/ Formas tradicionales de combatir la desnutrición

Tradicionalmente, la prioridad de los programas orientados a la reducción de la desnutrición se basaba en la detección y tratamiento del niño desnutrido, especialmente el severamente desnutrido. Sin embargo, la mayoría de los niños y niñas nace con un buen estado nutricional y es durante los primeros dos años de vida cuando se desnutre (véase la figura 3). Enfocarse únicamente en los niños y niñas ya desnutridos desaprovecha la oportunidad de intervenir de una manera preventiva para evitar que un niño o niña llegue a dicho estado.

Si el deterioro nutricional es detectado rápidamente, la acción correctiva tiene mayor probabilidad de circunscribirse al ámbito familiar y no merecer una intervención externa. Al mismo tiempo, es importante identificar el problema desde su inicio porque el tiempo para tomar

¹⁷ Behrman y otros 2004.

¹⁸ Fiedler 2003.

¹⁹ Banco Mundial 2006: 24.

²⁰ Banco Mundial 2006: 24.

acciones correctivas es limitado y los niños y niñas a esta edad pueden empeorar muy rápidamente. Las intervenciones implementadas durante esta «ventana de oportunidad» tienen un mayor potencial de impacto en el crecimiento físico y el desarrollo mental de los niños y niñas, así como la formación de capital humano.

Además de los programas del tipo mencionado, la distribución de alimentos se ha mostrado necesaria en algunos casos de emergencia y de inseguridad alimentaria, pero no debe verse como una actividad básica. La entrega de alimentos es muy cara y en muchos casos no sostenible²¹. Por lo tanto, se debe restringir a áreas geográficas y periodos de tiempo específicos, y debe ser parte de una estrategia más amplia. Un análisis de los programas de ayuda alimentaria en América Latina demostró que estos no tienen mayor impacto sobre la desnutrición crónica y que además no son costo-efectivos²². Además, la evidencia en Centroamérica indica que la disponibilidad de alimentos no es la causa principal sino, más bien, las prácticas dietéticas y de higiene y saneamiento en el ámbito del hogar, así como el acceso a los servicios de salud²³. Considerando que la brecha entre los alimentos que el niño o niña recibe y los que necesita para su crecimiento es de entre 100 y 400 Kcal, dependiendo de su edad y condiciones, no es tan necesario que la familia tenga disponibilidad abundante de alimentos. En algunos casos, la solución es que la madre amamante más veces por día, que agregue una vez más una papilla o que la familia agregue una cuarta parte de una tortilla a la comida del niño o niña dos veces al día²⁴. Estas acciones están al alcance de la gran mayoría de familias.

Finalmente, basar los programas contra la desnutrición en servicios lejanos de la comunidad y con personal que no tiene los recursos, ni el tiempo de estar en varias comunidades cuando es necesario, tampoco parece la opción más adecuada. Ello no debe significar que un programa contra la desnutrición deba estar aislado de los servicios de salud o de otros aportes de instituciones del sector social. Por el contrario, un fuerte vínculo entre ellos permite establecer un sistema de referencia y contrarreferencia que garantice que las situaciones detectadas por el programa puedan encontrar respuesta en los servicios de salud. Además, el sector salud debe supervisar regularmente la implementación del programa y asegurar una buena capacitación que se adecue a las normas del país en que se interviene.

²¹ Mason y otros 2006 y Banco Mundial 2006.

²² Musgrove 1991 y Beaton y Ghassemi 1982.

²³ Banco Mundial 2007a y Marini y Gragnolati 2002.

²⁴ Maradiaga y Griffiths 1997, Picado y otros 2001, y Núñez y otros 1993.

1.3/ La alternativa de los programas de promoción del crecimiento con base comunitaria y su historia

Los programas de promoción del crecimiento con base comunitaria (PCBC) son aquellos que apoyan el crecimiento de los niños y niñas mediante la consejería individualizada mensual a los padres sobre prácticas de cuidado, alimentación, tratamiento de enfermedades prevalentes y uso apropiado de los servicios de salud. Además, una de sus características fundamentales es que ponen en manos de la comunidad la responsabilidad de seleccionar al equipo de voluntarias para la consejería, monitorear el progreso de los niños y niñas y superar los obstáculos que impiden su buen crecimiento. En este sentido, se trata de un enfoque cuyo objetivo es hacer que la adecuada alimentación de los niños y niñas se vuelva una meta compartida por la familia, la comunidad y el servicio de salud.

Este tipo de programas se ha mostrado como el más adecuado para atender el problema de la desnutrición en Centroamérica, ya que, al involucrar a la comunidad y a la familia en la tarea de conseguir un buen estado nutricional de los niños y niñas y hacer explícito el valor social de esta meta, promueven la detección del niño o niña que no gana un peso adecuado como prioridad. De este modo, las intervenciones pueden lograr la prevención del deterioro nutricional aun para los niños y niñas aparentemente saludables²⁵, al mismo tiempo que construyen un compromiso social y mejoran la sostenibilidad de los programas, porque permiten que estos puedan brindar, más fácilmente, consejería culturalmente más adecuada entre «pares». Además, crean condiciones para que una comunidad más informada y comprometida pueda exigir respuestas de mejor calidad de los servicios del gobierno.

El origen de los PCBC está en el programa Atención Integral a la Niñez, conocido como AIN, que se inició en Honduras en 1990 como una estrategia basada en las clínicas de salud. Para su implementación, el gobierno reformó las normas de los centros de salud con la finalidad de hacer que la toma de peso de los niños y niñas se enfocara en la ganancia adecuada de peso y no en el estado nutricional, así como para incorporar la aplicación de un diagnóstico que sirviera para identificar las causas inmediatas y subyacentes de ganancia de peso inadecuado como parte de cada visita²⁶.

Para atender a las madres y niños y niñas que no eran cubiertos por las clínicas, la estrategia se extendió, en 1994, a las comunidades con apoyo de USAID en su primera fase de desarrollo e implementación. Así nació la estrategia Atención Integral a la Niñez en la Comunidad o AIN-C. Posteriormente, las autoridades refinaron la evaluación de peso adecuado y elaboraron la tabla de peso mínimo esperado a partir de un estudio del Centro Latinoamericano de Perineonatología (CLAP) (véase más detalles en el recuadro 2).

²⁵ Griffiths y McGuire 2005.
²⁶ Corrales 1991.

Recuadro 2/ La tabla de peso mínimo esperado: Pasado y futuro

La tabla de peso mínimo esperado con base en un peso anterior, usada en los PCBC, se deriva de un pequeño estudio longitudinal realizado en el Centro Latinoamericano de Perineonatalogía (CLAP) de Uruguay por Martell y sus colaboradores²⁷. Este estudio observó el crecimiento de un grupo de niños y niñas desde el momento de su nacimiento hasta los dos años de edad. Los niños y niñas estudiados eran blancos, de nacimiento único entre 1972 y 1974, y sin ninguna anomalía congénita. De este grupo inicial se seleccionaron para el análisis a 112 niños y niñas que fueron llevados regularmente a la clínica para medir su crecimiento y desarrollo. Una vez que se expresaron las ganancias de peso, no por edad sino por peso al principio del período, no existió diferencia apreciable en la ganancia de peso entre los grupos a los treinta o sesenta días durante los dos primeros años de vida. Sobre la base de estos datos, los autores generaron curvas de referencia y tablas de ganancia mínima de peso esperadas en relación con un peso anterior y propusieron su uso para el programa DESAPER con el fin de conocer el crecimiento de los niños y niñas. En Honduras, para el programa AIN-C se tomaron los valores correspondientes al cuartil de las curvas de Martell y sus colaboradores, y así se elaboró la tabla de peso mínimo esperado que aparece en la tabla 9²⁸.

La Organización Mundial de la Salud lanzó, en abril del año 2006, el nuevo patrón de crecimiento para niños y niñas menores de cinco años. Este describe cómo deben crecer los niños y las niñas bajo ciertas condiciones óptimas e indica que cada niño o niña, independientemente de su país de origen, tiene el mismo potencial para crecer como lo señalan los nuevos patrones de crecimiento, siempre y cuando las condiciones bajo las cuales crezca sean óptimas. La OMS está en proceso de elaborar los patrones de velocidad de crecimiento (ganancia) tanto para el peso como para la talla. Tales patrones deberían ofrecer referencias prácticas para su utilización por parte de personal comunitario. Una vez que estos estén disponibles, los PCBC deberán adoptar las ganancias de peso mínimo sugeridas por ellos. Mientras que no se cuente con estos patrones de velocidad de crecimiento, la tabla elaborada por Honduras seguirá siendo útil.

Asimismo, se enfatizó la consejería en prácticas de alimentación para niños y niñas menores de dos años y se desarrollaron protocolos, manuales y capacitaciones, así como láminas de consejería específicas para las posibles situaciones que podrían darse en el desarrollo del AIN-C (a través de investigaciones y ensayos en la comunidad). En 1999, este programa se fortaleció con un componente de salud curativa que

²⁷ Martell y otros 1981.

²⁸ Martell y otros 1981.

se enfocó en el tratamiento de la diarrea y las infecciones respiratorias agudas (IRA) en el seno de la propia comunidad, así como en la detección de signos de peligro en niños y niñas menores de cinco años. En el año 2000, el AIN-C se declaró programa oficial del Ministerio de Salud²⁹ en el ámbito nacional³⁰. El éxito de este programa ha sido internacionalmente reconocido y se ha replicado y adaptado en varios países.

Al mismo tiempo que Honduras elaboraba y desarrollaba el programa de AIN-C, El Salvador ya estaba en proceso de diseñar su propio programa. El AIN-C de El Salvador se inició en 1992 bajo el control del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), y con el apoyo de un préstamo para el sector social del Banco Mundial, uno de cuyos componentes estaba orientado al desarrollo de un programa nacional de educación nutricional. Dentro de este programa, fue fundamental la formación de voluntarios en el ámbito comunitario que trabajaran con los cuidadores para mejorar las prácticas de alimentación de los niños y niñas de acuerdo con su crecimiento. Sin embargo, los procedimientos comunitarios adicionales a la consejería fueron insuficientemente desarrollados y, por ello, el programa se rediseñó, en el 2001, con apoyo de USAID, a fin de hacerlo más integral. Con este objetivo, se incorporó el monitoreo del crecimiento en forma estandarizada y su supervisión por promotores, además de otras actividades necesarias para impactar en el crecimiento de los niños y niñas y, eventualmente, en la reducción de las tasas de desnutrición³¹.

En Nicaragua, USAID apoyó, inicialmente, la replicación del AIN-C en colaboración con el Ministerio de Salud y algunas ONG. Al mismo tiempo, el componente de nutrición del Proyecto Atención Primaria en Salud del Proyecto de Modernización del Sector de Salud, financiado por el Banco Mundial, se rediseñó para apoyar la estrategia de PCBC que se quería implementar. Para ello se cambió su planeamiento y se le fijó el objetivo de cumplir con la meta de reducir la desnutrición crónica en la Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza (ERCERP) del gobierno de Nicaragua en el 2001. En este contexto, el Programa Comunitario de Salud y Nutrición (PROCOSAN), que se desarrolló y expandió durante los años 2001 y 2003, incorporó, durante este último año, algunas de las lecciones aprendidas por el trabajo de las ONG bajo el modelo AIN, así como un componente de morbilidad que desarrolla las actividades de atención a la enfermedad incluidas en la estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). En el caso de este país, el Ministerio de Salud (MINSa) también ha adoptado el PROCOSAN como su estrategia oficial para el ámbito comunitario³².

²⁹ Griffiths y McGuire 2005.

³⁰ Para mayores detalles, véase el anexo 1.2.

³¹ Para mayores detalles, véase el anexo 1.3.

³² Para mayores detalles, véase el anexo 1.4.

En Guatemala, donde la prevalencia de la desnutrición crónica es la más alta de todo Centroamérica, la implementación del AIN-C se hizo a través de una estrategia llamada Atención Integral a la Niñez y Mujer en la Comunidad o AINM-C, que incorpora, además del módulo tradicional de atención a los niños y niñas menores de dos años, un enfoque explícito en mujeres en edad fértil. La estrategia se estableció en el 2002, después de la visita de una comisión de representantes del MSPAS a Honduras para ver su programa AIN-C. Se incorporó vinculada al AIEPI con la finalidad de fortalecer el modelo de extensión de cobertura en el primer nivel de atención (implementado desde 1998) y recibió el apoyo técnico y financiero de USAID. Por su relación con la AIEPI clínico comunitaria, la estrategia también se conoce, en Guatemala, como AIEPI AINM-C. Desde el principio, una variante en Guatemala ha sido la participación de ONG asociadas con el MSPAS y algunas redes de ONG apoyadas por la USAID a través del proyecto PROCEDES³³.

En Panamá, el gobierno ha decidido iniciar una estrategia de PCBC que sigue la estrategia utilizada en Guatemala y El Salvador de incorporar, al paquete básico de salud, el protocolo del AIN-C. El programa se implementará inicialmente solo en las áreas indígenas mediante los esquemas existentes de provisión de servicios, es decir, las ONG y las giras institucionales, equipos extramurales vinculados a los centros de salud en las regiones. El nuevo proyecto de Protección Social del Banco Mundial en Panamá provee el financiamiento para la introducción del AIN-C como parte de un proyecto más amplio de fortalecimiento de la oferta y demanda de servicios.

³³ Para mayores detalles, véase el anexo 1.4.

Tabla 3. Comparación de programas PCBC en términos de sus principios esenciales

Acciones esenciales	Honduras	El Salvador	Guatemala	Nicaragua
Se enfoca en la prevención	✓	✓	✓	✓
Se focaliza en niños y niñas menores de dos años	Comienza con el nacimiento del bebé	Comienza con control prenatal	Comienza con el nacimiento del bebé	Comienza con el nacimiento del bebé
Se utiliza la tabla de peso mínimo esperado para el monitoreo del crecimiento	Con base en peso previo	Con base en peso previo	Con base en edad solo el primer año. Se utiliza el método de la tendencia en el segundo año	Con base en peso previo
Se está en contacto con la familia	Mensualmente	Mensualmente	Mensualmente	Mensualmente
Se provee consejería individual	Por ganancia de peso y edad	Enfasis en edad	Por ganancia de peso y edad	Por ganancia de peso y edad
Se refiere a niños y niñas enfermos al centro de salud	Tratamiento en la comunidad por EDA y IRA	Referencia, primero, al promotor de salud	Tratamiento en la comunidad por EDA y IRA	Tratamiento en la comunidad por EDA
Se vincula con sector salud y/o ONG	Capacitación y supervisión	Capacitación y supervisión	Capacitación y supervisión	Capacitación y supervisión
Se organizan reuniones comunitarias	No sistemáticamente	Semestralmente	Con poca frecuencia	De vez en cuando

1.4/ Ventajas clave de los PCBC

Un aspecto clave de estos programas es la participación de la comunidad para resolver los problemas que impiden el buen crecimiento del niño o niña y cuya solución esta fuera del alcance de las familias. Además de esta virtud, las ventajas más evidentes de los PCBC reseñados son las siguientes:

- (1) Concentran su atención en la prevención de la desnutrición con el objetivo de mantener a los niños y niñas sanos, sin esperar a que la desnutrición se manifieste.
- (2) Se dirigen a los niños y niñas menores de dos años, en vez de a los niños y niñas menores de cinco, porque las pérdidas físicas y cognitivas asociadas a la desnutrición son, durante los primeros dos años de vida, mayores y menos recuperables. El énfasis programático es en la intervención durante el primer mes de vida, preferiblemente inmediatamente después del parto o, mejor aún, durante el período del embarazo, para asegurar que la madre tenga una atención prenatal adecuada.
- (3) Monitorean el crecimiento mensual en vez del estado nutricional una o dos veces al año.
- (4) Mantienen un contacto frecuente (mensual) con el niño o niña para detectar cualquier problema y tener la oportunidad de hablar con los cuidadores para tomar acciones rápidamente.
- (5) Ofrecen una consejería personalizada y dirigida a la toma de acciones más que a la transferencia de información como ocurre en las charlas de grupo dirigidas. A través de un proceso de negociación, la madre y la consejera encuentran acciones eficaces y factibles durante un mes para que la familia mantenga o mejore el ritmo de crecimiento de su niño o niña.
- (6) Su manejo recae en la comunidad más que en los servicios de salud, pero mantiene un fuerte vínculo con el sector salud para referencias de niños o niñas enfermos, niños o niñas con pérdida de peso o con ganancia inadecuada por múltiples meses, para el tratamiento en la comunidad de enfermedades comunes, para la capacitación y supervisión de las voluntarias consejeras, y para el manejo de datos.
- (7) Supone la acción colectiva en los ámbitos comunitario y municipal para la toma de acciones que promuevan el crecimiento de los niños y niñas, pero que están fuera del alcance de las familias.

Las ventajas señaladas hacen de los PCBC un instrumento adecuado para la nueva estrategia de nutrición del Banco Mundial. Esta nueva estrategia, que parte de la importancia de la nutrición para el potencial económico de un país, se centra en tres elementos claves: (1) la prevención, (2) la focalización y (3) la protección social. El primer elemento prioriza la

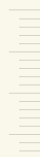
reducción de muchos de los efectos negativos de la desnutrición en el desarrollo físico y mental de los niños y niñas, y la disminución de los costos del sistema de salud. El segundo centra, respecto del ciclo de vida, en la ventana de oportunidad nutricional del niño o niña, que se encuentra entre el período del embarazo y los dos primeros años de vida, porque este es el período en que el daño irreparable puede ocurrir; y, respecto del grupo social, en los más pobres y con condiciones de vida de menor equidad, quienes viven frecuentemente en áreas rurales e indígenas, y tienen menos acceso a servicios básicos de salud, educación, infraestructura, agua, saneamiento, etc. Finalmente, el tercero se centra en las acciones para reducir la desnutrición, pero aunque las concibe como vinculadas a una estrategia de salud, las entiende en un sentido más amplio como parte de una estrategia general de protección social y de políticas de desarrollo humano. Por ello, se propone una orientación multisectorial con la coordinación entre diferentes sectores y esfuerzos para enfrentar las múltiples causas de la desnutrición como fueron descritas en la figura 4³⁴.

³⁴ Banco Mundial
2006: 16.

1.5/ El taller «Combatiendo la desnutrición crónica en América Central»: Origen y objetivos

El taller «Combatiendo la desnutrición crónica en América Central» se originó en el diálogo entre el Banco Mundial y diversos gobiernos de la región de América Latina y el Caribe para discutir las estrategias existentes para combatir la desnutrición y los alcances de los programas PCBC implementados y adaptados del modelo original AIN-C de Honduras. El taller se realizó en noviembre del año 2006, en Tegucigalpa, Honduras, y contó con la participación de ejecutores de los programas, especialistas en nutrición y funcionarios públicos interesados en implementar dichas estrategias en sus respectivos países. Los participantes indagaron en detalle los diferentes aspectos de los programas para aprender de las distintas experiencias y con la finalidad de entender qué facilita y qué dificulta la ejecución exitosa de aquellos. En este contexto, las autoridades políticas manifestaron un claro interés por conocer ejecutores de este tipo de programas de diferentes países y debatir los principios de fondo de los programas PCBC.

En sus siguientes secciones, este documento subrayará los puntos principales de la discusión del taller y, a partir de ellos, tratará de establecer una serie de cuestiones clave relativas a los problemas y posibilidades operacionales de la estrategia discutida. La información presentada se basa en las presentaciones del mencionado taller, pero, también, incorporará datos recogidos en entrevistas con informantes clave y análisis de documentación y evidencia existente.





cápítulo 2

**ASPECTOS DESTACADOS,
CARACTERÍSTICAS OPERACIONALES
Y COSTOS DE LOS PCBC**

2.1/ ¿Cuáles son los aspectos innovadores de los PCBC en relación con los programas tradicionales?

Esta sección analizará algunos de los aspectos innovadores que caracterizan a los PCBC y que le han permitido eliminar varios de los obstáculos que presentan los programas tradicionales en relación con el monitoreo del crecimiento. En particular, esta sección se centrará en cuatro aspectos: (i) las acciones para facilitar la comprensión de lo que es el crecimiento del niño o niña; (ii) la consejería individualizada; (iii) el vínculo con los establecimientos de salud a través de la referencia y contrarreferencia; y (iv) la acción colectiva comunitaria.

2.1.1/ Haciendo el crecimiento fácil de medir y visible para facilitar la toma de decisiones

La medición antropométrica de los niños y niñas permite caracterizar su estado nutricional³⁵ y, por lo tanto, evaluar su progreso e, idealmente, intervenir para mejorar su desarrollo. Tradicionalmente, los centros de salud medían el estado nutricional, es decir, clasificaban a los niños o niñas en desnutridos y no desnutridos. Sin embargo, este procedimiento no permitía captar el proceso de crecimiento sino solo el producto de este. Por ello, varios programas han buscado la forma de captar dicho proceso para determinar la velocidad del crecimiento y hacerlo visible para los cuidadores de los niños y niñas. Inicialmente, las instrucciones consistieron en mirar la dirección de la línea del niño o niña en la curva que aparece en la figura 5. Se trata del método de la tendencia que indica: arriba, bueno; plano, no bueno; abajo, malo. No obstante, una revisión de gráficas demuestra que el monitoreo de la dirección general de la línea es insuficiente porque un niño o niña puede ganar peso, mas no el peso suficiente, mientras gradualmente se desnutre, principalmente durante el primer año. La utilización del peso para el monitoreo mensual del crecimiento ha mostrado algunas ventajas sobre el uso de la talla (véase para más detalles sobre esta preferencia el recuadro 3). En cualquier caso, es importante usar un sistema que permita detectar la velocidad o cantidad de crecimiento y no solo la dirección.

³⁵ El monitoreo del crecimiento individual se distingue de la vigilancia poblacional, pero ambos son esenciales para la toma de decisiones y la focalización de los recursos.

Recuadro 3/ ¿Por qué utilizar la ganancia de peso y no de talla?

Una de las acciones esenciales y que define los PCBC como programas preventivos es inducir el contacto frecuente (mensual) con cada uno de los niños y niñas menores de dos años de la comunidad. El crecimiento mes a mes, en términos de estatura, es pequeño y muy variable. Por lo tanto, para detectar potenciales fallas en este, requiere de mediciones muy exactas y confiables. Por ejemplo, un niño o niña de siete meses, que crece en el tercer percentil y cuya medida de estatura haya sido hecha con una confiabilidad de 0,90, requiere de un período de por lo menos dos meses para detectar un crecimiento lineal significativo. Este mismo niño o niña a los 12 meses de edad requiere un intervalo mínimo de 13 semanas³⁶. La medición de talla en los menores de dos años se toma con el niño o niña acostado/a y con un instrumento (infantómetro) hecho para este propósito. No se sabe la exactitud y la confiabilidad de la medida de talla en menores de dos años tomada por los voluntarios comunitarios, pero si asumimos que es posible alcanzar una confiabilidad de 0,90 y una exactitud aceptable, entonces ya sabemos que el intervalo mínimo para detectar cambios en crecimiento lineal será mayor que un mes. Por lo tanto, es de esperar que la probabilidad de no detectar fallas en el crecimiento lineal mes a mes, cuando verdaderamente estas existen, aumente si se utiliza la ganancia de talla y, en este sentido disminuya tempranamente la probabilidad de identificar problemas. La ganancia de peso mensual permite detectar estas fallas en el crecimiento, y constituye una medida más sensible a cambios en corto tiempo en la salud o alimentación de los niños y niñas y, además, induce un contacto frecuente que permite las acciones de promoción. La premisa es que los niños y niñas que ganan peso periódicamente también ganarán su talla en el largo plazo y que la pérdida de talla es un proceso de compensación a la pérdida de peso.

El tema de la relevancia de la medición de talla se ha discutido ampliamente en el taller. En particular, se reconoció cuan útil y cuan deseable era poder contar en el largo plazo con ambas mediciones (peso y talla) en forma regular para poder, en primer lugar, monitorear el crecimiento adecuado del niño o niña, es decir, un incremento armónico de peso y talla; y, en segundo lugar, para prevenir un incremento en el sobrepeso. En consideración de las dificultades relacionadas con la medición de talla en la comunidad, los participantes concluyeron que sería deseable seguir midiendo el peso por edad como manera de monitorear el crecimiento en el ámbito comunitario y que personal capacitado, con un infantómetro apropiado, evalúe el impacto en la talla por edad en los centros de salud de manera menos regular (dos o tres veces por año).

³⁶ Himes 1999.

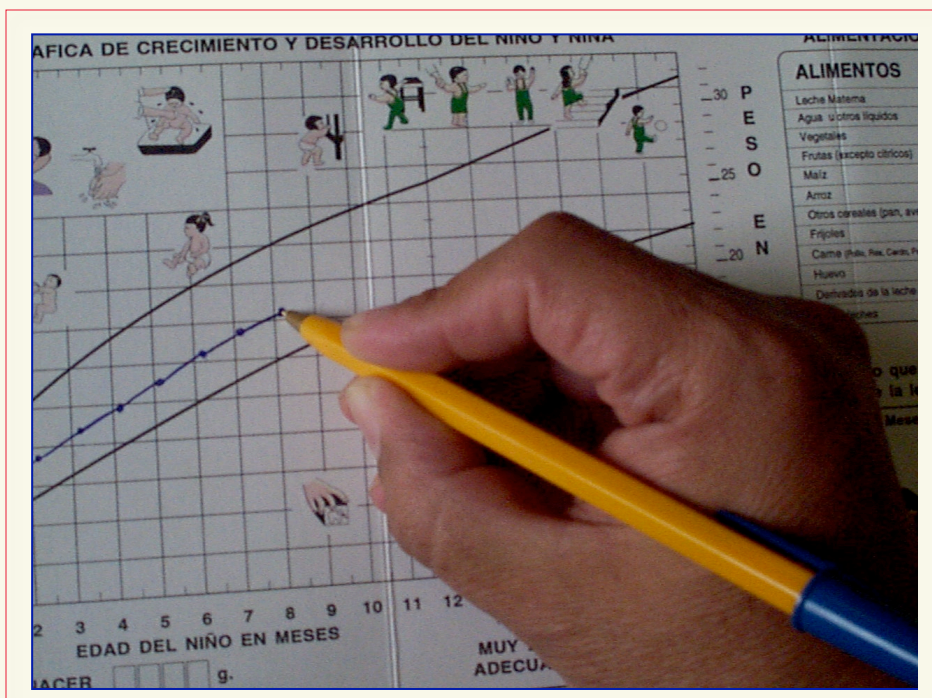


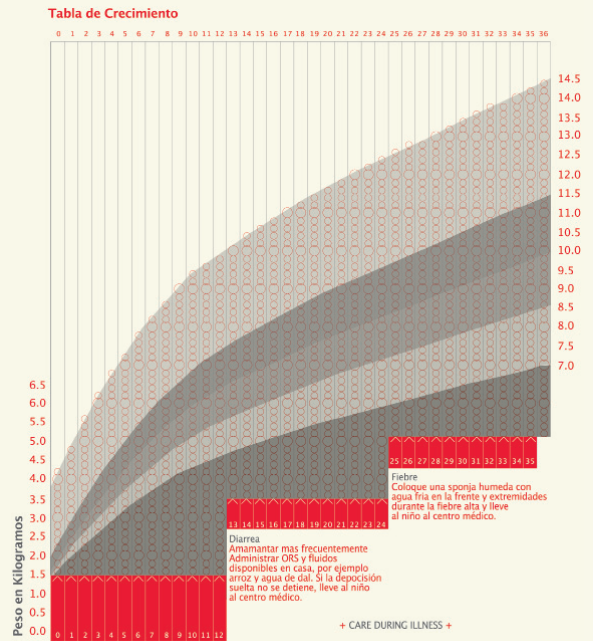
Figura 5. Voluntaria graficando el niño o niña, Honduras

Foto: Manoff Group.

Uno de los primeros programas que introdujo el monitoreo de la velocidad del crecimiento fue el Programa de Nutrición Integrado de Tamil Nadu en India, con apoyo del Banco Mundial. En este programa, las trabajadoras conocían la cantidad de peso que un niño o niña debía ganar por mes según su edad y calculaban si era suficiente o no. Abajo se encuentra la gráfica utilizada por el Programa ICDS en India, en la cual la trabajadora podía contar gramos de ganancia de peso (figura 6). Se trata de un método diseñado para los cuidadores de los niños y niñas con el fin de que estos puedan ver fácilmente el crecimiento de su niño o niña y lo interpreten con el apoyo de la trabajadora.

Figura 6. Gráfica de crecimiento con un diseño dirigido a la madre y a la trabajadora comunitaria, ICDS, India

Foto: Manoff Group.



En seguida se ilustra otra manera para ayudar a la madre a entender si su niño o niña está creciendo bien (figura 7). En Guatemala, la utilización de una gráfica de crecimiento tradicional, con las categorías que reflejan estado nutricional en diferentes colores, ha permitido una manera para que los cuidadores de los niños y niñas puedan ver su velocidad de crecimiento en comparación con la trayectoria de las curvas (método de la tendencia). En este caso, las madres escogen un hilo del color que deseen para su niño o niña y lo utilizan para indicar su peso cada mes y comparar su línea con la curva y no necesariamente con la banda de color con el fin de determinar la velocidad de su crecimiento.



Figura 7. Gráfica del estado nutricional (peso/edad) con las líneas de crecimiento de los niños y niñas de la comunidad, Guatemala

Foto: A. Marini.

Durante el diseño del programa AIN-C en Honduras, se concibió un sistema para simplificar aún más, para la trabajadora comunitaria, cómo saber si un niño o niña ganó suficiente peso durante un mes. Este sistema fue una extensión de una tabla desarrollada por el CLAP y utilizada en Honduras en un proyecto de salud neonatal. Esta tabla, llamada la tabla de peso mínimo esperado (figura 8), muestra la cantidad de peso que un niño o niña debe ganar en un mes y puede utilizarse sin graficar o sin saber su edad exacta. Este instrumento ha sido adoptado por El Salvador y Nicaragua, así como por Guatemala con algunas adaptaciones. En la tabla hay tres grupos de columnas. Dentro de cada grupo, la primera columna presenta el peso actual del niño o niña en kilogramos; la segunda columna, el peso mínimo esperado de este niño o niña en un mes; y la tercera columna, el peso mínimo esperado en dos meses. En Guatemala, la misma tabla usa la edad del niño o niña como referencia y no el peso previo (figura 9).

Con el uso de la tabla siempre hay un registro en el que están anotados los pesos del niño o niña. Cada vez que la trabajadora pesa a un niño o niña, anota en el registro el peso actual y después, en el lugar para el

mes siguiente, el peso mínimo esperado. Cuando el niño o niña viene el siguiente mes, la trabajadora solamente tiene que comparar el peso del mes con el peso esperado. Es fácil saber si el niño o niña ganó lo suficiente sin hacer ningún cálculo o conjetura.

Figura 8. Tabla de peso mínimo esperado, AIN, Honduras

Fuente: Secretaría de Salud, Honduras, 2000.

PESO ACTUAL	PESO A LOS 30 DIAS	PESO A LOS 60 DIAS	PESO ACTUAL	PESO A LOS 30 DIAS	PESO A LOS 60 DIAS	PESO ACTUAL	PESO A LOS 30 DIAS	PESO A LOS 60 DIAS
1.8	2.3	2.9	6.0	6.5	6.9	10.2	0.4	0.6
1.9	2.4	3.0	6.1	6.5	6.9	10.3	0.5	0.7
2.0	2.5	3.3	6.2	6.6	7.0	10.4	0.6	0.8
2.1	2.6	3.4	6.3	6.7	7.1	10.5	0.7	0.9
2.2	2.7	3.7	6.4	6.8	7.2	10.6	0.8	1.0
2.3	2.8	3.6	6.5	6.9	7.2	10.7	0.9	1.1
2.4	2.9	3.7	6.6	7.0	7.2	10.8	1.0	1.2
2.5	3.0	3.8	6.7	7.1	7.3	10.9	1.1	1.3
2.6	3.1	3.9	6.8	7.2	7.4	11.0	1.2	1.3
2.7	3.2	4.0	6.9	7.3	7.5	11.	1.3	1.4
2.8	3.3	4.1	7.0	7.3	7.6	11.2	1.4	1.5
2.9	3.4	4.2	7.1	7.4	7.7	11.3	1.5	1.6
3.0	3.5	4.3	7.2	7.5	7.8	11.4	1.6	1.7
3.1	3.6	4.4	7.3	7.6	7.9	11.5	1.7	1.8
3.2	3.7	4.5	7.4	7.7	7.9	11.6	1.8	1.9
3.3	3.8	4.6	7.5	7.8	8.0	11.7	1.8	2.0
3.4	3.9	4.7	7.6	7.9	8.1	11.8	1.9	2.1
3.5	4.0	4.8	7.7	8.0	8.2	11.9	2.0	2.2
3.6	4.1	4.9	7.8	8.1	8.3	12.0	2.1	2.3
3.7	4.2	5.0	7.9	8.1	8.4	12.	2.2	2.3
3.8	4.3	5.1	8.0	8.2	8.5	12.2	2.3	2.4
3.9	4.4	5.2	8.1	8.3	8.6	12.3	2.4	2.5
4.0	4.5	5.2	8.2	8.4	8.7	12.4	2.5	2.6
4.1	4.6	5.3	8.3	8.5	8.8	12.5	2.6	2.7
4.2	4.7	5.4	8.4	8.6	8.9	12.6	2.7	2.8
4.3	4.8	5.5	8.5	8.7	8.9	12.7	2.8	2.9
4.4	4.9	5.6	8.6	8.8	9.0	12.8	2.9	3.0
4.5	5.0	5.6	8.7	8.9	9.1	12.9	3.0	3.1
4.6	5.1	5.7	8.8	8.9	9.2	13.0	3.1	3.2
4.7	5.2	5.8	8.9	9.0	9.3	12.	3.2	3.3
4.8	5.3	5.9	9.0	9.1	9.4	13.2	3.3	3.4
4.9	5.4	6.0	9.1	9.2	9.5	13.3	3.4	3.5
5.0	5.5	6.0	9.2	9.3	9.6	13.4	3.5	3.6
5.1	5.6	6.1	9.3	9.4	9.7	13.5	3.6	3.7
5.2	5.7	6.2	9.4	9.5	9.8	13.6	3.7	3.8
5.3	5.8	6.3	9.5	9.6	9.9	13.7	3.8	3.9
5.4	5.9	6.4	9.6	9.7	10.0	13.8	3.9	4.0
5.5	6.0	6.5	9.7	9.8	10.1	13.9	4.0	4.1
5.6	6.1	6.5	9.8	9.9	10.2	14.0	4.1	4.2
5.7	6.2	6.6	9.9	10.1	10.3	14.	4.2	4.3
5.8	6.3	6.7	10.0	10.2	10.4	14.2	4.3	4.4
5.9	6.4	6.8	10.1	10.3	10.5	14.3	4.4	4.5

Guatemala utiliza una tabla adaptada de la de Honduras en función de la edad en lugar del peso actual del niño o niña. A partir de los 12 meses y hasta los 24, la ganancia mensual mínima esperada es de 114 gramos (o cuatros onzas). Dado que el error de medición del peso se estima en 200 gramos³⁷, se tomó la decisión de usar tendencia de la línea en vez de la cantidad de peso ganado, ya que la clasificación de fallas del crecimiento mejora con este método a partir de año de vida.

EDAD (Meses)	Ganancia Mínima
0-2	1 libra 4 onzas (570g) o más
3-5	1/2 libra u 8 onzas (228g) o más
6-8	4 onzas (114g) o más
9-11	4 onzas (114g) o más

Figura 9. Tabla de ganancia mínima mensual de peso, Guatemala

Fuente: Martorell y otros 2000.

El método de la ganancia de peso mínimo esperado tiene varias ventajas: (i) evita que tanto la madre como la voluntaria comunitaria deban adivinar cuál es el crecimiento adecuado del niño o niña; (ii) le da a la madre un peso mínimo meta que debe alcanzar en el siguiente mes, en vez de la meta de alcanzar un estado nutricional más alto para su niño o niña que puede ser inalcanzable; y, adicionalmente, (iii) elimina el proceso de graficar el peso en función de edad para la voluntaria comunitaria. Finalmente, el método de la ganancia de peso mínimo utiliza una unidad (peso) fácilmente entendible por la madre y la voluntaria, porque solo tienen que manejar una dimensión y no tienen que vincularla con una abstracción de un punto o línea en una gráfica.

Aun cuando utilizan la tabla de peso mínimo esperado, la mayoría de los países todavía llena la gráfica en el carné de salud cada mes, en la que se representa el peso del niño o niña uniendo los puntos para formar la línea de crecimiento. Esta gráfica puede servir como un recordatorio para la familia. Los programas que utilizan el carné registran el peso alcanzado en el mes con un color: rojo, si la ganancia es inadecuada y azul, si la ganancia es adecuada. Este sistema funciona mejor si el carné no tiene las categorías del estado nutricional pintadas en colores para que la madre se enfoque más en la tendencia (azul o rojo) que en el estado.

³⁷ Martorell, Flores y Hurtado 2002.

En Nicaragua, en el PROCOSAN las voluntarias comunitarias no grafican en el carné, simplemente anotan el peso del niño o niña cada mes. Para el recordatorio utilizan una gráfica con dos barras que representan el peso actual y el peso esperado (figura 10). En la primera columna de la gráfica, pintan hasta el peso del niño o niña en el mes y, en la columna a lado, simplemente dibujan una línea adonde debe llegar el peso en el próximo mes. Cuando la madre regresa el siguiente mes, puede ver claramente si alcanzó esta línea o no.

Figura 10.
El recordatorio
de crecimiento
del niño o niña,
Nicaragua

Fuente: Manoff Group.



En algunos países se han hecho diferentes esfuerzos para «visualizar» la ganancia de peso y traducirla a un lenguaje aún más simple para las madres. Por ejemplo, en Madagascar, algunas ONG utilizan cilindros de madera para visualizar el peso del niño o niña. Cada cilindro mide 100 gramos. Cada mes, la madre tiene que poner el número de cilindros equivalente al peso ganado por su hijo y compararlos con el número de cilindros esperados. La adaptación no solo permite a la madre una mejor visualización de la brecha sino que, también, genera competición positiva entre las madres para llegar a poner el número de cilindros adecuados (figura 11).



Figura 11.
Visualización de la
ganancia de peso,
programa SECALINE,
Madagascar

Foto: E. Galasso.

2.1.2/ Utilizando los resultados sobre el crecimiento: **Consejería individualizada y negociada**

La sesión de consejería es el pilar fundamental en la promoción del crecimiento porque es el momento de relacionar el resultado de la toma del peso con acciones importantes para mantener un buen ritmo de crecimiento o corregirlo si este no es el adecuado. La consejería es un proceso (véase la figura 12) de negociación entre la trabajadora comunitaria y la madre del niño o niña para determinar las prácticas que la madre o la familia pueda adoptar para mejorar el crecimiento de su niño o niña. El propósito de la consejería es llegar a acuerdos o compromisos realistas con la madre para que el mes entrante ella u otros miembros de la familia puedan mejorar o reforzar prácticas de alimentación del menor de dos años y el manejo del niño o niña enfermo/a.

Figura 12.
Pasos para hacer la consejería y negociación, Nicaragua

Fuente: Ministerio de Salud, Nicaragua 2003.



La consejería individualizada es un diálogo privado con la madre sobre el crecimiento del niño o niña. Esta comienza con algunas preguntas propuestas por la trabajadora comunitaria sobre las condiciones de salud, nutrición y cuidado en la casa durante el mes anterior que hayan podido afectar el crecimiento del niño o niña, de manera insatisfactoria o satisfactoria. Los programas tienen una variedad de herramientas para apoyar a la trabajadora comunitaria en el proceso de consejería.

La herramienta uniforme en todos los programas son las láminas de consejería, que toman diferentes formas. Algunos ejemplos se muestran en las figuras 12, 13 y 14³⁸.

Además de las láminas, en Honduras hay un algoritmo que la trabajadora comunitaria consulta antes de seleccionar la lámina para guiar la consejería (figura 13). Este algoritmo o guía para la acción se organiza en relación con la edad del niño o niña y funciona como un recordatorio para que la trabajadora pregunte u observe si el niño o niña está enfermo/a o se está recuperando de una enfermedad muy reciente, si tiene crecimiento adecuado o no, y si la madre está dando de lactar. De acuerdo con estas condiciones, la guía indica la acción por tomar en términos de la lámina para comenzar la consejería y qué debe hacer en términos de visitas domiciliarias. En las láminas específicas, hay recomendaciones en cuanto a referencia para enfermedad.

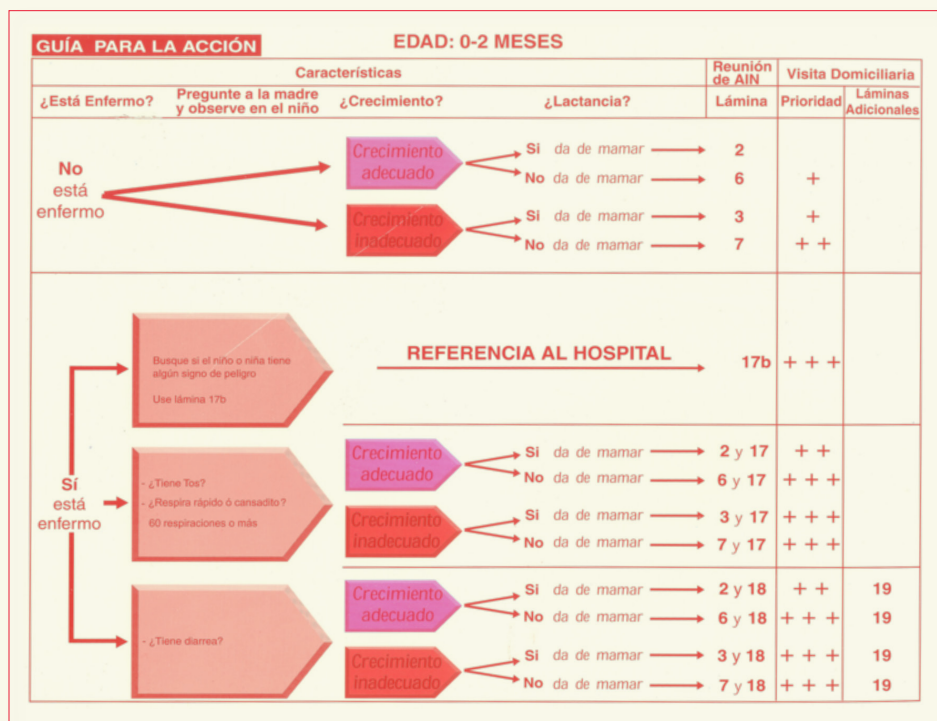


Figura 13. Algoritmo de Honduras

Fuente: Secretaría de Salud, Honduras, 2000.

Las láminas de consejería también contienen guías para la acción familiar dirigida a recuperar o mantener el ritmo de crecimiento del niño o niña (la figura 14 muestra un ejemplo de lámina para el caso de Nicaragua)³⁹. Las características que todos los juegos de láminas tienen en común son las siguientes:

³⁸ Para más ejemplos, véase el anexo 2.

³⁹ Para más ejemplos, véase el anexo 2.

- (1) Los contenidos de las recomendaciones fueron fruto de las investigaciones cualitativas con familias beneficiarias potenciales de los programas para aprender de ellas sobre cómo enfrentaron los problemas de la alimentación de los niños y niñas.
- (2) Las recomendaciones en las láminas se enfocan en las prácticas de alimentación y nutrición más problemáticas, en cuanto a cuidados caseros para niños y niñas enfermos y consejos sobre higiene, pero con mayor potencial de ser modificadas con los recursos de la familia, incluso cuando esta se halla dentro de los límites de la pobreza.
- (3) Se cuenta con diagramas, signos e ilustraciones que facilitan la consejería que hace la trabajadora comunitaria y proveen ejemplos visuales de las prácticas de comportamiento que deben tener las madres sin intimidar a aquellas que no saben leer.
- (4) Las recomendaciones diferencian por edad y estado de crecimiento del niño o niña (adecuado/inadecuado).

A pesar de las similitudes, cada juego tiene sus particularidades e innovaciones de acuerdo con las especificaciones del programa, la realidad de la vida de las familias y las pruebas de uso realizadas por las trabajadoras comunitarias de cada país. Antes de presentar las fotos de las láminas, se hace una breve descripción de las características especiales del juego. Revisando los diferentes juegos se pueden destacar algunos elementos importantes:

- (1) Las láminas de AIN-C en Honduras para niños y niñas con crecimiento inadecuado guían una indagación más profunda en los problemas de alimentación, con recomendaciones para corregir los problemas y asegurar que el niño o niña reciba más comida para «recuperar» su crecimiento.
- (2) El juego del AIN-C en El Salvador contiene láminas especiales para la mujer embarazada.
- (3) El juego de láminas del PROCOSAN en Nicaragua es diferente de los otros porque no tiene texto al reverso de las láminas. Esto se debe a que los supervisores han notado que las trabajadoras comunitarias no utilizan el texto una vez que se han familiarizado con el contenido o solamente leen el texto y se olvidan del proceso de la consejería.
- (4) En Nicaragua, la trabajadora tiene que utilizar un mínimo de tres láminas: una para identificar con la madre los problemas en el cuidado del niño o niña, una para negociar prácticas para el mes siguiente y una que contiene una recomendación uniforme para todas las madres. Si el niño o niña no creció satisfactoriamente, hay dos láminas más para profundizar en la búsqueda de problemas y negociar en más detalle mejoras en las prácticas.
- (5) En Guatemala, el juego incluye recetas mejoradas para cada edad.



Figura 14. Lámina de PROCOSAN, Nicaragua

Fuente: Secretaría de Salud, Nicaragua, 2003.

Una de las prácticas difíciles para las madres es dar suficiente cantidad en cada comida. Hay varias razones para ello. Una de ellas es que no pueden visualizar la cantidad. Para facilitar la adopción de la oferta de mayores cantidades de comida, los programas en dos países (Nicaragua y El Salvador) han incorporado el uso de un «plato» para demostrar a las madres la cantidad de comida que un niño o niña puede/debe comer en un tiempo de alimentación (figura 15). Un prototipo del plato fue probado en el programa PROCOSAN y luego en el programa AIN-C de El Salvador, que logró diseñarlo y producirlo masivamente. El plato es graduado con diferentes «niveles» para diversos rangos de edad (de 6 a 8 meses, de 9 a 11 meses, etc.) y, con él, se le explica a la madre la cantidad de comida que le debe dar a su niño o niña de acuerdo con su edad. Se entrega el plato graduado a partir de los seis meses cuando se inicia la alimentación complementaria de los niños y niñas.

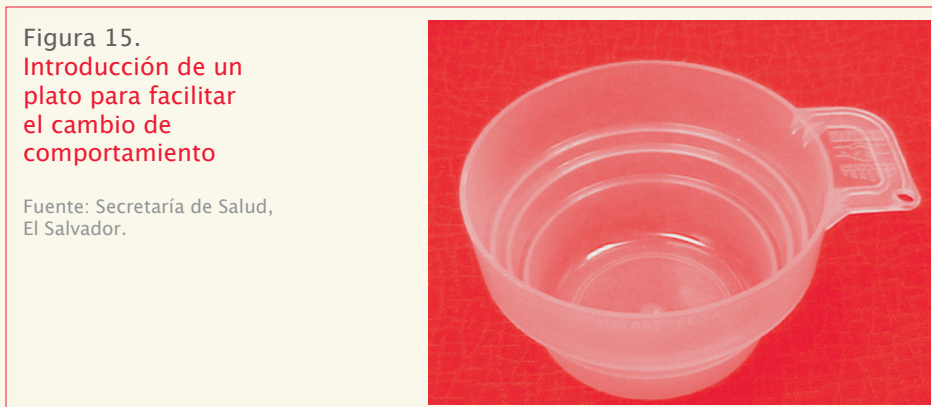


Figura 15. Introducción de un plato para facilitar el cambio de comportamiento

Fuente: Secretaría de Salud, El Salvador.

2.1.3/ La referencia y contrarreferencia del niño o niña enfermo(a)

Dado que la morbilidad juega un papel importante en el desarrollo de la desnutrición, es fundamental detectar y tratar las enfermedades lo más cerca posible a las comunidades. Sin embargo, siempre existirá la necesidad de acudir a los servicios de salud en el caso de aquellos niños y niñas con enfermedades que no se resuelvan en el ámbito comunitario o que son graves. Dada esta situación, cada programa ha diseñado sistemas para las referencias y contrarreferencias del niño o niña enfermo/a. La idea principal es asegurar que los niños y niñas que no crecen adecuadamente durante más de dos meses o que suelen tener problemas de salud tengan acceso al tratamiento necesario de manera oportuna. En los programas que incluyen madres embarazadas y visitas al recién nacido, también se hacen referencias para el embarazo sin control prenatal o con señales de peligro. Idealmente, el personal del centro de salud emite una contrarreferencia que indica la acción tomada y el seguimiento que la trabajadora comunitaria debe realizar en la comunidad si es necesario.

El sistema de referencia varía ligeramente en los diferentes países (véase la tabla 4). En la mayoría de los programas, la referencia debe ser «activa», es decir, la trabajadora voluntaria debe ir con el niño o niña o la embarazada al centro de salud si hay duda de que estos puedan llegar. En la implementación del sistema de referencia y contrarreferencia, las trabajadoras voluntarias han notado que la aceptación de su referencia por parte del servicio de salud es mejor cuando la enfermera o director en los establecimientos está involucrada/o con el trabajo de las voluntarias. De hecho, si estos entienden el manejo de los conceptos de la promoción de crecimiento, especialmente ganancia de peso y consejería en alimentación infantil, en vez de solo un enfoque en estado nutricional y entrega de alimentos, su recepción es mejor.

HONDURAS	Los beneficiarios deben haber platicado con la monitora antes de ir al centro de salud.
EL SALVADOR	La consejera voluntaria hace la referencia al promotor de salud (que es parte del sistema de salud).
GUATEMALA	El éxito de la referencia depende del costo, la obtención de transporte y el tiempo total que una familia planifica invertir en esta búsqueda para más ayuda.
NICARAGUA	La brigadista hace la referencia para el puesto o centro de salud, y la enfermera o médico la recibe, da prioridad y anota la contrarreferencia para que la brigadista le dé seguimiento. El sistema funciona bastante bien y es utilizado por las madres.

Tabla 4.
Comparación de los sistemas de referencia en los cuatro países estudiados

2.1.4/ Acción colectiva comunitaria

Es fundamental en la promoción del crecimiento de los niños y niñas reconocer que algunas de las causas de las fallas en su crecimiento están fuera del control de la familia. Por ello, el programa tiene que buscar la forma de motivar a la comunidad y la municipalidad, de reconocer su papel en el crecimiento sano de sus niños y niñas. Siguiendo el ejemplo de la curva que hace visible el crecimiento a la madre, existe un sistema de «barras» que permite visualizar la situación comunitaria o de la municipalidad en cuanto al crecimiento de los niños y niñas. Este sistema es una invención del Programa de Mejoramiento de la Nutrición Familiar (UPGK) de Indonesia y fue después mejorado por el programa AIN en Honduras⁴⁰. Este sistema presenta el resultado de la ganancia de peso de cada niño o niña en el mes sobre la base de cinco indicadores y permite que la comunidad: (i) identifique cuáles son las causas que obstaculizan el progreso de crecimiento sano de los niños y niñas; (ii) tome decisiones para resolver estos obstáculos que no dependen de la familia únicamente; y (iii) guíe acciones comunitarias e inversiones en el desarrollo.

Las barras que agregan los datos de cada niño o niña en la comunidad consideran cinco sencillos indicadores: (1) el número de niños y niñas menores de dos años en la comunidad, (2) el número de niños y niñas que fueron pesados en el mes, (3) el número de niños y niñas con ganancia de peso adecuado, (4) el número de niños y niñas con ganancia de peso inadecuado y (5) el número de niños y niñas con peso inadecuado por dos meses o más. Las barras demuestran en forma visual y fácil de interpretar si el programa está logrando su propósito, es decir, si los niños y niñas están ganando suficiente peso mensualmente para su sano crecimiento. Las voluntarias comunitarias aspiran a que las primeras tres barras tengan la misma altura, es decir, que todos los niños y niñas hayan sido pesados y hayan ganado peso adecuadamente. Sin embargo, como cada mes habrá niños y niñas que fallen en su crecimiento, lo importante es que la columna 5, que representa niños y niñas que han fallado en su crecimiento por dos o más meses, esté vacía. Si esto es así, el programa funciona y las voluntarias están trabajando bien en apoyo a la familia en el cambio de prácticas relacionadas con la salud del niño o niña⁴¹.

En general, la comunidad se reúne con líderes, voluntarias y personal de los servicios de salud u ONG cada cuatro a seis meses para analizar las barras de los últimos resultados de monitoreo del crecimiento (véase la figura 16 que muestra el afiche utilizado en Nicaragua para estas reuniones). Durante la reunión, primero, se analiza el nivel de participación (las primeras dos barras), es decir, el número de niños y niñas menores de dos años que están participando cada mes en proporción al total

40 Griffiths y Alvarado 1999.

41 Griffiths y McGuire 2005.

de niños y niñas menores de dos años en la comunidad. Al respecto, se investigan las posibles razones de la baja participación. Segundo, se analizan las tasa de ganancia adecuada en la comunidad, discutiendo por qué en algunos meses hay más niños y niñas con ganancia de peso mínimo esperado que en otros meses. Al respecto, se identifican las acciones en el ámbito de la comunidad para evitar que el problema ocurra en el futuro. Tercero, en la reunión se puede observar el número de niños y niñas que han dejado de crecer por más de dos meses consecutivos e indagar las causas y las acciones tomadas en cada caso. En la discusión sobre los niños y niñas con ganancia de peso inadecuado por dos o más meses consecutivos, es importante que la comunidad determine si las causas están dentro de su poder de mejorar o si tiene que buscar apoyo fuera de ella (véanse ejemplos en el recuadro 4).

Figura 16.
Las barras:
 agregación que
 demuestra el
 crecimiento de los
 niños y niñas en el
 ámbito comunitario,
 Nicaragua

Fuente: Ministerio de Salud,
 Nicaragua, 2003.



Durante el taller y la reflexión con los participantes de los diferentes programas se ha indicado la acción colectiva comunitaria como un área en la que se necesita más apoyo. En Guatemala, por ejemplo, se ha subrayado la importancia de que los voluntarios tengan el apoyo del personal de los servicios de salud o un facilitador de una ONG para organizar la discusión. En los demás países, se nota cómo el reto principal es la falta de habilidades y de tiempo para el proceso de trabajo comunitario que estas reuniones implican. En algunos casos, la reunión se limita en ser una simple presentación de situación, sin profundizar las causas y las soluciones comunitarias de problemas que no estén asociados a salud.

Recuadro 4/ Las comunidades toman acciones para promover el crecimiento de sus niños y niñas: anécdotas de las coordinadoras de campo del AIN-C en Honduras

- En una comunidad montañosa durante su reunión sobre la salud de los niños y niñas pequeños, las monitoras, con el apoyo de la enfermera del centro de salud, utilizaron piedras para ilustrar lo que fue dibujado en las barras. En la explicación, los participantes de la reunión notaron que durante dos meses se duplicó el número de niños y niñas con crecimiento inadecuado. La discusión produjo conclusiones sobre la causa y una solución. Los participantes pensaron que la causa era el traslado de los niños y niñas pequeños con sus mamás para el corte de café y que, mientras trabajaba la madre, le era difícil cuidar a su hijo/a como de costumbre. La solución fue la colaboración entre las madres y abuelas, quienes se quedaban en la comunidad durante el corte de café para encargarse de cuidar a los niños y niñas pequeños.
- En una comunidad, en la región II de Honduras, la monitora estaba inquieta porque cada mes tenía que buscar más niños y niñas en sus casas para tomar su peso y tenía más niños y niñas que no subían de peso (en un mes, de 18 niñas había seis con crecimiento inadecuado por dos meses o más). Se hizo una reunión con la comunidad a la que asistió la enfermera del centro de salud, pero solo llegaron las madres que ofrecieron participar con más compromiso que antes. Una semana después de la reunión, la monitora observó a un grupo de hombres reparando el acueducto y notó que la mayoría de este grupo eran padres de los niños y niñas pequeños que no estaban creciendo adecuadamente. Durante un descanso, les mostró la gráfica con las barras y se las explicó. Los hombres se interesaron bastante y querían saber lo que ellos podían hacer al respecto. Se abordaron varios temas, entre ellos la importancia del seguimiento que la monitora provee. Ellos decidieron platicar con sus esposas, así como destinar dinero a la evacuación del humo del fuego para cocinar. En los meses siguientes, la monitora logró una participación mucho mejor, las madres quedaron agradecidas por la atención de los padres sobre el cuidado de los niños y niñas y la gran mayoría de los niños y niñas logró una ganancia de peso adecuado en los meses siguientes.

2.2/ ¿Cómo debe ser el apoyo operacional para el funcionamiento óptimo de los PCBC?

Esta sección presenta las características operacionales clave para el funcionamiento óptimo de los PCBC como el trabajo de los voluntarios en la comunidad, la capacitación y supervisión frecuente del trabajo comunitario, y la importancia de un sistema de incentivo bien diseñado para los trabajadores voluntarios.

2.2.1/ Las trabajadoras voluntarias en el ámbito comunitario

Una de las características esenciales del AIN-C es el empoderamiento comunitario y el papel fundamental de un equipo de voluntarias en cada comunidad. Estas voluntarias que tienen diferentes nombres de acuerdo con el país (monitoras, voluntarias o brigadistas de la comunidad)⁴² son el eje central de la estrategia de los programas de PCBC porque pueden proveer servicios con la frecuencia necesaria y estar en contacto directo con las familias participantes, especialmente con los niños y niñas y sus madres en una forma que asegura acciones preventivas. Las voluntarias, cuando trabajan en estricta coordinación con los servicios de salud, permiten que estos tengan un brazo en cada comunidad, lo que sería imposible para cualquier sistema de salud gubernamental. Adicionalmente, la capacitación de gente de la comunidad en conocimientos y destrezas relacionadas con la salud y bienestar promueve la democratización de esta información.

Los representantes de los países describen a las voluntarias como aquellas mujeres (u hombres) de la comunidad, capaces de leer y escribir, que tienen una fuerte vocación de servicio y son seleccionadas por la comunidad. La responsabilidad primaria de las voluntarias es asegurar que cada niño o niña menor de dos años crezca adecuadamente cada mes y que los niños y niñas que no crecen bien reciban la atención necesaria para que tengan la posibilidad de seguir un ritmo de crecimiento adecuado. El perfil de trabajo de las voluntarias para que puedan cumplir con esta responsabilidad está determinado por cada país y programa de acuerdo con los vínculos con otros trabajadores y otros programas comunitarios existentes. En cada país, existe un manual con la descripción de las tareas de las voluntarias⁴³. Generalmente, las actividades de las monitoras consisten en las siguientes:

- (1) Conocer la comunidad a través de un censo que también sirve para medir cambios en los niños y niñas menores de dos años y sus familias cada año;

⁴² En Honduras, donde se originó la estrategia AIN-C, se llaman monitoras, pero existen diferentes nombres para ellas. Por ejemplo, en El Salvador se llaman consejeras voluntarias en nutrición y en Nicaragua, brigadistas.

⁴³ Ministerio de Salud y Asistencia Social, El Salvador; Ministerio de Salud, Nicaragua, 2003; Secretaría de Salud, Honduras, 2000; y Ministerio de Salud, Guatemala, 2004.

- (2) Pesar y atender a cada niño y niña cada mes, así como proveer consejería, referencia de acuerdo con la situación del niño o niña y visitas domiciliarias a niños y niñas con problemas si el primer contacto del mes fue en una sesión de pesaje;
- (3) Realizar reuniones con la comunidad para discutir el crecimiento de todos los niños y niñas;
- (4) Coordinar con el sector salud u otros actores en el área;
- (5) Mantener el sistema de información comunitaria;
- (6) Gestionar sesiones para embarazadas y recién nacidos; y
- (7) Realizar un manejo de enfermedades prevalentes (diarrea y enfermedades respiratorias) con visitas domiciliarias, referencias al centro de salud y, en algunos casos, la entrega de tratamiento.

La planificación sobre el funcionamiento de las voluntarias tomó en cuenta las lecciones aprendidas en los programas anteriores que funcionaron sobre la base del voluntariado⁴⁴. Una de las lecciones es la importancia de no sobrecargar al voluntario con conocimientos, ni tareas. Por ello, una solución es insistir en que la comunidad seleccione un equipo de voluntarias en vez de una sola, para que estas puedan compartir el trabajo de acuerdo con su disponibilidad e intereses. Un estudio del AIN-C en Honduras muestra que las monitoras voluntarias dedican un promedio de 15 horas de trabajo al mes⁴⁵, es decir, medio día por semana sin quejarse de estar sobrecargadas de trabajo. Otras lecciones que son reforzadas por la experiencia en Honduras son las siguientes: a) tener confianza en que el personal local sepa hacer el trabajo; b) establecer metas para el trabajo y premiar los éxitos; c) no tener expectativas de que las voluntarias se queden indefinidamente y, en este sentido, determinar planes para transiciones de personal y un sistema de capacitación continua; y d) tener un sistema de incentivos y, si es factible, la posibilidad de que las voluntarias se profesionalicen⁴⁶.

La estructuración del esfuerzo del voluntariado tiene mucho que ver con el éxito del programa. En Honduras, Nicaragua y El Salvador, las voluntarias trabajan en grupo. Las diferencias que existen en sus tareas se deben al apoyo a otros trabajadores en la comunidad. Por ejemplo, en El Salvador, las voluntarias son responsables de las sesiones de promoción del crecimiento que incluyen la toma de peso de las embarazadas, consejería a las madres y todos los aspectos de alimentación, mientras que todo lo relacionado a la morbilidad (el componente AIEPI) y el vínculo con el sistema de salud y el sistema de información son manejados por un promotor, una persona de la comunidad pagada por el gobierno. En Honduras, las monitoras son el corazón del programa y manejan todos los componentes. Una o dos de ellas están especializadas en el AIEPI o recién nacidos. En Nicaragua, la idea inicial era la de aumentar el número de brigadistas en el sistema comunitario; finalmente, las brigadistas existentes están manejando todos los aspectos del programa y, en muy pocos, casos han aumentado en número.

44 Heaver 1998.

45 Fiedler 2003: 13; Ministerio de Salud y Asistencia Social, El Salvador; Ministerio de Salud, Nicaragua, 2003; Secretaria de Salud, Honduras, 2000; y Ministerio de Salud, Guatemala, 2004.

46 Heaver 1998.

El programa AINM-C de Guatemala se desarrolla como parte de la estrategia de expansión del sistema de salud primaria y utiliza vigilantes de salud como actores principales de la estrategia. Los vigilantes, típicamente hombres y voluntarios, trabajan solos en su comunidad y, en principio, deberían garantizar la promoción de crecimiento incluyendo la consejería individual a las madres⁴⁷. En la práctica, sin embargo, a causa de la alta carga de trabajo se limitan a identificar madres y niños y niñas de la comunidad, y motivarlos a participar en las sesiones de promoción de crecimiento mensuales. Además, siendo hombres, los vigilantes de salud tienen menos facilidad de promover temas más delicados y femeninos a las madres en la comunidad (como la lactancia materna y la alimentación del niño o niña pequeño/a). Como resultado, la consejería individualizada está garantizada más a aquellos niños y niñas que, por estar enfermos, no llegan al centro de salud y reciben una visita domiciliaria. En algunas comunidades se ha incluido una educadora comunitaria con la introducción de un complemento nutricional llamado Vitacereal. La educadora comunitaria tiene la tarea de distribuir el complemento y fortalecer la consejería a las madres, pero hay evidencia de que la consejería está más enfocada en la promoción del suplemento que en otras prácticas⁴⁸.

2.2.2/ Un vínculo fuerte entre capacitación y supervisión

En las conversaciones con el personal responsable de los programas comunitarios, siempre se oye que la capacitación y supervisión de la gente en la comunidad ha sido fundamental para el éxito de los programas. Por ello, el diseño del AIN-C incluye una capacitación enfocada en el aprendizaje de destrezas y no solo de conocimientos, y se enfatiza que estas destrezas del trabajo sean reforzadas en visitas de supervisión, en las que la misma persona que capacita a las voluntarias debe funcionar como supervisora.

Capacitación

Para garantizar la calidad del trabajo de las monitoras se necesita un sistema de capacitación permanente. En la práctica, el proceso se ha enfocado en la capacitación inicial y en cómo hacerla más efectiva. Uno de los desafíos para cada programa es el establecimiento de un sistema de capacitación permanente para mantener y enseñar destrezas y conocimientos. Según la evidencia de Honduras, aunque se haya mantenido el grupo de monitoras en términos de números en las comunidades, las personas no han sido las mismas a través de los años a causa de la rotación. Las nuevas monitoras han ido aprendiendo en

⁴⁷ Los vigilantes admitieron que se seleccionan hombres y no mujeres para las actividades de salud y nutrición en el ámbito comunitario porque las segundas corrian muchos riesgos al desplazarse para llegar a familias en áreas remotas debido a la alta prevalencia de violencia en zonas rurales (entrevistas con vigilantes, durante visita de campo).

⁴⁸ Elena Hurtado, comunicación personal, marzo del 2007.

su propia práctica de hacer. De esta manera, es fácil que las fallas en la práctica de algunas actividades aumenten rápidamente.

En general, la capacitación de las voluntarias se orienta a fortalecer y construir destrezas en la atención preventiva materno–infantil. Como una actividad clave para ellas es el apoyo a la familia con prácticas que promuevan la salud de sus niños y niñas, hay mucho énfasis en la capacitación sobre la consejería y negociación, y el uso de los instrumentos de monitoreo, consejería y registro. Además de una capacitación inicial que toma alrededor de una semana de duración, todos los programas incorporan capacitación continua en servicio para tratar temas que quedaron pendientes en la capacitación inicial o que necesitan refuerzo constante. En algunos países, se inicia una segunda etapa de capacitación que hace énfasis en componentes como la identificación de signos de peligro, la atención básica a enfermedades, la provisión de micronutrientes y la planificación familiar. Según lecciones de El Salvador, vale la pena reducir la capacitación inicial sobre los aspectos básicos e incorporar los demás temas en la educación continua, incrementar la capacitación en servicio y monitorear la calidad de la capacitación.

En todos los países, la capacitación se caracteriza por ser práctica y continua. Además, se enfoca en la adquisición de habilidades y destrezas, y no solamente de conocimientos, y se ajusta al tiempo de las voluntarias. La tabla 5 presenta una comparación entre los diferentes modelos de capacitación en Honduras, El Salvador, Guatemala y Nicaragua.

	HONDURAS	EL SALVADOR	GUATEMALA	NICARAGUA
Capacitación Inicial				
Duración	5 Días	5 Días	9 Días	5 Días
Temas	Componente preventivo de promoción del crecimiento: Actividades para niños y niñas menores de dos años	Acciones preventivas de promoción del crecimiento del niño o niña menor de dos años y embarazadas	Alimentación, nutrición y crecimiento del niño o niña y mujeres embarazadas y lactantes	Componente de vigilancia y promoción del crecimiento y estimulación temprana
Responsable	Personal del área de salud	Enfermera facilitadora y promotores de salud capacitados	Facilitadores comunitarios	Personal del centro de salud y del SILAIS
Capacitación Adicional				
Número de Días	3 días (segunda y tercera capacitación) ^a	Medio día cada 2 o 3 meses	1 día al mes	3 días
Temas	Segunda capacitación: Componente curativo (manejo/tratamiento de enfermedades) Tercera capacitación: Mujer embarazada y neonato	Signos de peligro de enfermedades, estimulación del desarrollo y otros según necesidad	Lactancia materna, alimentación complementaria, alimentación y atención de mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, promoción del espaciamiento entre embarazos	Componente de morbilidad ^b
Capacitación Continua	Periódicamente	Medio día cada 2 o 3 meses	1 día al mes	Periódicamente

^a Después de 3 o 4 meses de práctica en la comunidad. Éxito en el componente anterior evaluado por observación directa.
^b Después de 6 meses de haberse implementado el componente de vigilancia y promoción del crecimiento.

Tabla 5. Comparación de la capacitación de la voluntaria en los cuatro países estudiados

Supervisión

Después de la capacitación inicial y durante la ejecución del programa, un sistema de supervisión del trabajo de las monitoras es crítico para asegurar la calidad de sus tareas y certificar el funcionamiento de la estrategia. La supervisión corresponde a una vigilancia de todas las acciones de las monitoras, incluso de las sesiones mensuales de promoción del crecimiento; el uso de los instrumentos, gráficas, y algoritmos para consejería; las visitas domiciliarias; la referencia, y las reuniones comunitarias. La supervisión es el primer paso en garantizar que el programa se está implementado como se concibió y, si hubiera fallas, identificar si están más en la implementación que en la conceptualización.

La supervisión se hace en dos niveles. Primero, la supervisión directa, que se lleva a cabo durante el acompañamiento del personal de salud en las actividades de AIN-C. Segundo, la supervisión indirecta, que opera a través del sistema de información que fluye en los diferentes niveles de atención. Normalmente, la supervisión es la responsabilidad del personal local que representa el Ministerio de Salud, pero en cada país se desarrolla de manera diferente y se evidencia como un fuerte desafío. En particular, en cuanto a la supervisión directa, en la mayoría de los casos, largas distancias y dificultades de acceso impiden al personal de salud hacer la supervisión según lo estipulado. Por otro lado, el desafío más importante de la supervisión indirecta es la correcta utilización de los datos para la toma de decisiones. En cada conversación con el personal de estos programas, se subraya la importancia de tener personal especializado en monitoreo y supervisión para garantizar una mejor ejecución del programa. Asimismo, el hecho de utilizar la misma persona para supervisar a varios niveles garantiza un mejor seguimiento e identificación de la fuente del problema. La tabla 6 resume las características principales de la supervisión en los diferentes países.

	HONDURAS	EL SALVADOR	GUATEMALA	NICARAGUA
Responsable	Enfermeras auxiliares y promotores de ONG ^a	Un equipo con diferentes papeles de supervisión: Promotor de salud, facilitadora que trabaja en el ámbito del municipio y de la unidad de salud del área, y nutricionista.	Facilitador comunitario	Responsable del puesto de salud (enfermera auxiliar o enfermera profesional)
Frecuencia ^b	Mensualmente durante el primer año en el programa y, luego, cada 2 o 3 meses según la carga de trabajo de la enfermera.	Mensualmente, por lo menos por parte del promotor	Mensualmente	Mensualmente
Forma de supervisión	Acompañamiento en las sesiones mensuales del AIN-C y visitas domiciliarias, análisis de la información y referencia, seguridad en la participación de los monitores en las reuniones mensuales con el personal de las unidades de salud.	Reuniones y visitas a la comunidad para las sesiones de pesaje y reuniones comunitarias	Reuniones y visitas a la comunidad	Acompañamiento en la sesión de pesaje y consejería, reunión con las brigadistas y discusión de los puntos que deben ser reforzados.

^a Con el proceso de implementación con el Banco Mundial serán los promotores de ONG que harán el seguimiento a las monitoras mes a mes y ya no lo harán las auxiliares de enfermería, pues ellas harán su trabajo dentro de los servicios de salud. Habrá un enlace con el personal de salud en las reuniones mensuales de análisis de información y en la referencia en los centros de salud con las monitoras y el promotor de las ONG.

^b Debido a la carga de trabajo de las enfermeras auxiliares, las limitaciones de transporte y otras actividades que define el ministerio, muchas veces la supervisión no se hace según lo estipulado.

Tabla 6. Comparación de la supervisión del equipo de voluntarias en los cuatro países estudiados

2.2.3/ Tener un sistema de incentivos para las trabajadoras voluntarias

Si bien los programas basados en la estrategia AIN-C han iniciado su implementación bajo esquemas de voluntarias, la experiencia con este tipo de esquemas ha demostrado que, sin un sistema de incentivos, estos no son sostenibles porque se genera una alta rotación de los voluntarios. El tema sobre el tipo de incentivo, y si es necesario proveer incentivos monetarios a las voluntarias, surgió como un aspecto crítico durante el taller. Desde una perspectiva, las pocas horas de trabajo y la tradición del voluntariado en Centroamérica hacen que las voluntarias no requieran mayores incentivos. Desde otra perspectiva, el mantenimiento de las voluntarias en su posición de trabajo depende de la provisión de algo que las haga sentir importantes, competentes y apreciadas⁴⁹. La tabla 7 muestra los distintos incentivos que los programas brindan en Centroamérica.

Según evidencia de una evaluación del proceso del PROCOSAN en Nicaragua, las voluntarias, aunque no son pagadas, desean tres tipos de incentivos no monetarios. Primero, el acompañamiento del personal de salud en sus actividades en la comunidad, que las hace sentir que son

⁴⁹ En Madagascar, el programa SEECALINE, un programa de promoción del crecimiento con base comunitaria, paga a los voluntarios comunitarios. Los voluntarios reciben un sueldo bajo el salario mínimo (25 dólares estadounidense/niño/año), pero tienen una carga significativamente grande con la responsabilidad de un promedio de 230 niños. Cada voluntaria cuenta con el apoyo de ocho madres voluntarias que ayudan en las actividades. Las madres voluntarias no son pagadas, pero reciben incentivos simbólicos.

parte del equipo de salud; segundo, el reconocimiento del trabajo que realizan; y tercero, el aprendizaje continuo⁵⁰. Esta apreciación se repite en cada país cuando los programas indagán sobre motivaciones de las voluntarias. A pesar de que la remuneración monetaria era una de las posibles respuestas, esta no apareció como un tema fundamental. En conclusión, lo importante es encontrar y dar incentivos que las monitoras valoren y que las estimulan a mantener sus actividades en la comunidad. En Honduras, el programa AIN-C, actualmente, utiliza un calendario de incentivos para las monitoras con el fin de que en varios momentos del año reciban reconocimiento por sus labores.

	HONDURAS	EL SALVADOR	GUATEMALA	NICARAGUA
Incentivos	<p>Tangibles</p> <ul style="list-style-type: none"> -Materiales educativos -Gorras -Camisetas -Mochilas -Tarjeta de identificación -Viajes por bus gratis con tarjeta <p>No tangibles</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cartas de reconocimiento del Ministerio de Salud o Alcalde -Fiesta anual -Diplomas -Anuncios por radio -Acceso al centro de salud sin esperar -Acompañamiento por el personal de salud y municipal 	<p>Tangibles</p> <ul style="list-style-type: none"> -Materiales educativos -Mochila -Gorras -Toallas -Mantas -Tasas <p>No tangibles</p> <ul style="list-style-type: none"> -Celebración anual por el establecimiento de salud -Celebración del día de la madre -Inclusión en reuniones del personal de la unidad de salud -Actividades de mejora de autoestima -Acompañamiento del personal de salud que las hace sentir parte del equipo de salud 	<p>Tangibles</p> <ul style="list-style-type: none"> -Materiales educativos -Bolsa -Delantal -Utensilios de limpieza <p>No tangibles</p> <ul style="list-style-type: none"> -Reconocimiento público del trabajo 	<p>Tangibles</p> <ul style="list-style-type: none"> -Materiales educativos -Camisetas -Mochilas -Gorras -Focos <p>No tangibles</p> <ul style="list-style-type: none"> -Reconocimiento público del trabajo -Acompañamiento del personal de salud que las hace sentir parte del equipo de salud -Capacitación periódica
Apoyo para la capacitación	El gobierno municipal paga los costos de desplazamiento y meriendas para la capacitación.	Alimentación y transporte durante la capacitación inicial y en algunas de las reuniones mensuales de educación continua	Reconocimiento mínimo de 50 quetzales por día para cubrir los gastos de traslado y estadía	Viáticos para la capacitación inicial y periódica

Tabla 7. Comparación de incentivos para voluntarias en los cuatro países estudiados

2.3/ Algunas variaciones del AIN-C

Esta sección discute algunos elementos que los países han añadido al modelo tradicional como el módulo materno y del recién nacido, así como la distribución de alimentos.

2.3.1/ Módulo materno y del recién nacido

Dado que, por una parte, la ventana de intervención oportuna para mejorar la nutrición abarca el embarazo y que, por otra, la condición nutricional de la madre influye en el estado nutricional del bebé, es importante proveer atención específicamente a las mujeres. Por ello, varios programas han introducido módulos maternos. En teoría, esto es parte de los programas de PCBC, pero no todos los países han implementado módulos de atención a las madres. En Nicaragua y en Honduras, el módulo materno está en proceso de diseño⁵¹. El plan de parto, otra intervención con base comunitaria, está siendo implementado independientemente en Nicaragua, pero en coordinación con las brigadistas de PROCOSAN en la comunidad.

En El Salvador, desde el comienzo del programa AIN, se ha incluido a la mujer embarazada en el control de peso. Esta debe llevar un registro mensual del aumento de peso durante su embarazo y contar con una suplementación de micronutrientes (en particular, hierro y ácido fólico) y consejos sobre su alimentación y el plan de parto.

En Guatemala, el nombre del programa AINM-C subraya una fuerte atención a la mujer que va más allá del monitoreo de su ganancia de peso durante el embarazo. Servicios para el grupo priorizado de mujeres (embarazo, parto, posparto y cáncer de cerviz) incluyen el monitoreo de la ganancia de peso durante el embarazo, la provisión de micronutrientes y la consejería para la promoción de la lactancia materna, alimentación complementaria y uso de servicios de salud.

En Honduras, existe atención minuciosa al recién nacido como parte del paquete del AIN-C, debido a la importancia del primer mes de vida en cuanto al buen comienzo de la lactancia y a la necesidad de establecer la práctica del contacto con la monitora. El plan es que la monitora visite la casa donde la madre dio la luz y, si es imposible, que la visite al siguiente día después de haber regresado del hospital.

⁵¹ En Honduras, el módulo materno consistirá en captación temprana, antes de las veinte semanas de embarazo; colaboración en la implementación del plan de parto (si hay signos de peligro en el embarazo, se recomienda el parto institucional); referencia a control prenatal; planificación familiar; consejería en lactancia materna; alimentación e higiene; vacunación, y suplementación con micronutrientes. No se hará el monitoreo de la ganancia de peso de las mujeres embarazadas.

2.3.2/ Distribución de alimentos complementarios

Una premisa de los PCBC como el AIN-C es que la principal causa del crecimiento inadecuado reside en las prácticas no óptimas de cuidado de los niños y niñas y que, en solamente una minoría de los casos, el problema es la escasez de recursos. Por lo tanto, la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de vida y la introducción de alimentos complementarios adecuados después de los seis meses es el enfoque de la intervención alimentaria, en vez de la entrega de alimentos⁵². Tradicionalmente, cuando los recursos de una familia son insuficientes, los programas nutricionales proveen apoyo alimentario a familias con niños o niñas menores. En los cuatro países considerados, los programas de PCBC no prevén la distribución de algún alimento; se enfocan en cambiar las prácticas de alimentación de los niños y niñas, promoviendo la lactancia materna y una correcta introducción y composición de la alimentación complementaria. En algunos casos, las ONG que están implementando el programa distribuyen alimentos; por ejemplo, esto se ha observado en Nicaragua y Honduras de manera mínima e inconsistente, y fuera de la sesión de promoción de crecimiento.

En Guatemala, en los municipios priorizados por el Programa de Reducción de la Desnutrición Crónica, el gobierno, apoyado por el Programa Mundial de Alimento, ha comenzado a distribuir un suplemento en forma de papilla (Vitacereal) en los centros comunitarios y durante las mismas sesiones de promoción del crecimiento del AINM-C⁵³. Es importante recordar que no hay evidencia sobre el impacto marginal que pudiera producir la distribución de alimentos o alimentos complementarios como parte de los PCBC. Guatemala ofrece una oportunidad única para documentar el impacto marginal que pudiera tener la papilla con el programa de PCBC. En todo caso, la distribución de alimentos no ha sido determinante en el desarrollo de los PCBC en Centroamérica.

El programa Oportunidades en México⁵⁴, analizando el impacto de la papilla nutricional (Nutrisano) que distribuye a los niños y niñas menores de cinco años, encontró que el consumo de esta contribuyó de manera importante a una mejor calidad de la dieta en el consumo total de hierro, zinc, vitamina C y otros micronutrientes. Sin embargo, a pesar de la presencia de un componente de educación sobre la papilla, su consumo fue menor al esperado debido a la falta de conocimiento sobre su preparación adecuada, su frecuencia de consumo y su alta dilución intrafamiliar, además de problemas relacionados con el manejo del programa (provisión irregular en el ámbito comunitario, incumplimiento de criterios de focalización, inadecuada sensibilización y capacitación del personal de salud, e inadecuada promoción de la papilla). Esto se tradujo en una falta de impacto sobre la prevalencia de la anemia en los

⁵² La alimentación complementaria es necesaria después de los seis meses, cuando la leche materna, por sí sola, ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes y, por lo tanto, es necesario introducir otros alimentos para que la dieta del niño sea adecuada.

⁵³ Véase el anexo 1.5.

⁵⁴ Neufeld 2006.

niños y niñas⁵⁵. Ahora el programa Oportunidades está considerando el uso de Sprinkles (véase el recuadro 5) después de haber realizado una prueba de eficacia de estos⁵⁶, en la que se encontró que, en los primeros cuatro meses, la prevalencia de anemia en niños y niñas bajó 17 puntos porcentuales (pp) con el consumo de Vitamine (Sprinkles) y jarabe de hierro, pero solamente 4,5 pp con el consumo de papilla. Sin embargo, a los 11 meses, la reducción fue de 33,3 pp con la papilla, 35,5 pp con Vitamine y 39,3 pp con el jarabe. El estudio indica también que hay un mayor consumo de dosis completa de Sprinkles respecto del jarabe y la papilla, y que los Sprinkles representan una opción mucho más económica con la misma cantidad de micronutrientes.

⁵⁵ En la zona rural se registró alguna mejora en las concentraciones de hemoglobina, pero no hubo ningún impacto sobre los niveles de hierro. En la zona urbana no hubo impactos. A partir de septiembre del 2005 se cambió la forma de hierro en los alimentos fortificados, lo que mostró ser más biodisponible. (Neufeld, comunicación personal, septiembre de 2007).

⁵⁶ Neufeld 2007.

⁵⁷ Zlotkin y otros 2005.

⁵⁸ Zlotkin y otros 2004.

⁵⁹ Menon y otros 2006.

Recuadro 5/ Mejoramiento del consumo de micronutrientes por vía de los PCBC

Los PCBC en Centroamérica promueven el consumo de micronutrientes a partir de los seis meses a través de la consejería, la provisión de suplementos de hierro y vitamina A en el ámbito comunitario, y el vínculo con el sistema de salud. Los programas tienen el potencial de realizar una suplementación de micronutrientes efectiva siempre y cuando haya un suplemento apropiado. Por ejemplo, en Nicaragua, el programa PROCOSAN promueve la suplementación de hierro a través del mensaje «Dele 15 gotas de hierro diario» y la provisión gratuita del jarabe en la comunidad. Sin embargo, la prevalencia de la anemia entre los niños y niñas de 0 a 23 meses en Nicaragua supera el 40%. Una de las causas a las que se puede atribuir su limitado impacto es que el suplemento no se consumió en su totalidad como estaba planeado. Por otro lado, el consumo de zinc es muy deficiente en la región y se sabe que este micronutriente es esencial para el crecimiento adecuado.

Recién se han estado introduciendo suplementos alternativos sin aporte calórico, de menor costo y con un potencial para mayor aceptación y focalización a la población objetiva. Los suplementos tipo condimento, conocidos por su nombre en inglés como Sprinkles, vienen en un sobrecito que se puede agregar a cualquier alimento que el niño o niña esté comiendo a partir de los seis meses. Por lo tanto, pueden ser un suplemento adecuado para usarse en los PCBC porque pueden facilitar que el niño o niña consuma la totalidad de la ración esperada de micronutrientes y evitar el problema común de la dilución del suplemento entre los miembros de la familia, problema típico de las papillas. Los Sprinkles pueden contener todos los micronutrientes necesarios para suplementar la dieta del niño o niña en este período crítico de la vida⁵⁷. Existe evidencia en ocho países de que el consumo de suplementos tipo condimento mejora la nutrición de hierro significativamente. Se ha documentado que la reducción de la anemia oscila entre el 55% y el 90% de la condición inicial, dependiendo de la presencia o ausencia de malaria⁵⁸. El único estudio documentado en niños y niñas de entre 6 y 24 meses en Haití, sobre la efectividad de los Sprinkles, indicó un mejoramiento en los niveles de hemoglobina y una reducción en la anemia de los niños y niñas⁵⁹. La provisión de suplementos como los Sprinkles es una actividad prometedor dentro de los PCBC para mejorar el consumo de micronutrientes de los niños y niñas vulnerables que difícilmente van a cubrir sus requerimientos con la alimentación complementaria. A la fecha, ningún PCBC en Centroamérica ha probado el uso de Sprinkles.

2.4. ¿Cuáles son los costos de los PCBC y los AIN-C?

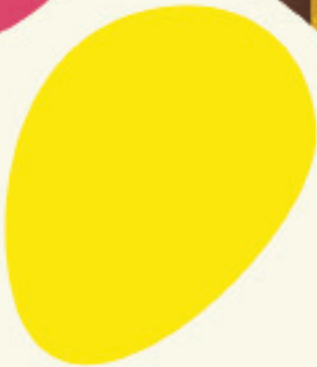
Una estimación de los costos directos del programa facilita una evaluación de las implicaciones de ajustes en varios de los elementos de su diseño. La identificación de requerimientos financieros también sirve para la planificación y los requerimientos presupuestales. El estudio más completo de costos de programas PCBC es el de AIN-C en Honduras que se realizó en el 2003 y constituyó el centro de una interesante discusión en el taller de Honduras⁶⁰. El estudio estima los costos directos iniciales y recurrentes del programa. La estimación se basa en costos e insumos de las diferentes actividades de cada nivel del programa durante las diferentes fases de implementación. Ello incluye entrenamiento, salarios, visitas de supervisión, reuniones en la comunidad y entre monitoras, actividades (monitoreo de peso, visitas domiciliarias y cuidado curativo), transporte e incentivos⁶¹. Según el estudio de Honduras, el costo anual recurrente por niño o niña menor de dos años, participante del programa, es de 5,93 dólares estadounidenses. El requerimiento presupuestal adicional anual a largo plazo por niño o niña menor de dos años que participa en el programa (del año siete en adelante y no incluyendo salarios del personal del ministerio para actividades ya existentes de supervisión, entre otros costos) es de 4 dólares estadounidenses y para los niños y niñas menores de cinco años, si se considera que el AIN-C ofrece a este grupo los servicios de AIEPI, es de 1,60 dólares estadounidenses. El costo de sesión mensual de AIN-C por niño o niña como porcentaje de este en un establecimiento de salud es 11%. En el modelo de AIN-C de Honduras, el 79% de los gastos fueron para cuidados preventivos, mientras que el 21% de los costos fueron para cuidados curativos. En un estudio reciente, que reexamina los costos del programa, Fiedler estima que los ahorros potenciales provocados por el AIN-C para el servicio de salud (reducción de la utilización del centro de salud por problemas relacionados con la nutrición)⁶² en Honduras es equivalente al 60% de los costos anuales del AIN-C⁶³.

60 Fiedler 2003.

61 Fiedler 2003.

62 Hay evidencia de que el programa ayudó a aliviar el trabajo de los operadores de salud. La evaluación de impacto del AIN-C de Honduras encontró que las madres que participaron en el programa sustituyeron visitas a las monitoras por visitas más caras a los servicios de salud. En particular, la evaluación encontró una reducción del 30% en el número de consultas a los servicios de salud para tratamiento de enfermedades respiratorias y del 49% para tratamiento de enfermedades diarreicas.

63 Fiedler, Villalobos y De Mattos (en prensa).



cápítulo 3

EVIDENCIA DE IMPACTO



Una revisión reciente del trabajo sobre el impacto de programas de monitoreo del crecimiento indica que las dificultades en que se encuentran estos programas se deben principalmente a la falta de esfuerzos creíbles para evaluar su impacto en el conocimiento y comportamiento de la madre, en la prestación de servicios de salud y en la salud y nutrición infantil⁶⁴. Por años, los trabajadores en salud comunitaria han reconocido que el monitoreo del crecimiento por sí solo, es decir, la acción de tomar el peso de un niño o niña, no es suficiente para impactar en su crecimiento. Por ello, los programas que promueven el crecimiento, utilizando el peso para guiar un plan de acción para el niño o niña, tienen potencial para impactar en el estado nutricional y de salud. La implementación de los programas PCBC en Centroamérica proporciona una excelente oportunidad para realizar evaluaciones completas y rigurosas de la estrategia de promoción de crecimiento.

Durante el taller se presentaron dos evaluaciones de impacto de programas PCBC, una en Madagascar y otra en Honduras. A continuación se resumen los principales hallazgos de estas evaluaciones.

3.1/ Evidencia de Madagascar: evaluación rigurosa de un programa de gran escala

La evaluación del programa SEECALINE en Madagascar puede servir como modelo para estimar el efecto de un programa PCBC. Este programa se desarrolla a partir de la experiencia del AIN-C de Honduras y tiene como objetivo mejorar la desnutrición mediante el fortalecimiento de las capacidades de las comunidades para atender los determinantes del estado nutricional y mejorar la calidad y cantidad del consumo nutritivo por parte de los niños y niñas en sus hogares. El objetivo general de la evaluación fue estimar el efecto de tener un sitio SEECALINE (centro comunitario de atención nutricional) disponible en la comunidad, independientemente de las tasas de participación de las madres. La evaluación utilizó mediciones antropométricas de la línea de base en 12 mil hogares y de una encuesta de seguimiento de 11 mil hogares seis años más tarde. Utilizando los datos longitudinales de las dos encuestas, se hizo un análisis de diferencias en diferencias: una comparación de las comunidades con y sin el programa (la primera diferencia) y antes del programa y después de él (la segunda diferencia). Además, se realizó la selección de comunidades de comparación según un proceso de apareamiento por puntuación de propensión⁶⁵.

Los resultados⁶⁶ confirmaron que SEECALINE está bien focalizado en las comunidades más pobres y más vulnerables (los sitios SEECALINE

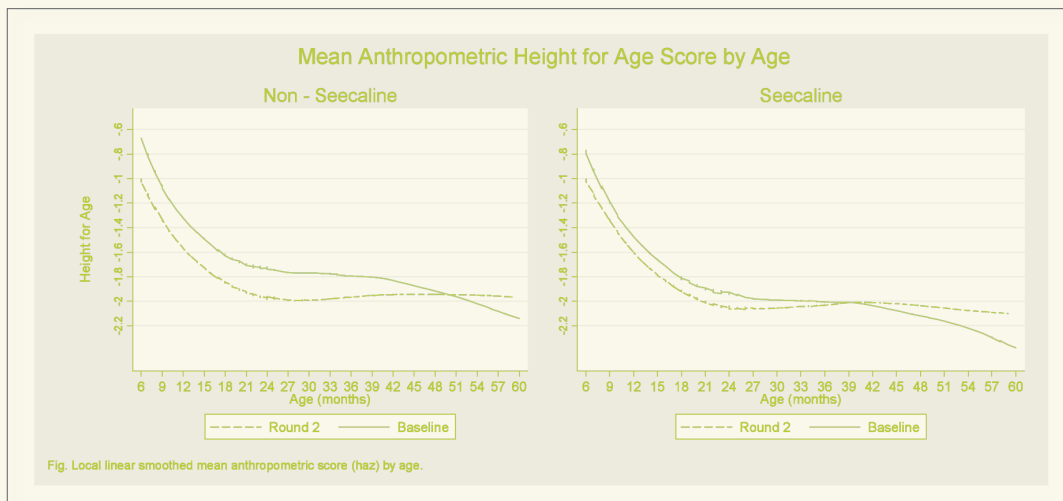
⁶⁴ Garner y otros 2000.

⁶⁵ Galasso y Umapathi 2007.

⁶⁶ Los resultados se controlaron por edad de los niños, orden de nacimiento, educación de la madre y sitio rural o urbano.

empezaron con peores condiciones nutricionales), y contribuye al mejoramiento del estado nutricional de los participantes en el corto y largo plazo. La presencia de SEECALINE produjo una reducción de un punto porcentual por año en la desnutrición crónica y protegió a las comunidades participantes de continuar con las tendencias negativas de desnutrición que se hubiesen producido en la ausencia del programa (figura 17). Este resultado es particularmente relevante debido al hecho de que las áreas de intervención son más vulnerables a los shocks climatológicos y de que el programa se focalizó inicialmente en áreas pobres y con desnutrición⁶⁷. La evaluación también mostró que los niños y niñas menores de tres años en las comunidades SEECALINE se amamantaron exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses, los niños y niñas de entre 12 y 24 meses recibieron tratamiento para diarrea o ingirieron más líquidos durante los episodios de esta, y los niños y niñas de entre 7 y 12 meses comieron una papilla especial⁶⁸.

Figura 17. El programa SEECALINE protegió a las comunidades participantes de tendencias negativas de desnutrición que se hubiesen producido en la ausencia del programa



Fuente: Galasso y Umapathi 2007.

67 Galasso y Umapathi 2007.

68 Galasso y Umapathi 2007.

Esta evaluación aporta lecciones a la experiencia del AIN-C en América Central. En Madagascar, la mayoría de los indicadores que dependían del sector salud (efecto indirecto por referencias: vacunas y cuidados prenatales) no mostraron cambios. Por eso, se concluyó que era necesario fortalecer los vínculos y la interacción con centros de salud básicos y centrarse en el efecto de la disponibilidad del programa en la comunidad. Sin embargo, se observó una baja participación de madres muy pobres y menos educadas, hecho que sugiere que uno de los retos de este tipo de programa es la movilización de los segmentos más pobres de la población. Asimismo, la baja participación de mujeres embarazadas indica que es importante mejorar la estrategia de comunicación dirigida a este grupo. Finalmente, los resultados de la evaluación evidencian importantes complementariedades entre la intervención, la educación de las madres y las infraestructuras comunitarias, hecho que muestra como el conocimiento nutricional es necesario pero insuficiente para asegurar un mejor estado nutricional en hogares que tiene acceso limitado a recursos complementarios.

3.2/ Evidencia de Honduras: comunidades con cinco años con AIN-C

La evaluación de impacto del AIN-C en Honduras se planificó en 1997 con un diseño cuasi experimental de grupo control no equivalente, en el cual las comunidades que se seleccionaron para ser intervenidas por el programa en los centros de salud seleccionados para la evaluación se aparejaron con comunidades de comparación cubiertas por el mismo centro de salud. Las comunidades se aparejaron según su tamaño y su distancia del centro de salud. Asimismo, se hicieron tres mediciones: la línea basal en 1998, la intermedia en el 2000 y la final en el 2002. Al inicio, cincuenta comunidades AIN-C y cincuenta comunidades de comparación se incluyeron. En cada una de ellas, 15 niños menores de dos años fueron medidos y sus madres entrevistadas. La medición intermedia se realizó como una evaluación de proceso y no incluyó medidas antropométricas.

A pesar de los problemas con los datos⁶⁹, análisis preliminares recientes, que controlan por la edad del niño o niña y riqueza en el ámbito del hogar, muestran un efecto positivo sobre la puntuación Z peso para edad ($p=0.004$) de la intensidad de la participación en el AIN-C. Por ejemplo, un mes de incremento en la participación en el programa para un niño o niña de un año de edad, está asociado con un incremento de 0.085 Z peso para edad. Cuando se explora el efecto de la participación por riqueza, se observa que el AIN-C es más efectivo en mejorar la puntuación Z peso para edad ($p=0.005$) en los hogares más pobres⁷⁰.

69 Después de cinco años, la implementación del programa afectó la evaluación de la siguiente manera: (i) la medición final se trató de hacer en las mismas 100 comunidades pero cuatro pares de comunidades tuvieron que ser removidas y la muestra total se redujo a 92 comunidades (Van Roedel y otros 2002); (ii) los datos de base mostraron que las comunidades de los dos grupos difirieron tanto en tamaño como en distancia de su centro de salud, es decir, el aparejamiento no fue exitoso (además, también mostraron diferencias en características socioeconómicas, pues las comunidades del AIN-C eran más pobres comparadas con el grupo de control); (iii) entre 1998 y el año 2002, el Ministerio de Salud decidió introducir el AIN-C en algunas comunidades que pertenecían al grupo de comparación, de modo que el 8,4% de los niños en el grupo de comparación estaban participando en el AIN-C en el año 2002; y (iv) durante el mismo período, cuatro de las seis áreas de salud que estaban implementando el AIN-C perdieron el financiamiento extra de USAID y esta pérdida se acentuó sobre todo en el 2001. Por lo tanto, hubo una reducción en la intensidad de la implementación del programa en estas áreas. 70 Schaetzel y otro 2007.



cápítulo 4

EL FUTURO DE ESTA ESTRATEGIA

Los países donde se han implementado los PCBC en Centroamérica están enfrentado un gran reto relacionado con la institucionalización de dichas intervenciones y, en este sentido, con su sostenibilidad futura. Esta sección discutirá algunos de los retos y oportunidades relacionados con su sostenibilidad como el vínculo de los programas con el sector salud, el papel de las ONG, la potencialidad de una estrategia de comunicación integral, la importancia del compromiso político y la fuerza del sistema de información nutricional.



4.1/ La institucionalización y la relación de los PCBC con el sector de salud y otros actores en el sector social

Los países donde se han implementado los PCBC han enfrentado un gran reto relacionado con la institucionalización de dichas intervenciones y, en este sentido, con su sostenibilidad futura. El carácter de este tipo de intervenciones hace que la institucionalidad pública existente (es decir, centros y puestos de salud «tradicionales») no esté en capacidad de atender a poblaciones extremadamente pobres o que vivan en áreas rurales remotas, principalmente porque el costo financiero por persona atendida es demasiado alto. Por ello, los PCBC se han sustentado, principalmente, en esquemas de provisión de servicios alternativos, utilizando gente de la misma comunidad. A pesar de que muchos programas comenzaron en el sector público se están expandiendo, en muchos casos, mediante la contratación de organizaciones no gubernamentales (ONG). En principio, la utilización de ONG para prestar estos servicios no es otra cosa que una estrategia de descentralización y gobernabilidad cuyo principal objetivo es hacer más eficiente la prestación de un servicio específico y acercar de manera efectiva la oferta de servicios públicos a la demanda.

No obstante, el esquema requerido para proveer los servicios involucrados en las intervenciones de PCBC ha llevado a que usualmente se consideren como una competencia a la institucionalidad existente del sector salud o como programas temporales que eventualmente deberían pasar a manos de dicha institucionalidad. Ello se ha acentuado también por el hecho de tratarse de programas novedosos en términos del esquema de atención (al cambiar el énfasis de atención curativa y distribución de alimentos a prevención y educación), que usualmente han sido financiados por la cooperación internacional. Este hecho ha conducido también a que los ministerios de Salud, en los que usualmente se ubican estos programas institucionalmente, no desarrollen arreglos de implementación y monitoreo, ni adecuen su estructura administrativa.

Durante los últimos años, como resultado de los esfuerzos logrados por las intervenciones de base comunitaria y la necesidad de modernizar los sistemas de salud, en varios países de Centroamérica se ha avanzado significativamente en la institucionalización de los programas. La necesidad de lograr una alianza entre el sector no gubernamental, la oferta pública de servicios y los beneficiarios, junto con el terreno ganado por las ONG en la provisión de servicios que usualmente el Estado no tiene la capacidad de ofrecer, ha llevado a la definición de diversos modelos de institucionalización de los PCBC. En todos los países, estas intervenciones están siendo institucionalizadas en los ministerios de Salud bajo diferentes esquemas. En Honduras, una ONG que tiene un esquema de provisión diferente de la de servicios de salud proveen los

AIN-C. No sucede lo mismo en El Salvador, Guatemala o Panamá, donde las actividades de AIN-C son parte integral del paquete básico de salud. En Panamá, los proveedores son ONG y equipos itinerantes del Ministerio de Salud. En Guatemala, con el fin de llegar a poblaciones indígenas con mayor riesgo y pobreza, el programa se acompañaba de una intervención específica de apoyo a estas poblaciones («Creciendo Bien»⁷¹), mientras que, en El Salvador y Panamá, dicho apoyo se presta a través de los programas de transferencias condicionadas.

En todos los casos, este proceso de institucionalización está siendo acompañado, en diferentes niveles, por medidas como: (i) ajuste institucional del Ministerio de Salud; (ii) fortalecimiento de las apropiaciones presupuestales anuales para estos programas; (iii) fortalecimiento institucional de los niveles regionales de salud, especialmente para afianzar las funciones de supervisión; y (iv) procesos sistemáticos de capacitación a los funcionarios de salud relacionados con el proceso. En todos los casos, igualmente, se ha avanzado de manera significativa en entender el proceso de tercerización como la extensión del brazo ejecutor del ministerio en aquellas zonas y con aquellas intervenciones en las que es más eficiente y efectivo.

Uno de los aspectos que ha ayudado de manera importante a la institucionalización de los programas PCBC es su gran arraigo en la comunidad y la apropiación que el programa logra en este ámbito. Su esquema de operación basado en madres voluntarias y su provisión del servicio en la comunidad han sido factores fundamentales para dicho arraigo. Esto, no obstante, ha llevado a que, a pesar del avance significativo en el proceso de institucionalización de los programas PCBC, aún queden retos por resolver para su consolidación en el largo plazo. Específicamente, no es claro cuál debe ser el balance en la apropiación comunitaria, municipal o institucional (Ministerio de Salud). Si bien el esquema de institucionalización se basa en una extensión del ministerio en zonas remotas y de alta pobreza, no es clara su relación con los municipios en contextos de creciente descentralización y autonomía municipal. Lo que sí se ha aprendido es que la comunidad debe apropiarse de este tipo de programas. Por ejemplo, la continuación de las actividades del AIN-C en Honduras, pese a la falta de financiamiento y el mantenimiento del de PROCOSAN en Nicaragua, muestran la importancia de la apropiación por la comunidad.

Igualmente, las intervenciones de promoción del crecimiento de base comunitaria han evolucionado hacia programas menos sectoriales (en términos de salud) que involucran aspectos muy claros de educación y pedagogía, y particularmente de protección social. En contextos donde programas de protección social integrales están siendo implementados

⁷¹ Con el cambio de gobierno en el año 2007, el programa «Creciendo Bien» dejó de recibir financiamientos, aunque algunos de los elementos claves (capacitación, autoestima de mujeres entre otros) están siendo considerados en el nuevo programa de transferencias monetarias condicionadas «Mi Familia Progresas».

y fortalecidos (como son los casos de Honduras, El Salvador, Nicaragua y Panamá), el papel de programas como el AIN-C es fundamental. Este tipo de procesos está siendo acompañado por el fortalecimiento de instancias multisectoriales en el ámbito nacional (estilo Secretarías de Bienestar o Ministerios de Protección Social), y eso ha llevado a nuevos interrogantes acerca de la ubicación institucional del programa.

Por último, el AIN-C también enfrenta retos en términos de oferta programática de servicios. Por una parte, como se ha mencionado anteriormente, los programas de distribución de alimentos y promoción de estrategias de seguridad alimentaria siguen siendo importantes en Centroamérica. Si bien estas intervenciones tienen un papel que jugar en ciertos contextos muy específicos (como desastres naturales, sequías, inundaciones, etc.), en muy pocos casos se ha logrado trazar una línea que separe estas intervenciones de los programas de prevención de la desnutrición y de los PCBC. En particular, la distribución de alimentos en PCBC puede distraer la atención del objetivo primordial de estos programas, es decir, el cambio de comportamiento de la población y la no dependencia de recursos externos, además de desviar recursos y tiempo del personal. Por otra parte, no es totalmente clara la relación de los programas de PCBC con los programas de transferencias monetarias condicionadas (TMC). Si bien las transferencias condicionadas tienen como uno de sus principales objetivos apoyar financieramente a las familias para que superen las barreras que, por el lado de la demanda, les impiden acceder a los servicios de educación y salud, el AIN-C, por su definición, es un programa que llega directamente a los beneficiarios y, como tal, crea demanda. En este sentido, es necesario medir el impacto que un programa de TMC podría tener en la consolidación de la demanda generada por los programas de PCBC una vez que las transferencias terminan. Los casos de Panamá y de Guatemala, donde los PCBC se están desarrollando como componente de oferta de los programas de TMC, ofrecen oportunidades importantes para dicha evaluación.

4.2/ El papel de las ONG y el reto de la sostenibilidad

Las ONG juegan un papel fundamental en garantizar el acceso a servicios en zonas rurales y vulnerables. Al mismo tiempo, se reconoce que, en algunos casos, las ONG no ayudan a la sostenibilidad del programa: su dependencia de recursos externos y la falta de institucionalización en los ministerios hacen que, al desaparecer los recursos con que cuentan en muchos casos, desaparezcan las ONG también y el apoyo al programa. A veces, las ONG tienen la política de solamente trabajar en un área por un cierto tiempo o tienen metas de cobertura que hacen difícil para los recursos públicos asumir todo cuando sale la ONG de un área. Por

eso, es crítico que los programas de gobierno apoyen e institucionalicen estrategias como los PBCB, y que todos los agentes de implementación y los donantes coordinen las acciones. El desafío es lograr que las autoridades de salud reconozcan que la estrategia constituye un modelo de intervención en salud en el ámbito comunitario y no lo perciban como una estrategia externa (para mayores detalles sobre el balance entre expansión y calidad, véase el recuadro 6).

En Honduras, el AIN-C ha sido implementado por personal de la Secretaría de Salud y a través de ONG. Tomando en cuenta que el AIN-C es la estrategia central de la Secretaría de Salud del país para promover la salud y el buen crecimiento del niño o niña, todas las ONG involucradas en la salud de niñez están obligadas a utilizar la estrategia y las herramientas básicas del AIN-C. Las ONG contribuyen a la implementación, seguimiento y expansión, proporcionando recursos humanos para la capacitación y supervisión del trabajo en el ámbito comunitario y, en el mejor de los casos, asistencia técnica a las unidades de salud locales para que puedan apoyar y supervisar a las monitoras. Además, las ONG proveen fondos importantes para los materiales y la implementación. Su papel más importante es facilitar la expansión en áreas inaccesibles a la red de servicios de salud existente a causa de distancia o marginalización. Al mismo tiempo, la Secretaría de Salud apoya un proceso de capacitación para las ONG con el fin de asegurar la implementación de la estrategia de manera uniforme. En 1999, un grupo de los actores principales en el AIN-C formó un comité interinstitucional para determinar las prioridades para la comunicación en salud infantil (COMSAIN) y para armonizar la implementación del AIN-C entre todos los participantes involucrados. El comité⁷² se reúne periódicamente durante el año bajo la dirección del Programa de Atención Integral a la Niñez del Ministerio de Salud. Este liderazgo de parte de la Secretaría de Salud ha sido clave para la sostenibilidad del programa. La coordinación interinstitucional ha ayudado a resolver problemas en la implementación a través del intercambio de experiencia y recursos por las instituciones participantes. Sin embargo, una lección aprendida ha sido la importancia de mantener al comité, y a los actores involucrados, enfocados en la implementación, y no dejar que se convierta en un comité de donantes.

⁷² El comité cuenta con los siguientes miembros: USAID, BASICS II, UNICEF, PAHO, Cruz Roja Americana y Hondureña, CRS, CARE, Save the Children, Visión Mundial, PRAF y UNAH, CERARH y CENAR (Escuelas formadoras de Auxiliares de Enfermería).

Recuadro 6/ El dilema: expansión en gran escala frente a atención de calidad

Por un tiempo, la expansión del programa AIN-C en Honduras ha ocurrido a un ritmo de dos comunidades al año por centro de salud, con el cálculo que, en cinco o seis años, casi todas las comunidades bajo la responsabilidad de un centro estarían implementando el AIN-C. En muchas ocasiones, las ONG han expresado preocupación sobre la equidad de este proceso y la necesidad de expandirlo a más comunidades en un área de un centro. Por otro lado, el plan de expansión se ha diseñado sobre la base de la capacidad del gobierno de proveer una supervisión adecuada a las nuevas comunidades. El plan de supervisión desarrollado por BASICS con el ministerio tomó en cuenta el nivel de cumplimiento de las monitoras y los resultados obtenidos. La idea fue que las comunidades se liberaran de la supervisión mensual más o menos después del año y que después de dos años podrían operar incluso con menos supervisión. Considerando que las comunidades más viejas también necesitaban seguimiento, el máximo que se podía manejar en términos de supervisión intensiva en un año de implementación era dos comunidades por centro de salud. Honduras se expandió de 150 comunidades en 1998 a 2400 en el año 2002. Ahora, bajo la nueva estrategia de expansión financiada con un préstamo del Banco Mundial, el plan de expansión prevé metas anuales de 250 hasta 500 comunidades nuevas.

En otros países, la experiencia ha sido diferente. En Madagascar, por ejemplo, el gobierno adoptó una estrategia de rápida expansión para llevar el programa SEECALINE en gran escala. Se priorizaron los distritos con tasas de desnutrición global superior al promedio nacional (43%), considerando el apoyo político y la capacidad de las comunidades y disponibilidad de ONG. Entre 1998 y el 2004, el programa se expandió de 362 comunidades a 3,600, un equivalente del 46% de la cobertura nacional. Inicialmente se cuestionó la calidad de los servicios, el aumento en la carga de trabajo de las madres promotoras, la capacidad de las ONG, así como la calidad de la supervisión y la capacitación. A pesar de la crisis que el país sufrió, con el entusiasmo y compromiso de las comunidades y las ONG, la expansión no se detuvo y, además, se concentró en la mejora de la calidad. A través de un cambio de estrategias (generación de sitios móviles para comunidades remotas, organización de viajes de estudios para mejorar autoestima de las promotoras, introducción de la ganancia de peso mínimo esperado y descentralización de la toma de decisión en el ámbito regional) se produjo el mejoramiento de la calidad de las intervenciones. El desafío que el programa enfrenta ahora es la escasa capacidad de las ONG.

En Nicaragua, varios factores han favorecido la institucionalización del PROCOSAN. Primero, las investigaciones previas al diseño del programa y, luego, la conformación de un equipo nacional que conduce el mismo PROCOSAN han constituido la estrategia nacional de salud y desarrollo comunitario (Plan Nacional de Desarrollo, Política Nacional de Salud, Plan Nacional de Salud, Resolución Ministerial de 2003), es decir, el programa está legalmente institucionalizado en el Ministerio de Salud. La implementación en el ámbito local depende del liderazgo y rectoría del SILAIS, y se apoya en el uso de manuales técnicos y guías de capacitación que especifican las normas y estándares de operación. El PROCOSAN cuenta con un comité interinstitucional que tiene como objetivo posicionar el programa en el ámbito nacional (figura 18). También coordina acciones de los diferentes participantes para mejorar la calidad de los programas.

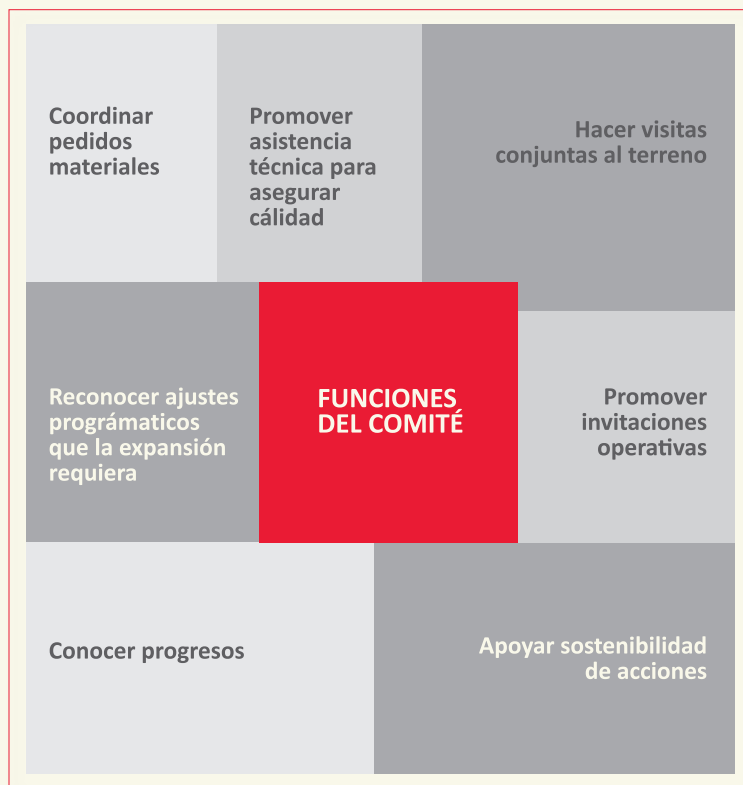


Figura 18.
Funciones del Comité Interinstitucional, PROCOSAN

Fuente: Ministerio de Salud, Nicaragua.

4.3/ Estrategia de comunicación y mercadeo social de los PCBC

4.3.1/ Estrategia de comunicación

Una estrategia de comunicación comprensiva y bien definida juega un rol fundamental en la sostenibilidad e impacto de los programas. Todos los programas de PCBC en Centroamérica tienen un fuerte componente de comunicación construido sobre las bases del mercadeo social y dirigido al mejoramiento de las prácticas en el ámbito familiar y, a veces, comunitario. Sin embargo, los programas carecen de estrategias de comunicación comprensivas y sostenidas para sensibilizar a la población sobre el problema de desnutrición y para acercarla a los propios programas. Es posible que una combinación de elementos de los varios programas pueda formar un programa de comunicación completa con acciones bien definidas para los diferentes ámbitos (central, departamental–municipal, comunidad y beneficiarios).

El programa «Creciendo Bien» en Guatemala desarrolló una estrategia de comunicación que contiene muchos elementos sobre el origen del programa y sus raíces, sensibilizando a la población sobre el problema de la desnutrición, sus causas y las acciones para prevenirla. Para esto se utilizaron los medios de radio, televisión y prensa con el objetivo de estimular la demanda para los servicios y crear una imagen del programa. Además, se elaboraron cuñas radiales en tres idiomas mayas con consejos sobre prácticas adecuadas de alimentación, higiene, autoestima y participación ciudadana. Los otros programas no han tenido este elemento de mercadeo de los conceptos básicos.

4.3.2/ Mercadeo social de los PCBC

Pese a la falta de evidencia de impacto y costo–efectividad de los programas de distribución de alimentos para la reducción de la desnutrición crónica, la relativamente larga experiencia de este tipo de intervenciones y la confusión entre conceptos de hambre y desnutrición ha enseñado a la población que esta debe ser la respuesta natural para combatir este problema. Aun cuando quienes tomen las decisiones estén más motivados para implementar programas de promoción y prevención en la población vulnerable y grupos específicos (embarazadas y menores de 24 meses), existe una demanda por continuar con programas de distribución de alimentos que los convierte en una respuesta fácil y hasta «populista». Para corregir esta situación, es importante implementar un mercadeo social de PCBC que comunique las ventajas, costos y

resultados de este tipo de programas para así hacerlos más prestigiosos y atractivos. Mejorando la información sobre los programas, sus costos-beneficios y sobre los costos de la desnutrición, es más probable que las comunidades mismas demanden estos servicios a sus gobiernos. Al mismo tiempo, si la información sobre el presupuesto e impacto del programa es transparente, se envía el mensaje de que el programa rinde cuentas a las comunidades.

Para el futuro de la estrategia, la importancia del crecimiento como una medida de bienestar general del niño o niña tiene que ser reconocida. Además de los avances técnicos, es sumamente importante que los PCBC monten un programa de mercadeo que enfrente las expectativas de cada audiencia para el concepto de crecimiento, creando entusiasmo y orgullo con cada éxito de un niño o niña que crezca adecuadamente.

4.4/ Consiguiendo y manteniendo el compromiso con el programa y los principios de los PCBC

Conocer la historia de cada uno de estos programas es conocer los altibajos en el compromiso por parte de las autoridades y otros actores principales. Un reto tremendo para el futuro es mantener y fortalecer el nivel de compromiso demostrado en esta instancia.

Hasta el momento, cada país ha contado con un grupo pequeño de personas bien comprometido con los PCBC que los han defendido cuando ha habido ataques o han trabajado fuerte para subir el compromiso cuando este ha disminuido. Las disminuciones han ocurrido principalmente con el cambio de gobiernos o después de ciertos desastres en el país, o cuando un programa nuevo llega con mucha fuerza de un donante. La verdad es que una cantidad enorme de energía se dirige al mantenimiento del nivel de compromiso. Esta necesidad de mantenimiento ocurre en diferentes niveles, en los ámbitos municipal, nacional e internacional con los donantes y fuentes de asistencia técnica.

Obviamente, un problema con el compromiso no se da solamente en relación con los PCBC sino, también, con los diferentes sectores sociales. Sin embargo, aún no hay un programa nutricional en América Latina que haya logrado el nivel de compromiso de Indonesia en los años de 1980, cuando un indicador del nivel de desarrollo nacional fue el porcentaje de niños y niñas que crecían adecuadamente⁷³. Por ello, este indicador penetró las plataformas de cada político, y estos preguntaron si las municipalidades no estaban haciendo todo lo posible para mejorar o mantener el buen ritmo de crecimiento de los niños y niñas menores en sus comunidades, municipalidades, etc. De este modo, el crecimiento fue un indicador de su nivel de logro.

⁷³ El Perú es un país que recién viene desarrollando un importante nivel de compromiso. De hecho, su Presidente ha anunciado una meta nacional para la reducción de la desnutrición crónica y una estrategia de articulación de los programas sociales para lograr tal objetivo.

4.5/ Monitoreo de los PCBC

Una de las ventajas de los programas PCBC es su sistema de información, que se compone de un registro para cada niño o niña en su carné de salud. El registro comunitario de niños y niñas menores de dos años permite el análisis de varios indicadores sobre el programa y, finalmente, la agregación de los indicadores en las «barras» cada mes (véase la figura 16). Una de las debilidades en la implementación de los programas PCBC es la falta del uso de esta información para hacer correcciones en la implementación y lograr los resultados deseados. Esta debilidad no solo se da en los programas PCBC sino, también, en casi todos los programas de este tipo, pero frecuentemente el problema es la falta de indicadores acordados para medir y las herramientas que se usan para medirlos. Este no es el caso de los programas PCBC. Por ello, la implementación de todos los programas debería dar atención especial al monitoreo y averiguar los problemas que enfrentan los implementadores de programas PCBC para utilizar esta información y estas herramientas.

Sin embargo, pareciera que hay algunas barreras en el uso de los datos para mejorar la implementación. Un objetivo para el futuro sería poner más atención en la capacitación en los niveles más operacionales sobre la interpretación de la información. Por ejemplo, las «barras» no son utilizadas tanto como se espera en el ámbito comunitario porque las voluntarias no han adquirido las destrezas para su manejo, es decir, estas llenan las barras pero necesitan más capacitación para poderlas interpretar correctamente y sobre todo promover una discusión sobre ellas en la comunidad que sirva para elaborar un plan de acción y monitorearlo en el tiempo. Esto puede ser también lo que ocurre en el ámbito municipal: el hecho de que las autoridades conozcan las barras, pero no tengan las destrezas para compararlas entre comunidades y a través del tiempo, y así sacar conclusiones sobre donde poner más énfasis, si en la supervisión o en los recursos.

Asimismo, las barreras varían dependiendo del nivel de agregación de los datos. En este sentido, los paquetes de cómputo pueden ayudar tremendamente en la manipulación de la información y en su organización en una forma fácil de interpretar. Varios países han experimentado con programas de computación y con el uso de computadores portátiles en el campo, pero hasta la fecha no hay algo que funcione suficientemente bien a gran escala para ser de uso universal. Los PCBC en Bolivia ya tienen varios programas en uso y están enfocados a tener un programa de computación disponible para todas sus intervenciones, así como una base de datos que permita manejar información en el ámbito nacional. Este tipo de herramientas informática ayudaría bastante en el uso de datos reales para monitorear el progreso hecho por un determinado

programa. El PROCOSAN en Nicaragua ha desarrollado un sistema de información computarizado y está por probarlo. La idea es que todas las ONG que ejecuten el PROCOSAN utilicen en el futuro dicho sistema.



cápitulo 5

**CONCLUSIONES:
PUNTOS PARA LA
DISCUSIÓN FUTURA**

Centroamérica se caracteriza por ser la región con la más alta tasa de desnutrición crónica en América Latina. Dado el ritmo al cual se ha venido reduciendo la prevalencia de la desnutrición, los países centroamericanos difícilmente podrán alcanzar los ODM. A pesar de ello, esta región recientemente ha desarrollado algunas experiencias costo-efectivas de programas comunitarios para la prevención de la desnutrición crónica con resultados preliminares prometedores. Este documento ha presentado evidencia sobre las características operacionales, los avances logrados, las lecciones aprendidas y los desafíos de los PCBC en Centroamérica.

Los PCBC son programas que se basan en la detección temprana de retrasos en el crecimiento de los niños y niñas y que utilizan la consejería individual en prácticas culturalmente adecuadas. Esta última ha sido uno de los elementos más innovadores de este tipo de programas, pues permite combinar el control de desarrollo de los niños y niñas con la vigilancia y las prácticas en el hogar. Los PCBC promueven el entendimiento de los padres acerca del crecimiento adecuado de los niños y niñas a través de la ganancia de peso, un elemento que es simple de entender, ejecutar y transmitir, y que da al monitoreo la sensibilidad necesaria. Además, estos programas están focalizados en menores de dos años y mujeres embarazadas, y eso les permite concentrar los escasos recursos y los esfuerzos en un número menor de niños y niñas, con lo que reducen los costos y evitan la sobrecarga de trabajo del personal.

El estrecho vínculo de los PCBC con los municipios y las organizaciones comunitarias promueve la búsqueda de respuestas a otros problemas que son determinantes importantes del problema nutricional y que están fuera de las capacidades de la familia (agua, saneamiento, etc.). El vínculo de este tipo de programas con los servicios de salud debe contribuir a generar un sistema de referencia, que permita intervenir en los casos en que se detecte retraso de crecimiento o que haya enfermedades serias, y uno de contrarreferencia, que dé prestigio a quien genere la referencia y oriente el seguimiento del niño o niña.

Una premisa de los PCBC es que la principal causa del crecimiento inadecuado reside en las prácticas no óptimas de cuidado de los niños y niñas y que solamente, en una minoría de los casos, el problema es la escasez de alimentos. Por lo tanto, la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros meses de vida y la introducción de alimentos complementarios adecuados después de los seis meses es el enfoque de la intervención. En cuanto a la distribución de alimentos, los participantes del taller reconocieron la importancia de identificar mecanismos para mejorar la focalización de esta en regiones específicas e intervenir rápidamente en respuesta a choques y desastres naturales para apoyar a las familias a enfrentar problemas de acceso a alimentos.

Simultáneamente, se debe diseñar las intervenciones de emergencia con un claro plan de acción para que sean temporales y para que no interfieran con los objetivos de cambio de comportamiento de los programas preventivos.

Por su esquema de operación, basado en madres voluntarias y provisión del servicio en la comunidad, los programas ofrecen una alternativa costo-eficiente para la extensión de los servicios de salud hacia la población más vulnerable, remota y, normalmente, desatendida por los servicios públicos existentes (principalmente porque el costo financiero por persona atendida es muy alto). Igualmente, este enfoque ha permitido que estos programas puedan adecuarse a contextos socioculturales diferentes como es el caso de las poblaciones indígenas que se encuentran entre las que tienen mayor incidencia de desnutrición crónica en los países centroamericanos. Por esa razón, la estructuración del esfuerzo de los voluntarios, el diseño de incentivos adecuado y un plan de capacitación y supervisión continua tienen mucho que ver con el éxito de los programas.

Un reto importante para el futuro es mantener y fortalecer el nivel de compromiso demostrado en los países para los PCBC. Hasta el momento, los diferentes países han contado con un grupo pequeño de personas bien comprometido con los PCBC que los han defendido y han trabajado intensamente para subir el compromiso cuando este ha disminuido. Es importante trabajar en la construcción de compromiso, en la generación de evidencia y en la comunicación de las ventajas de este tipo de programas para que se fortalezcan y se puedan llevar a mayor escala, y porque las intervenciones sean institucionalizadas.

Durante los últimos años se ha avanzado significativamente en la institucionalización de los programas. En todos los países, las intervenciones están siendo institucionalizadas en los ministerios de Salud bajo diferentes esquemas. Uno de los aspectos que ha ayudado de manera importante a la institucionalización de los programas PCBC es su gran arraigo en la comunidad y la apropiación que el programa logra en este ámbito. Aún quedan retos por resolver para su consolidación en el largo plazo. Por una parte, en varios países la expansión de este tipo de programas se ha fundamentado en la contratación de ONG y funciones no públicas que, en algunos casos, son vistos como programas no institucionalizados en los ministerios correspondientes. No obstante, estos esquemas de provisión de servicios también han ganado un espacio importante como mecanismos de la institucionalidad de salud para llegar a poblaciones remotas y marginales. Por otra parte, no es claro cuál debe ser el balance en la apropiación comunitaria, municipal o institucional (Ministerio de Salud). Si bien el esquema de institucionalización se basa

en una extensión del ministerio en zonas remotas y de alta pobreza, no es clara su relación con los municipios en contextos de creciente descentralización y autonomía municipal. Lo que sí se ha aprendido es que la comunidad debe apropiarse de este tipo de programas como muestran la continuación de las actividades del AIN-C en Honduras y el mantenimiento del PROCOSAN en Nicaragua a pesar de la falta de financiamiento.



ANEXOS



Anexo 1/ Los programas PCBC en Centroamérica

Este anexo contiene detalles acerca de los cuatro programas PCBC en Centroamérica. Su primera sección presenta una tabla de comparación; las siguientes explican la implementación, organización y desafíos de cada programa; y la última trata el programa «Creciendo Bien», un complemento al AINM-C en Guatemala.

1.1/ Comparación de programas PCBC en Centroamérica

País	Honduras	El Salvador	Guatemala	Nicaragua
Programa	AIN-C	AIN-C	AINM-C	PROCOSAN
Fecha de iniciación	1991	1990, 2001 en su forma actual	1998, 2005 en su forma actual	2001
Focalización	Niños de 0-23 meses (directo) Niños de 24-60 meses y mujeres embarazadas (indirecto)	Niños de 0-2 años y mujeres gestantes	Niños de 0-2 años y mujeres en edad fértil	Niños de 0-2 años, mujeres embarazadas y lactantes
Recursos financieros anuales	US\$ 2.500.000 (20% nacionales) ^a	No se tiene el dato.	US\$ 29.000.000	US\$ 12.000.000
Cobertura geográfica				
N.º de municipios/ áreas de salud/ comunidades	24 de 42 áreas de salud 2000 comunidades	164 de 220 municipios	41 municipios (necesidades básicas insatisfechas) y 83 (desnutrición crónica)	15 de los 17 SILAIS ^b 1810 comunidades
Población cubierta en porcentajes	10% de la población menor de 2 años	20% del área rural de estos municipios	No se tiene el dato	No se tiene el dato
N.º de beneficiarios				
Niños	30 000	20 000	248 293	72 400
Mujeres	50 000	7000	No se tiene el dato	No se tiene el dato
Familias	No se tiene el dato	No se tiene el dato	770 808	72 400

^a Los recursos actuales para el 2007, con fondos del Banco Mundial, son de 2 500 000 dólares: de estos, el 20% son fondos nacionales. No todos estos fondos son para la implementación de la AIN-C, ya que existen otros componentes de fortalecimiento institucional incluidos en ellos.

^b Sistemas locales de atención integral en salud.

Monitoreo del crecimiento

Beneficiarios	Niños menores de 2 años	Niños menores de 2 años y mujeres embarazadas	Niños menores de 2 años y mujeres embarazadas	Niños menores de 2 años y mujeres embarazadas (planificado)
Método para monitorear la ganancia de peso	Peso mínimo adecuado en función de peso previo	Peso mínimo adecuado en función de peso previo	Peso mínimo adecuado en función de la edad para niños de 0-12 meses y tendencia del crecimiento para niños de 12-23 meses	Peso mínimo adecuado en función de peso previo
Medición de talla	Planificado: cada seis meses por la ONG que implementa el AIN-C en el centro de salud	No por AIN-C, pero sí en los centros de salud	Solo en casos en que se sospecha desnutrición (en el puesto de salud o centro de salud)	No por PROCOSAN, pero sí en los puestos y centros de salud cuando la madre lleva el niño/a a control (se contempla incluir en el censo anual que efectúa el personal de salud la toma de talla)

Actividades

Provisión de suplementos nutricionales	Vitamina A, hierro y zinc: casos de diarrea	Vitamina A, hierro y zinc	Vitamina A, hierro y ácido fólico	Hierro (Sprinkles planificado)
Provisión de alimentos complementarios	No AIN-C	No AIN-C	Un alimento complementario proveído por el programa Vitacereal ^d	No PROCOSAN, pero hay distribución de alimentos en algunas comunidades a través de otras actividades del MINSA
Otras actividades	Registro de recién nacidos, planificación reproductiva, tratamiento de IRA y diarrea con el uso de antibióticos y SRO	Atención básica de morbilidades y atención a la mujer y recién nacido	Atención materno neonatal	Componente de morbilidad, estimulación temprana, educación materna y brigadas de transporte en emergencia

Personal

Personal en el ámbito comunitario	Voluntarios comunitarios (monitoras)	Voluntarios comunitarios (consejera voluntaria de nutrición o de AIN) y promotor de salud pagado	Vigilantes de salud y, en comunidades de Vitacereal, educadoras comunitarias, madres monitoras voluntarias (planificado)	Voluntarios comunitarios (brigadistas)
N.º de horas de trabajo mensual por voluntario	14,9 horas/mes	24 horas por mes (aproximadamente tres días)	No se tiene el dato	No se tiene el dato
Personal/supervisor en el ámbito del sistema de salud	Enfermera auxiliar (será el promotor de salud)	Promotores de salud y facilitadores de los establecimientos de salud	Facilitadores comunitarios	Enfermera auxiliar o enfermera profesional
Razón de supervisores por voluntarios	Un supervisor de campo (promotor de salud) por cada treinta voluntarios	Un supervisor por cada 10-60 voluntarios	Un supervisor por cada 20 voluntarios	No se tiene el dato

^c Ejecutado por los responsables de la evaluación del desempeño (Unidad Departamental de la Unidad de Extensión de Cobertura de la Secretaría de Salud).
^d Papilla para niños y atole para mujeres embarazadas y posparturienta.

Organización				
Colaboración con ONG	CRS, CARE, Save the Children, Vision Mundial	Plan Internacional, Cooperación Canadiense, Cruz Roja Canadiense, Intervida, Save the Children	92 ONG: incluso Plan Internacional, Calidad en Salud, AID, CARE, SHARE, Save the Children	MSH, JHU, NicaSalud, Cruz Roja Nicaragüense, CARE, Save the Children, Plan Nicaragua
Organización institucional	Comité interinstitucional compuesto por miembros del Ministerio de Salud, diversas ONG y otras agencias para armonizar la implementación de AIN-C	Dirigido por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	El Ministerio de Salud provee rectoría, financiamiento, supervisión y apoyo técnico	Comité interinstitucional compuesto por miembros de los ministerios de Salud y de la Familia, agencias donantes, el equipo técnico de PROCOSAN y diversas ONG
Rol del programa en el ámbito nacional	AIN-C es el programa nacional de salud y nutrición para niños	AIN-C es la estrategia del Programa Infantil y de Nutrición del Ministerio de Salud Pública	AINM-C está completamente integrado a la provisión de servicios de salud del primer nivel de atención del MSPAS	PROCOSAN es la estrategia oficial para la atención comunitaria infantil para el ámbito comunitario

1.2/ AIN-C Honduras

Elementos básicos del programa

Personal

Las actividades del AIN-C se realizan, en cada comunidad, a través de monitoras y monitores seleccionados de entre sus propios miembros. En la práctica, trabajan en equipos de tres monitoras por comunidad y tienen bajo su responsabilidad alrededor de veinticinco niños y niñas. El trabajo en equipo ha sido una forma de mantener la motivación de las monitoras, así como su efectividad e interés en el programa. Según algunas investigaciones cualitativas, en el país hay un 15% de cambio de monitoras en promedio⁷⁴.

Monitoreo del crecimiento

En la reunión mensual del AIN-C en la comunidad, tres monitoras trabajan juntas en el monitoreo del crecimiento: una se encarga del pesaje de los niños y niñas; otra, de anotar el peso en la gráfica del crecimiento en el carné de salud infantil y en el listado de niños y niñas menores de dos años en la comunidad; y una tercera, de proporcionar la consejería individualizada a las madres. La gráfica de vigilancia del crecimiento que se encuentra en el carné de salud del niño o niña tiene dos percentiles de referencia: el percentil 3 y el 97, que al ser utilizados como referencia por la monitora le permiten registrar la tendencia del crecimiento de la niñez. Para saber si el crecimiento es adecuado

⁷⁴ Carlos Villalobos, correspondencia personal, 16 de julio del 2007.

o inadecuado, la monitora utiliza las tablas de peso mínimo esperado, en las que se define cuánto debe pesar el niño o niña en su próximo control, dentro de treinta días. Asimismo, se hace la vigilancia de la provisión de suplementos (hierro y vitamina A) y del esquema completo de vacunación de acuerdo con la edad del niño o niña. Hasta el momento, no se ha tomado la talla como un indicador de monitoreo. Sin embargo, con el proceso de institucionalización del programa, se ha previsto que se hará un muestreo de medición de talla cada seis meses. Este será ejecutado por los responsables de la evaluación del desempeño (Unidad Departamental de la Unidad de Extensión de Cobertura de la Secretaría de Salud).

Consejería

Durante la sesión de monitoreo del crecimiento, una de las monitoras proporciona consejería individualizada dialogando con la madre o el cuidador del niño o niña. Para ello se utilizan materiales diseñados para el AIN-C como la Guía para la Acción, que incluye una serie de diagramas que ayudan a la monitora a identificar la problemática del niño o niña y a seleccionar la lámina de consejería más adecuada para la situación. Las láminas de consejería se dividen por grupos de edad (0-2, 3-5, 6-8, 9-11, 12-17, 18-23 y 24-60 meses). La consejería para niños y niñas menores de seis meses incluye la lactancia materna exclusiva (iniciación de la lactancia, agarre, posición y frecuencia) y para los mayores de seis meses, una evaluación de la alimentación (prolongación de la lactancia, iniciación de la alimentación complementaria, preparación, consistencia, frecuencia, cantidad e higiene de la alimentación). La consejería para niños y niñas de 24-60 meses se concentra en el manejo de la enfermedad y la incorporación del niño o niña en la alimentación de la familia. Las láminas permiten a la monitora la aplicación de toda medida o acción que contribuya a mantener o recuperar oportunamente el sano crecimiento y desarrollo del niño o niña. En general, los temas más importantes son la alimentación, el manejo de la enfermedad y la higiene. En el ámbito familiar, hacen visitas domiciliarias para hacer seguimiento de los niños y niñas enfermos, de los que no crecen adecuadamente o no asisten a la reunión mensual, de madres con problemas de lactancia, de bebés menores de seis meses que no están lactando, de embarazadas y de recién nacidos. Las monitoras están listas para dar atención a la demanda espontánea en cualquier momento en que el niño o niña menor de cinco años o la embarazada presenten algún problema.

Referencia

Ciertos casos, como el de niños o niñas con enfermedades graves, con signos de peligro, o con ganancia insuficiente de peso en dos controles seguidos, o como el de mujeres embarazadas sin control prenatal o con señales de peligro durante el embarazo o con niño o niña recién nacido, son referidos por las monitoras al centro de salud, donde se les trata gratuitamente. El centro de salud emite, para la monitora, una contrarreferencia que indica la acción tomada y el seguimiento que esta tiene que realizar en la comunidad si es necesario. Hay casos en los que las monitoras refieren a los niños y niñas al centro de salud y en este no les dan la importancia debida, no los atienden con prontitud, no hacen caso de la referencia o no envían un documento de contrarreferencia. Esta situación constituye, comúnmente, una causa de desmotivación para la monitora.

Acción comunitaria

Las monitoras, el personal de salud y los miembros de la comunidad (autoridades locales, municipales, organizaciones de base comunitaria, patronatos, juntas de agua y maestros) se reúnen tres o cuatro veces al año para conversar, sobre la base de la gráfica de barras, acerca del crecimiento de los niños o niñas y analizar otros problemas de la niñez, el embarazo y la comunidad con el fin de planificar acciones conjuntas que puedan contribuir al mejoramiento de las situaciones encontradas. Las responsabilidades de los beneficiarios son asistir al monitoreo de peso cada mes (niños o niñas menores de dos años no deben faltar a más de dos sesiones por año) y a las reuniones comunitarias cada tres o cuatro meses.

Características del apoyo al programa AIN-C

Capacitación de las monitoras

Las monitoras son capacitadas en tres módulos integrados cada uno en un taller. Inicialmente reciben cinco días de entrenamiento sobre las bases conceptuales del programa AIN-C, incluyendo la promoción del crecimiento para niños y niñas menores de dos años. El gobierno municipal provee fondos para el desplazamiento y las meriendas durante la capacitación.

Después de aproximadamente tres a cuatro meses de práctica en la comunidad bajo supervisión directa del personal de salud o de la ONG, se evalúa si las monitoras han llegado a un nivel de competencia de 95%

según determinado sistema de calificación. De ser el caso, están listas para recibir la capacitación del segundo módulo. Este se ofrece en el segundo taller, que dura tres días, y se concentra en el tratamiento y manejo de las enfermedades prevalentes de la infancia (reconocimiento de signos de peligro, tratamiento de la deshidratación y de las IRA, que incluye uso de antibióticos para neumonía, y referencia).

Se utiliza la misma metodología para decidir cuándo la monitora pasará al tercer módulo, que trata de la mujer embarazada y el neonato, y que también tiene una duración de tres días. Además de la capacitación ofrecida por estos tres módulos, hay entrenamiento en servicio para corregir las debilidades identificadas durante la supervisión. Este reforzamiento ocurre durante las reuniones con el personal de salud y, en algunas ocasiones, una o dos veces al año, en eventos especiales de acuerdo con la disponibilidad del financiamiento. Para garantizar la calidad de la capacitación, los equipos de facilitadores están integrados por personal profesional, especialmente por licenciadas en enfermería y algunos médicos del área, quienes aplican una guía del facilitador que enfoca los puntos claves del AIN-C.

Supervisión

El objetivo de la supervisión es identificar las necesidades de fortalecimiento de las monitoras en las diferentes actividades de AIN-C que se desarrollan en la comunidad. Existe supervisión tanto directa (acompañamiento en el ámbito comunitario) como indirecta (utilización del sistema de información de la unidad de salud). En cada caso, la supervisión es uno de los grandes retos del AIN-C.

Ámbito comunitario. Las enfermeras auxiliares en el centro de salud juegan el papel de supervisoras de apoyo para las monitoras y realizan reuniones mensuales para solucionar cualquier debilidad identificada. La supervisión consiste en el acompañamiento durante las sesiones mensuales de AIN-C y las visitas domiciliarias, en la conformación de grupos de apoyo en las comunidades, en el análisis de la información y de la referencia, y en el esfuerzo por garantizar la participación de las monitoras en las reuniones mensuales con el personal de las unidades de salud. Con el proceso de institucionalización del AIN-C serán los promotores de las ONG los que harán el seguimiento a las monitoras mes a mes y ya no las auxiliares de enfermería, debido a que ellas harán su trabajo dentro de los servicios de salud. El enlace con el personal de salud serán las reuniones mensuales de análisis de información y de referencia en los centros de salud con las monitoras y el promotor de las ONG. Hay un supervisor de campo, que será el promotor de salud por cada treinta voluntarios, es decir, su labor tendrá alcance sobre diez

comunidades. De los veintidós días laborables en el mes, el promotor dedica un promedio de dos días por comunidad y dos días para la redacción de informes. Cada promotor deberá ser supervisado por un profesional de salud experto en AIN-C. Hay un profesional por cada seis promotores, de modo que pueda dedicar tres días por promotor al mes.

Ámbito de los sistemas de información. En las reuniones mensuales se comparten y analizan los datos del mes, y se toman decisiones conjuntas.

Incentivos

Las monitoras reciben incentivos no monetarios. El AIN-C actualmente programa un «calendario» de incentivos para las monitoras con el fin de que, en varios momentos durante el año, reciban reconocimiento por sus labores. De este modo, reciben gorras, camisetas, mochilas, cartas de reconocimiento del Ministerio de Salud o el alcalde, una fiesta anual, diplomas, anuncios por radio y, en algunas áreas, una tarjeta de identificación y viajes en bus gratis, acceso al centro de salud sin esperar y acompañamiento. En algunos municipios, el gobierno municipal paga los costos de desplazamiento de las monitoras al sitio de las capacitaciones, así como sus meriendas durante estas.

Otras actividades del AIN-C

Además del enfoque en los niños y niñas menores de dos años, el AIN-C provee varios servicios a niños y niñas de 24 a 60 meses. Por ejemplo, las monitoras realizan la evaluación necesaria para la identificación de enfermedades prevalentes y el tratamiento de la IRA (neumonía) con antibióticos y de la diarrea y deshidratación con SRO. Asimismo, deciden la referencia para vacunación (refuerzos), para el manejo de enfermedades prevalentes con signos de peligro y para la provisión de suplementos (vitamina A, hierro y, a partir de este año, zinc).

En el ámbito comunitario, las monitoras conforman grupos de apoyo, que reúnen a madres de niños o niñas con problemas similares con el fin de buscar la solidaridad social para enfocar los problemas de crecimiento. En relación con el recién nacido, la consejería se centra en los cuidados inmediatos, en su captación temprana (antes de los siete días de nacido) y en la referencia en caso de que presenten signos de peligro o sea necesario vacunarlos o controlar su crecimiento. En cuanto a las mujeres, las monitoras se enfocan en la captación temprana del embarazo, antes de las veinte semanas; colaboran en la vigilancia de la elaboración del plan de parto; refieren a controles prenatales; identifican signos de peligro; promocionan el parto institucional; enseñan sobre planificación familiar;

ofrecen consejería en lactancia materna, alimentación e higiene; verifican la vacunación; y ofrecen suplementos con micronutrientes (vitamina A). En este momento se está trabajando en el módulo de estimulación temprana.

Monitoreo y evaluación

El AIN-C mide su éxito en su habilidad de mantener a los niños y niñas creciendo adecuadamente, es decir, en el grado en que es capaz de prevenir la desnutrición. Este se determina mediante un monitoreo mensual de la relación entre peso y edad, y una evaluación anual de su impacto en la talla en relación con la edad. Para ello, la Secretaría de Salud entrega, a cada ONG, la línea de base de todos los niños y niñas menores de dos años que se atenderán. Al final de cada mes, las monitoras consolidan la información y construyen las gráficas de barras (coloreándolas en lugar de calcular porcentajes). Estas incluyen cinco indicadores claves: (1) número de niños y niñas menores de dos años en la comunidad, (2) número de niños y niñas pesados, (3) número de niños y niñas con crecimiento adecuado, (4) número de niños y niñas con crecimiento inadecuado y (5) número de niños y niñas con crecimiento inadecuado durante dos meses consecutivos. Estos indicadores sirven de base para enfocar el problema del crecimiento durante las reuniones comunitarias; para planificar las visitas domiciliarias, la supervisión y la acción comunitaria; y para realizar el informe de actividades comunitarias al establecimiento de salud. En reuniones mensuales, el personal de salud y las monitoras comparten la información y el suministro de insumos, analizan los diversos problemas existentes y fortalecen algunos aspectos de interés. En 1998, se realizó una línea de base; en el año 2000, una evaluación de medio término; y, en el año 2002, una evaluación de impacto final.

Costos

Según una evaluación realizada en el año 2002, el costo anual recurrente es, por niño o niña beneficiario menor de dos años, de 6,82 dólares estadounidenses; y por niño o niña beneficiario menor de cinco años, de 2,73 dólares estadounidenses (porque no reciben tanta atención a esta edad). El costo anual recurrente a largo plazo per cápita es de 0,44 dólar estadounidense y el costo de una sesión de monitoreo de peso y consejería por niño o niña como porcentaje del costo del monitoreo a nivel de unidad de salud del Ministerio de Salud es de 11%.

Organización institucional

Aunque la oferta del AIN-C se realiza con proveedores diferentes a los del paquete básico de salud, el vínculo con los servicios de salud es

muy estrecho. Mes a mes, las monitoras van, con los promotores de las ONG, a los centros de salud para la entrega y análisis de la información. El AIN-C ha sido implementado por personal de la Secretaría de Salud y a través de ONG. Dado que el AIN-C es la estrategia central de la Secretaría de Salud de Honduras para promover la salud y el buen crecimiento del niño o niñas, todas las ONG involucradas en la salud de niñez están organizadas y utilizan sistemáticamente la estrategia AIN-C. Así, las ONG contribuyen a la implementación, seguimiento y expansión, pues proporcionan recursos humanos, supervisión y asistencia técnica a las unidades de salud locales para que puedan apoyar y supervisar a las monitoras. Además, las ONG proveen fondos adicionales para materiales e implementación. Su rol más importante es facilitar la expansión en áreas inaccesibles a la red de servicios de salud existente, a causa de la distancia o la marginalización. En 1999 se formó, por iniciativa de la Secretaría de Salud, un comité interinstitucional (el COMSAIN) para determinar las prioridades para la comunicación en salud infantil y para armonizar la implementación de AIN-C entre todos los participantes involucrados. Este comité se reúne periódicamente durante el año bajo la dirección del Programa de Atención Integral a la Niñez de la Secretaría de Salud. Cuenta con los siguientes miembros: USAID, BASICS II, UNICEF, PAHO, Cruz Roja Americana y Hondureña, CRS, CARE, Save the Children, Visión Mundial, PRAF y UNAH, CERARH y CENARH.

Impacto

Véase la evaluación de impacto en el capítulo 3, sección 3.2.

Desafíos

No obstante los logros alcanzados por la estrategia, existen dos retos centrales que el programa debe atender para poder asegurar su consolidación como iniciativa para prevenir la desnutrición. En primer lugar, el AIN-C ha sido puesto en práctica por diversas ONG sin contar con una coordinación sistemática del gobierno. Si bien los materiales utilizados eran los mismos en todos los casos, la forma de implementación variaba de una ONG a otra (algunas seguían la guía del AIN, otras realizaban charlas grupales y otras más solo daban la consejería al niño o niña enfermo, entre otras). La principal causa de esto era la poca participación gubernamental en la estrategia, pues esta se financiaba con fondos donados por la cooperación internacional canalizados directamente a través de las ONG. De igual manera, la estructura administrativa del AIN-C en la Secretaría de Salud era muy débil y virtualmente no había instancias de dirección del programa con capacidad para guiar y coordinar el trabajo de las ONG; aún más importante, no había capacidad de supervisión de las ONG por parte del gobierno. En segundo lugar, y

como resultado de lo anterior, la estrategia AIN-C no contaba con una apropiada institucionalización como programa del gobierno en general, y de la Secretaría de Salud en particular, y enfrentaba un alto riesgo de sostenibilidad en el futuro al depender prácticamente de la donación de fondos internacionales y no contar con una estructura administrativa ni personal dentro de la Secretaría para administrar y supervisar el programa.

Ámbito del programa

Según la evaluación del año 2002, el AIN-C tuvo mayor impacto en los niños y niñas menores de seis meses y menor impacto en los de 12-23 meses. Es necesario resolver este desequilibrio para garantizar un impacto uniforme en toda la población objetivo. Asimismo, hubo un impacto importante y estadísticamente significativo en el conocimiento y actitudes de los cuidadores, especialmente las madres de niños o niñas menores de dos años, pero menos impacto en sus prácticas y en el crecimiento de los niños y niñas. Será necesario traducir el cambio de conocimientos y actitudes en acciones con impactos reales.

Otro desafío es abordar la sobrecarga de trabajo de las monitoras (y otro personal). Se reporta que estas tienen demasiadas responsabilidades, pues múltiples grupos y sectores las quieren capacitar y usar en sus programas. En este sentido, se necesita darles más apoyo en la transición entre un módulo y otro, así como fortalecer, a través de más entrenamiento, sus capacidades para la consejería (por ejemplo, con una mejor comprensión del uso de láminas y mayores destrezas en el diálogo con la madre). Evidentemente, la sugerencia está orientada a fortalecer más el trabajo de las monitoras en el ámbito de la consejería y evitar la sobrecarga que supone para ellas el trabajo en otros programas, que al percibir su carácter de líderes deciden implementar sus actividades con ellas.

Es necesario presentar resultados de proceso y de impacto. Por eso, se debe mejorar el proceso de medición de impacto del programa en cada una de las comunidades y socializar estos impactos con las monitoras, el personal de las comunidades y los gobiernos locales y municipales.

Ámbito institucional

En relación con los aspectos institucionales, el programa, que ha empezado una nueva fase de expansión, enfrenta sobre todo el reto de la coordinación interinstitucional para mejorar el impacto de sus intervenciones. Si otros sectores como educación, agricultura, agua y saneamiento coordinaran actividades en las mismas comunidades donde

se implementa la AIN-C, los resultados serían mejores. El esfuerzo se podría coordinar, por ejemplo, dentro del esquema del programa Red Solidaria impulsado por la primera dama.

Ámbito político

Incorporar el AIN-C en las políticas de combate a la desnutrición es fundamental y ya se hizo en Honduras. Al presente, la expansión de la AIN-C debe ser ordenada y sistemática, y en este proceso de expansión realizar alianzas con otros actores (proceso de reforma del sector salud) extrainstitucionales e intrainstitucionales. Este proceso también se encuentra avanzando con la definición de la Red Solidaria como un programa de protección social integral, en el cual la estrategia AIN-C constituye uno de sus aspectos centrales.

1.3/ AIN-C El Salvador

Origen

En El Salvador —al igual que en Honduras— a pesar de la existencia de **varias intervenciones en alimentación y nutrición, la desnutrición crónica** disminuía muy lentamente y la brecha entre el área urbana y la rural seguía aumentando. Por eso, el gobierno reconoció que era necesario redoblar sus esfuerzos, sobre todo en el área rural, para mejorar la situación nutricional de los niños y niñas y las mujeres embarazadas, y disminuir las inequidades regionales. El programa AIN-C, que en El Salvador significa Atención Integral en Nutrición en la Comunidad, se inició en 1990 por iniciativa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), y con el apoyo del Banco Mundial en lo referido a materiales, equipo y financiamiento para capacitaciones y evaluaciones. La primera fase consistió en formar voluntarias para brindar educación nutricional sin el componente de monitoreo del peso. En el año 2001 se rediseñó el programa, con el apoyo de USAID, para incorporar el monitoreo de peso y otros servicios. Desde el inicio se planteó implementar, en forma gradual, el programa en el ámbito nacional. Como el programa de Honduras, el AIN-C de El Salvador prioriza y se focaliza en los grupos más vulnerables y se concentra en los períodos críticos de la vida. En este momento cuenta con la participación de veinte mil niños y niñas menores de dos años, y siete mil mujeres embarazadas; asimismo, cubre 164 del total de 220 municipios del país, y se halla presente en alrededor del 20% de su área rural. En comparación con el AIN-C de Honduras, el programa de El Salvador incluye el monitoreo de ganancia de peso de la embarazada y consejería nutricional para ella.

Aspectos esenciales del programa

Personal

La estrategia es desarrollada por voluntarios comunitarios (aproximadamente 90% mujeres y 10% hombres), promotores de salud y un equipo local de salud. Los voluntarios o consejeras voluntarias de nutrición (o de AIN) son seleccionados por la comunidad. Se organizan en equipos de tres por comunidad y tienen a su cargo aproximadamente 40–50 niños y niñas menores de dos años. En todas las comunidades AIN, el MSPAS tiene un promotor de salud pagado con presupuesto del Ministerio, quien es responsable de acompañar a las voluntarias en las sesiones y de brindar otras atenciones en salud como vacunación, suplementos con micronutrientes y atención básica de morbilidades.

Monitoreo del crecimiento

Una vez capacitadas, las monitoras son responsables de identificar a los niños y niñas menores de dos años y las mujeres embarazadas y lactantes, así como de llevar a cabo sesiones mensuales de promoción del crecimiento con el fin de determinar si la ganancia de peso es adecuada o inadecuada. Se evalúa la ganancia de peso mínimo esperada con la misma tabla empleada en el AIN–C en Honduras y se califica el crecimiento como crecimiento adecuado (azul) o inadecuado (rojo) en los listados por niño. Luego, al final de la sesión, se completa un informe mensual, en el cual se evalúa el conjunto de niños y niñas, analizando en detalle el indicador de crecimiento inadecuado por dos meses consecutivos. Este indicador es el que la red de ONG de Centroamérica evalúa como posible indicador de alerta temprana de problemas de alimentación y nutrición en las comunidades. La gráfica que se utiliza para el monitoreo de mujeres embarazadas es igual a la que se usa en el caso de los niños y niñas. De la misma manera, la gráfica comunitaria que se analiza en las asambleas comunitarias es la misma, pero más grande. No se monitorea la talla de los niños y niñas.

Consejería

Los voluntarios ofrecen consejería personalizada en prácticas de cuidado y prevención de enfermedades, así como en el uso adecuado de los servicios de salud existentes, sin necesidad de tratamientos costosos. La consejería se realiza utilizando materiales educativos diseñados teniendo en cuenta lo que las familias pueden y quieren hacer según sus recursos, y basados en una investigación formativa realizada en una muestra de los municipios más pobres del país. Se enfocan en las

prácticas de alimentación y nutrición más problemáticas pero con mayor potencial de ser modificadas, aun dentro de los límites de la pobreza.

Referencia

Las monitoras hacen visitas domiciliarias a los niños o niñas que estén enfermos o que presentan crecimiento inadecuado, y a las embarazadas con ganancia inadecuada de peso o enfermas. Refieren a los niños y niñas o las embarazadas que presentan ganancia inadecuada de peso por dos meses consecutivos o alguna enfermedad al promotor de salud o al establecimiento de salud, donde se les brinda atención médica gratuita. Así, el AIN-C mejora la equidad al acercar los servicios de salud a la comunidad, al mismo tiempo que aumenta la cobertura de estos servicios en poblaciones de poco acceso.

Acción comunitaria

Las monitoras y el personal de salud se reúnen semestralmente con los miembros de la comunidad y sus líderes, y otras instituciones u ONG con presencia en la comunidad (algunas veces participa el alcalde). En estas reuniones se presenta la situación del crecimiento de los niños y niñas y de las mujeres embarazadas (utilizando las gráficas comunitarias), y los aspectos que lo puedan estar afectando. Luego se discuten las posibles soluciones entre todos los miembros de la comunidad. El proceso es dirigido por el personal de salud. El reto principal es la falta de habilidades y de tiempo del personal de salud para el trabajo comunitario que estas reuniones implica: en muchos casos se convierte en una simple presentación de la situación, sin profundizar en las causas y las soluciones comunitarias a los problemas que no están asociados a la salud directamente sino, más bien, a la inseguridad alimentaria y al acceso a los servicios de agua y saneamiento⁷⁵.

Características del apoyo al AIN-C

Capacitación de las consejeras voluntarias

La capacitación se caracteriza por ser práctica, continuada, enfocada en la adquisición de habilidades y destrezas, y ajustada al tiempo de las voluntarias. El plan inicial es de cuarenta horas (cinco días) y el plan anual de una mañana cada dos a tres meses, e incluye temas pendientes o que necesitan refuerzo como signos de peligro de enfermedades, estimulación del desarrollo y otros. Se ha evidenciado que es más eficiente reducir la capacitación inicial a los aspectos básicos e incorporar otros

⁷⁵ Irma Yolanda Núñez, comunicación personal.

temas en la educación continua, incrementar la capacitación en servicio y que personal especializado monitoree la calidad de la capacitación.

Supervisión

En El Salvador, el sistema de supervisión cuenta con la participación de un promotor de salud capacitado, pagado con presupuesto del Ministerio de Salud, en las sesiones mensuales y una enfermera facilitadora que trabaja en el ámbito del municipio y de la unidad de salud del área realizando reuniones mensuales con todas las voluntarias y haciendo visitas con alguna frecuencia a la comunidad (como parte de la estrategia de extensión de la cobertura el sistema de salud rural provee un equipo móvil). Asimismo, se cuenta con una nutricionista que también debe supervisar y monitorear un número determinado de municipios. La supervisión es una de las debilidades del programa. Se realiza a través de los equipos regionales, los equipos de SIBASI, el establecimiento de salud y los promotores. La práctica ha demostrado la importancia de tener personal especializado en monitoreo y supervisión para garantizar una mejor ejecución. Además, tener el mismo personal supervisando varios niveles garantiza un mejor seguimiento e identificación de los problemas en los diferentes niveles del sistema de salud.

Sistema de supervisión en El Salvador



Incentivos

Las monitoras cuentan con los siguientes incentivos: alimentación y transporte para la capacitación inicial y para algunas de las reuniones mensuales de educación continua, materiales educativos, mochilas, celebración anual del Día de la Madre por el establecimiento de salud, inclusión en reuniones del personal de la unidad de salud, pequeños regalos periódicamente (gorras, toallas, mantas y tazas) y adquisición constante de nuevos conocimientos, que incluye actividades de mejora de la autoestima.

Otras actividades del programa

La estrategia AIN-C comprende la revisión del esquema de inmunización de niños y niñas y la suplementación preventiva con micronutrientes esenciales (hierro, vitamina A y zinc). La atención materna consiste en cuidados básicos del recién nacido y la identificación de signos de peligro de morbilidades prevalentes de la infancia y del embarazo. En el ámbito comunitario, los voluntarios forman «grupos de apoyo» que ofrecen sesiones demostrativas de preparación de alimentos y organizan reuniones semestrales abiertas a toda la comunidad para la discusión

de las causas de los problemas de salud y nutrición de los niños y niñas y las embarazadas. El programa involucra la corresponsabilidad de las familias y la comunidad en el cuidado de la salud y nutrición. Por su parte, los beneficiarios deben participar en las sesiones mensuales de monitoreo de peso, cumplir las recomendaciones de los voluntarios y participar en las reuniones semestrales. Para lograr la corresponsabilidad y la participación de las familias y las comunidades, los voluntarios las proveen con información y habilidades que les permitan mejorar su autoestima y desarrollar la confianza sobre su capacidad y poder para resolver la mayoría de sus problemas.

Monitoreo y evaluación

El monitoreo se realiza mensualmente por medio de reuniones, en las que se reporta sobre la base del sistema de información del Ministerio, y anualmente a través de una evaluación de indicadores básicos. El sistema de información está integrado al sistema de información de la Red de Establecimientos de Salud e incluye indicadores básicos que se establecen en la sesión de AIN tanto para niños o niñas menores de dos años como para embarazadas. Estos indicadores se pueden monitorear mensualmente a nivel nacional, pues ingresan, desde cada unidad de salud, en un sistema electrónico que consolida todas sus comunidades AIN.

Costos

No hay información disponible.

Organización institucional

El AIN-C está dirigido por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y constituye una estrategia de su Programa Infantil y de Nutrición.

Cuenta con la participación de varias ONG como Plan Internacional, Cooperación Canadiense y Save the Children (apoyo logístico), así como con la ayuda de la Cruz Roja Canadiense, Intervida y algunas ONG en la implementación de proyectos de extensión de cobertura con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial (BM). USAID apoya con materiales, equipo y financiamiento para capacitaciones y evaluaciones.

Enlaces con otros programas

Hay enlaces con otros programas como, por ejemplo, una integración con el Programa de Salud Comunitaria, la estrategia AIEPI (identificación

de signos de peligro y atención oportuna), el Programa de Parteras y Estrategia de Plan de Partos y el Programa de Provisión de Suplementos con micronutrientes. Actualmente se desarrolla una prueba piloto con UNICEF de un componente de estimulación temprana. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social intenta extender el AIN-C a todas las comunidades en los municipios más pobres y priorizados por la Red Solidaria. Como parte de la estrategia de extensión de la cobertura de servicios de salud rural (con apoyo del préstamo al sector salud del Banco Mundial) se plantea utilizar un equipo móvil que incluye una nutricionista por cada treinta mil habitantes en algunas áreas del país. Se espera que la nutricionista alcance a capacitar, por lo menos, a promotores y a algunos grupos de voluntarias.

Características distintas

En comparación con el AIN-C de Honduras, el de El Salvador incluye el monitoreo de ganancia de peso de la embarazada y consejería nutricional para ella. Además, el MSPAS tiene un promotor de salud pagado en casi todas las comunidades AIN.

Impacto

Hasta el momento se ha notado mejores indicadores de lactancia materna, y también elevadas coberturas con micronutrientes e inmunización. Asimismo, se ha registrado un incremento en la búsqueda de ayuda y una disminución de la prevalencia de las IRA y la diarrea. A la fecha no existe una evaluación de impacto del programa.

Desafíos

Desafíos en el ámbito del programa

Hay dudas de que, mientras se expandan los servicios a gran escala, se pueda mantener su calidad, aspecto necesario para poder obtener un mayor impacto. Los procesos de supervisión, monitoreo y evaluación pueden apoyar el control de calidad y, por eso, es necesario asignar recursos para ellos.

Desafíos en el ámbito institucional

El proceso de expansión del programa preveía desarrollarlo en el 100% del área rural de los cien municipios más pobres del país. Esta extensión de la cobertura debía ser apoyada por el BID y por el BM, pero la Asamblea de El Salvador canceló este proyecto mientras se redactaba

este documento. Evidentemente, el éxito del programa depende del empoderamiento no solo de los voluntarios y del personal del AIN-C, sino, también, de todos los profesionales de la salud, y especialmente de las autoridades que definen las prioridades en salud. En este sentido, se necesita institucionalizar el programa de manera que todos los profesionales de la salud lo conozcan y lo apoyen en cada nivel. El reto es hacer que el país vea el AIN-C como una estrategia de atención primaria en salud a través de la cual se podrían desarrollar los procesos de atención en salud en el ámbito comunitario e integrar a los voluntarios a la red de salud. Quizá lo más importante será el fortalecimiento institucional del Ministerio de Salud y el mejoramiento de la coordinación entre instituciones y autoridades.

Desafíos en el ámbito político

Asimismo, hay dudas sobre la posibilidad de integrar varias acciones dentro de un solo modelo de atención en el ámbito comunitario y, de este modo, lograr un mayor impacto a corto y mediano plazo. Por un lado, se necesita la sostenibilidad del voluntariado y recursos para la supervisión y el monitoreo sistemático del programa; y, por el otro, los materiales y equipo necesarios para un área más amplia. Además, se desea una integración con otras estrategias para evitar la duplicidad de esfuerzos en el ámbito comunitario y se depende del mantenimiento de lineamientos oficiales de implementación de la unidad de salud comunitaria en nutrición y tratamiento del niño y la mujer tanto para el programa de atención primaria en la comunidad como para las ONG u otras organizaciones que quieren implementar la estrategia.

1.4/ PROCOSAN Nicaragua

Origen

En Nicaragua, el AIN-C se replicó para cumplir con la meta de reducir la desnutrición crónica en la estrategia reforzada de crecimiento económico y reducción de la pobreza (ERCERP) del gobierno en el año 2001. Inicialmente, el Programa Comunitario de Salud y Nutrición (PROCOSAN) fue un componente de la atención primaria en salud del Proyecto de Modernización del Sector de Salud financiado por el BM y desarrollado como programa piloto. En el año 2003, una segunda fase del PROCOSAN incorporó un componente de morbilidad que desarrolla las actividades de atención a la enfermedad incluidas en la estrategia de atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia comunitario (AIEPI).

El Ministerio de Salud (MINSa) ha adoptado el PROCOSAN como su estrategia oficial para el ámbito comunitario. De este modo, la capacitación del personal comunitario y el seguimiento del programa están a cargo del personal de salud. El programa cuenta con apoyo financiero del gobierno de Nicaragua, así como de algunas ONG locales e internacionales. Actualmente, el PROCOSAN se implementa en quince de los diecisiete sistemas locales de atención integral en salud (SILAIS) y cubre 1.810 comunidades y 72.400 beneficiarios (con el mismo número de familias y niños/niñas). Se encuentra en la fase de expansión nacional.

En comparación con el AIN-C de Honduras, el PROCOSAN utiliza un sistema de criterios de calidad sobre cada elemento del programa. Además, desarrolló una estrategia de comunicación diseñada sobre la base del mercadeo social.

Descripción del programa

El PROCOSAN tiene como objetivo mejorar el crecimiento y prevenir la desnutrición en los niños y niñas menores de dos años, prevenir enfermedades en la niñez menor de cinco años y mejorar el estado nutricional de las mujeres embarazadas. Estos objetivos se traducen en dos componentes:

- El componente niñez, que se enfoca en la promoción del crecimiento y desarrollo mediante acciones de vigilancia del crecimiento, la estimulación temprana (primera fase), la consejería para mejorar prácticas de alimentación y los cuidados en los menores de dos años, así como acciones de atención a la morbilidad (segunda fase); y

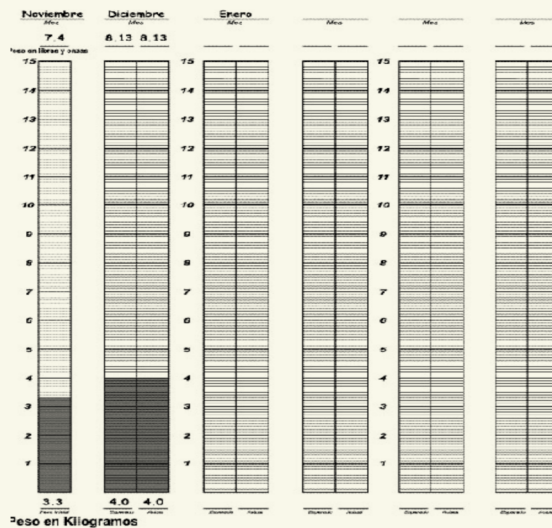
- El componente materno, que se enfoca en acciones de nutrición en la embarazada mediante la vigilancia de la ganancia de peso⁷⁶ y el suplemento nutricional con hierro.

El mensaje principal que trasmite el programa es el «autocuidado» para niños y niñas y las familias en la comunidad. El PROCOSAN pretende prevenir que los niños o niñas se enfermen, mientras mejora y refuerza las costumbres positivas de las familias para asegurar que estos crezcan satisfactoriamente.

Personal

Tres voluntarios comunitarios, llamados brigadistas, atienden un promedio de veinte a veinticinco niños–niñas por comunidad o sector.

Monitoreo del crecimiento



La estrategia de comunicación del PROCOSAN diseñó, en conjunto con las madres, un instrumento que les permitiera ir vigilando el aumento o ganancia de peso de sus hijos e hijas. «El recordatorio de peso de mi hijo» permite a la madre establecer un patrón de colores que le ayuda a visualizar el crecimiento de su hijo o hija.

Este instrumento registra el peso del niño o niña que asiste a la sesión de pesaje de manera mensual y permite determinar la tendencia del crecimiento comparando el peso actual del niño o niña

con el peso mínimo esperado⁷⁷: si el niño o niña alcanza este mínimo, su crecimiento es satisfactorio; y, si no lo alcanza, el crecimiento es insatisfactorio.

Este instrumento marca cuánto debe pesar el niño o niña el próximo mes (peso mínimo esperado). Si el niño o niña tiene una ganancia de peso satisfactoria, el brigadista pinta en color azul las barras del recordatorio

⁷⁶ Hasta el momento no se está pensando a las mujeres embarazadas.

⁷⁷ Se calcula con la tabla de peso mínimo esperado.

correspondiente al mes de pesaje; y si el niño o niña no ganó el peso requerido, se pinta en rojo. De este modo, el brigadista puede explicarle a la madre cuánto peso debe ganar su niño o niña en la próxima sesión.

El programa no realiza toma de talla. Actualmente se contempla la idea de incluir la toma de talla en el censo anual que efectúa el personal de salud. Esta variable será dependiente de la actualización en los nuevos estándares de crecimiento.

Durante la sesión de monitoreo del crecimiento en la comunidad se realiza la atención del niño o niña enfermo menor de cinco años. Para dicha actividad, las brigadistas cuentan con herramientas que les permiten identificar señales de peligro de las enfermedades prevalentes y realizar la referencia oportuna de estos niños o niñas a la unidad de salud. En el caso de que no se identifiquen señales de peligro, se brinda orientación sobre el manejo casero durante la enfermedad y sobre la alimentación durante este período.

Consejería

Una de las principales actividades del PROCOSAN es brindar consejería individualizada a cada madre que asiste a la sesión de pesaje. Esta consejería se basa en la edad y en el resultado del crecimiento del niño o niña cada mes, es decir, en si su crecimiento es satisfactorio o insatisfactorio. El propósito de la consejería es llegar a acuerdos o compromisos con las madres para mejorar o reforzar las prácticas de alimentación con el menor de dos años en el hogar, así como de manejo del niño o niña enfermo en la casa, a través de láminas de consejería que se usan para «descubrir» problemas y seleccionar consejos. Las recomendaciones deben corresponder a la situación de cada niño o niña. Por ello, las láminas de consejería se diseñaron como parte de la estrategia de comunicación y los resultados de la investigación consultiva realizada en el país, y las recomendaciones con la participación de las comunidades y según el contexto de las familias y su capacidad de cambiar sus prácticas. La brigadista negocia con un miembro de la familia (generalmente la madre) para lograr un compromiso dirigido a mejorar dichas prácticas. Si es necesario, las brigadistas hacen visitas domiciliarias.

Para cada grupo de edad se han definido comportamientos con base en las normas de alimentación del MINSA. Los comportamientos que se promueven son los siguientes:

- Grupo de 0 a 5 meses: lactancia materna exclusiva y a libre demanda; no dar agua, alimentos u otros líquidos; y extracción manual de la leche materna.

- Grupo de 6 a 8 meses: iniciar la alimentación complementaria haciendo uso de sopas espesas; alimentar al niño o niña al menos dos veces; darle ocho cucharadas de comida cada vez que se le alimente; y continuar con la lactancia materna a libre demanda.
- Grupo de 9 a 11 meses: continuar con la lactancia materna; alimentar al niño o niña con sopas espesas o alimentos machucados; alimentarlo al menos tres veces al día y darle doce cucharadas de comida cada vez que se le alimenta; acompañar al niño o niña durante la alimentación; y estimularlo a que coma todo lo que hay en el plato.
- En el grupo de 12 a 23 meses: integrar al niño o niña a la dieta que consume la familia; alimentarlo al menos cuatro veces; incluir meriendas; dar dieciséis cucharadas de alimentos; dar una variedad de alimentos; acompañar al niño o niña durante las comidas; y estimularlo a que ingiera todo lo que se sirvió en el plato.

Además, el PROCOSAN ha diseñado un plato graduado, con el que se le explica a la mamá la cantidad de comida que le debe dar a su niño de acuerdo con el grupo de edad. Cada grado que contiene el plato corresponde a un grupo de edad, y este se entrega a partir de los seis meses, cuando se inicia la alimentación complementaria de los niños.

Referencia

Los brigadistas realizan la referencia a la unidad de salud más cercana de todos aquellos casos de niños o niñas y mujeres que necesitan que su estado de salud sea evaluado por personal calificado. Para realizar la referencia se cuenta con un instrumento denominado «boleta de referencia y contrarreferencia», que contiene las principales razones por las cuales una persona debe ser evaluada en la unidad de salud. Dentro de las principales razones se encuentran las siguientes: crecimiento insatisfactorio dos meses consecutivos, enfermedades, vacunas incompletas, necesidad de una dosis de vitamina A, partida de nacimiento o registro civil.

La referencia puede realizarse durante la sesión de monitoreo del crecimiento, la visita domiciliaria o en cualquier momento en que la madre o algún otro miembro de la comunidad se lo solicite al brigadista. Aproximadamente, el 10% de niños o niñas son referidos en cada sesión mensual.

La visita domiciliaria se realiza por los siguientes propósitos: dar continuidad a la atención que se brinda en la sesión de pesaje; profundizar en las recomendaciones y asegurar que la madre pueda poner en práctica los compromisos adquiridos durante la sesión de pesaje; dar seguimiento a los niños o niñas que tienen crecimiento insatisfactorio o que no han

asistido a la sesión de monitoreo del crecimiento; y dar seguimiento a los niños o niñas que están enfermos o que fueron referidos a la unidad de salud. Para planificar las visitas domiciliarias existe un formato, en el cual se anotan los niños o niñas que se visitarán de acuerdo con los criterios establecidos en el Manual de Brigadistas.

Acción comunitaria

Cada cuatro meses, el grupo de brigadistas le solicita al comité de la comunidad una reunión para revisar en conjunto los resultados de las gráficas agregadas que se muestran arriba. A esta reunión también asiste el o la responsable del servicio de salud que cubre la comunidad. Los reunidos ven cómo ha evolucionado el estado nutricional de los niños y niñas en los últimos cuatro meses y, si observan un deterioro en el ámbito comunitario, identifican las posibles causas y buscan opciones para evitar que la situación continúe igual en los siguientes meses. Esta reunión promueve la participación comunitaria en la vigilancia y el mejoramiento de la nutrición de los niños y niñas de la comunidad.

Características del apoyo al PROCOSAN

Capacitación

La estrategia de capacitación del programa está dirigida a «construir capacidades en las comunidades para que sus miembros puedan adquirir más control sobre sus recursos, en particular sobre la salud y nutrición de sus niños y embarazadas».

El componente de capacitación del PROCOSAN está formado por tres subcomponentes básicos: una capacitación inicial, la supervisión de la capacitación como un acto fundamentalmente educativo y el entrenamiento en servicios como la interacción que se produce entre el personal del puesto de salud (médico, personal de enfermería u otro) y un grupo de brigadistas con el propósito de informar, promover cambios de conducta o motivar, complementar o reforzar el manejo del proceso con los contenidos técnicos y otros.

La capacitación se realiza en dos niveles: (1) el del personal de salud responsable de los puestos de salud donde se implementará y desarrollará el PROCOSAN; y (2) el de los brigadistas seleccionados por la comunidad que implementarán y desarrollarán todas las actividades definidas por el programa.

La estrategia de capacitación tiene ejes temáticos definidos para cada uno de los dos niveles de formación de recursos humanos. Al personal de salud se le explican los aspectos técnicos del programa, su definición, sus objetivos, sus componentes, su enfoque, las estrategias de comunicación y capacitación, el marco conceptual y las actividades generales del programa. Asimismo, se le explican los aspectos gerenciales y operativos del programa: las actividades de implementación, el monitoreo (seguimiento y supervisión), los principales actores en la comunidad y sus responsabilidades, las funciones y responsabilidades de cada nivel administrativo del MINSA, así como la forma en que se hará el abastecimiento de los materiales e insumos del programa.

La capacitación a los facilitadores tiene el propósito de perfeccionar las habilidades y destrezas docentes del personal, a fin de que organicen, desarrollen y evalúen en forma autónoma sus propios procesos de capacitación. De este modo, se guía al personal en aspectos como el uso de un lenguaje sencillo, la forma de realizar una demostración, la manera de liderar un ejercicio y el desarrollo de las actividades de capacitación.

La capacitación a los brigadistas incluye los siguientes aspectos:

- ¿En qué consiste el programa y las actividades que desarrolla? ¿Qué personas participan en él? ¿Cuáles son las funciones de cada brigadista y el tiempo que debe dedicarles?
- ¿Cuáles son los elementos técnicos necesarios para la toma de peso, el manejo del listado, así como la papelería operativa del programa en la consejería y la negociación?
- ¿Qué personas y organizaciones de la comunidad intervienen en el PROCOSAN?
- ¿Cómo deben ser sus relaciones con el personal de salud? ¿Qué tipo de coordinación deben tener con este? ¿Qué información se debe compartir?
- ¿Cuáles y cómo deben ser sus relaciones en el ámbito comunitario? ¿Cómo se realizan las reuniones comunitarias? ¿Cómo se prepara la información que se presenta a la comunidad? ¿Cuál es el propósito y la importancia de la visita domiciliaria?

Tanto la capacitación del personal de salud como la de brigadistas se realiza en dos momentos: en primer lugar, la capacitación en el componente de vigilancia y promoción del crecimiento y estimulación temprana que se desarrolla en cinco días continuos; y, en segundo lugar, la capacitación en el componente de morbilidad que se desarrolla en tres días continuos. El componente de morbilidad se inicia después de seis meses de haberse implementado el componente de vigilancia y promoción del crecimiento en cada comunidad.

Supervisión

El equipo de supervisión está constituido por las responsables del PROCOSAN en los puestos de salud. Pueden ser la enfermera, el educador comunitario y la auxiliar de enfermería. Se ha establecido que, al inicio del programa, la supervisión debe realizarse con continuidad y que, por lo menos, debe haber de seis a ocho meses de seguimiento continuo. Después de este período, el programa estipula la supervisión cada dos meses.

En Nicaragua, la supervisión de las brigadistas está a cargo del responsable del puesto de salud. En general, esta persona es la enfermera auxiliar, pero a veces se cuenta con enfermeras profesionales que están a cargo del puesto de salud. El PROCOSAN ha establecido que la supervisión a las brigadistas se realice cada mes; sin embargo, debido a la carga de trabajo de las enfermeras auxiliares, limitaciones de transporte y otras actividades que define el MINSA, muchas veces la supervisión no se realiza según lo establecido. En la sesión de supervisión, la auxiliar de enfermería acompaña la sesión de pesaje y consejería aplicando la guía de supervisión diseñada para este fin (listas de apoyo a la supervisión, LAS). Al finalizar la sesión, esta se reúne con las brigadistas y discuten los puntos que deben ser reforzados.

Visitas	Aspectos que deben supervisarse
Primera	<ul style="list-style-type: none">- Flujo de la organización de la sesión- Técnica de la toma de peso- Llenado del recordatorio de peso- Uso de la tabla de peso mínimo esperado- Manejo del listado, que pone énfasis en el peso actual y el peso esperado, la tendencia y el llenado del resto de información- Llenado del resumen mensual
Segunda	<ul style="list-style-type: none">- Uso de las láminas de consejería- Diálogo y negociación con la madre- Llenado del recordatorio de compromiso
Tercera	<ul style="list-style-type: none">- Uso y actualización del croquis- Manejo del listado de niños y niñas menores de dos años- Plan de las visitas domiciliarias
Cuarta	<ul style="list-style-type: none">- La referencia- El llenado de la gráfica «¿Cómo está el peso de los niños y niñas de la comunidad?»
Quinta	<ul style="list-style-type: none">- Toma de peso- Manejo del listado- Consejería- Resumen mensual- Plan de visita domiciliaria
Sexta	Todos los aspectos de la sesión de pesaje

El segundo nivel de supervisión se da por parte de la responsable de atención integral del centro de salud a la auxiliar de enfermería, hecho que sucede, por lo menos, dos veces al año. Ocasionalmente, la responsable de atención integral visita la comunidad. Los informes de supervisión y consolidados mensuales son revisados por el director del centro y el jefe de enfermería, y ellos envían un informe al municipio. Los directores de centros de salud municipales y jefes de enfermería se reúnen cada seis meses para revisar el progreso del PROCOSAN y hacer los ajustes necesarios.

Incentivos

Aunque las brigadistas no son pagadas, reciben algunos incentivos como camisetas, gorras, mochilas y focos. A través de un estudio en Nicaragua, se ha aprendido que hay tres incentivos principales según las monitoras: en primer lugar, el acompañamiento permanente de personal de salud que les hace sentir parte del equipo de salud; en segundo lugar, el reconocimiento del trabajo que las y los voluntarios realizan; y, finalmente, el aprender cosas nuevas constantemente.

Otras actividades

En relación con su organización, el PROCOSAN cuenta con criterios de implementación (aceptación por la comunidad, elementos técnicos, procesos de capacitación, retiro gradual de la asistencia alimentaria, uso de equipos, materiales y formatos, sistema de información, seguimiento y monitoreo, planificación conjunta de las unidades salud y ONG). El programa cuenta también con componentes de morbilidad, de estimulación temprana, educación materna y con brigadas de transporte en emergencia

Monitoreo y evaluación

Se han definido dieciocho indicadores de seguimiento para el PROCOSAN. Para ello, el personal comunitario registra, en un instrumento denominado resumen mensual, tales indicadores. Esta información se registra al finalizar la sesión de monitoreo del crecimiento.

En las reuniones mensuales, el personal de salud, en conjunto con el personal comunitario, analiza la información. Asimismo, lo hace en las reuniones cuatrimestrales, en las que participan personal del centro de salud y miembros de comités comunitarios.

Para el seguimiento se ha diseñado tres guías (SILAIS, Municipio y Puesto de Salud). Su propósito es conocer el alcance de las principales actividades

que garantizan el proceso de implementación y desarrollo del programa. Estas guías recolectan información clave relacionada con el desarrollo de la estrategia: cobertura del programa, capacitación en los diferentes niveles, registro de la información, supervisión y sistema de información, etcétera.

Costos

Los recursos anuales del PROCOSAN son de 12 millones de dólares estadounidenses. Según una sistematización de gastos, con información recopilada durante los cinco años de funcionamiento del programa, en el primer año de implementación, con seguimiento de doce meses, se gastó 0,86 dólar por niño mensualmente. El segundo año, el costo mensual por niño fue de 0,55 dólar y, el tercer año, de 0,37 dólar.

Año	Gasto anual en dólares por niño	Gasto mensual en dólares por niño
Primer año	10,27	0,86
Segundo año	6,55	0,55
Tercer año	4,44	0,37

Fuente: Programa PROCOSAN.

Organización institucional

El proceso de institucionalización del PROCOSAN como estrategia oficial del MINSa para la atención comunitaria infantil en Nicaragua se reforzó con la conformación del Comité Interinstitucional del PROCOSAN, coordinado directamente por el Viceministerio de Salud y con la participación de los Ministerios de Salud, de la Familia, agencias donantes, el equipo técnico del PROCOSAN, MSH, JHU y NicaSalud. El PROCOSAN se implementa a través de los SILAIS, con apoyo de las ONG.

En Nicaragua, diversos factores favorecen la institucionalidad del PROCOSAN. Dentro de los más importantes destacan las investigaciones previas al diseño y la conformación de un equipo nacional integrado por personal tanto del proyecto como de la dirección de línea, que compartían la responsabilidad por la toma de decisiones. Aún más importante es el marco legal. PROCOSAN es parte de la red legal (Plan Nacional de Desarrollo, Política Nacional de Salud, Plan Nacional de Salud, Resolución Ministerial del año 2003: PROCOSAN es la estrategia nacional de salud y desarrollo comunitario). El monitoreo se garantiza por el liderazgo y rectoría de SILAIS y el municipio, y el uso del manual técnico operativo que especifica las normas y estándares. Existe democratización en el

programa sin pérdida de elementos conceptuales y espacios de discusión y coordinación efectiva.

El Comité Interinstitucional tiene como objetivo posicionar el programa en el ámbito nacional. Asimismo, coordina acciones de los diferentes participantes para mejorar la calidad de los programas. El Comité ha logrado una conferencia regional sobre programas comunitarios de promoción de crecimiento, el desarrollo de investigaciones consultivas y operativas, el diseño de un sistema institucional de información automatizado y documental formativo, y la generación de una estrategia de comunicación y acción comunitaria en salud.

Las funciones del Comité Interinstitucional del PROCOSAN son:

- Proveer asistencia técnica para asegurar la calidad
- Promover visitas conjuntas al terreno
- Hacer visitas conjuntas al terreno
- Conocer el progreso de los planes de trabajo
- Apoyar la sostenibilidad de las acciones
- Promover la realización de investigaciones operativas
- Recomendar ajustes programáticos de acuerdo con las necesidades de la expansión
- Coordinar el pedido de materiales

Impacto

No hay información, ya que una evaluación de proceso se encuentra en elaboración.

Características distintas

PROCOSAN, al igual que el AIN-C, es un programa de promoción del crecimiento en el ámbito comunitario. Sus bases conceptuales son las mismas. Lógicamente, la ventaja del PROCOSAN es haber iniciado su diseño considerando las lecciones aprendidas del AIN-C en Honduras y la propia experiencia del organismo BASICS en Nicaragua, que implementó el modelo de Honduras en algunas zonas de Matagalpa. El Ministerio de Salud fue sistematizando esa experiencia y, sobre esa base y la investigación consultiva así como pruebas de prácticas mejoradas, fue diseñando cada etapa del programa. Por ejemplo, se había revisado exhaustivamente el Manual del Monitor de AIN-C de Honduras para adaptar el vocabulario a expresiones nicaragüenses y se elaboraron nuevos dibujos con la participación de la comunidad para el Manual del Brigadista del PROCOSAN.

En cuanto al contenido, se añadieron algunos detalles para mejorar la descripción de actividades y señalar las cualidades deseables en el comportamiento de los brigadistas del programa en la comunidad; se elaboró un flujograma de la organización del proceso durante la sesión de pesaje; y se agregó información sobre cómo realizar el pesaje de los bebés. Otra variante es el uso de láminas de consejería elaboradas en el país con sugerencias más detalladas y basadas en una estrategia de comunicación acerca de la vigilancia del crecimiento, la morbilidad y la estimulación temprana. Asimismo, se utiliza un sistema de criterios de calidad sobre cada componente del programa.

De la misma manera, la estrategia de comunicación fue diseñada sobre la base del mercadeo social y la estrategia de capacitación con enfoque en los principios del aprendizaje de adultos.

Desafíos

Aunque en este momento la nutrición está siendo institucionalizada y ha adquirido un importante peso en la política del país, existen varios desafíos para el PROCOSAN.

Desafíos en el ámbito del programa

- Durante el proceso de expansión nacional y de crecimiento del programa se deben mantener los estándares de calidad. Este requerimiento es importante para conseguir los resultados que se esperan y debe incluir la etapa de transición de las comunidades que implementaban el AIN-C y que ahora pasan a desarrollar el PROCOSAN.
- Se debe elaborar el componente materno perinatal. En la actualidad, ya se ha hecho la investigación consultiva y se ha avanzado en el diseño de la operativización comunitaria mediante la estrategia de plan de parto, pero queda por desarrollar materiales comunicacionales, sobre todo en el aspecto de alimentación, suplementos y ganancia de peso.
- Se debe hacer un proceso de validación del sistema automatizado gerencial del PROCOSAN, un sistema de información basado en los indicadores básicos del ámbito comunitario, los listados de menores de dos años y el censo. El sistema pretende facilitar herramientas al personal institucional para ayudarlo en la toma de decisiones gerenciales en torno al programa. Este sistema es responsabilidad absoluta del personal de salud y no sobrecarga la responsabilidad en el ámbito comunitario. En este momento, el sistema se encuentra en proceso de validación en algunos municipios del país.
- Se debe mejorar los sistemas de monitoreo para poder tomar decisiones gerenciales.

- Se debe adaptar el PROCOSAN para la zona atlántica del país. A la fecha, ya se ha desarrollado la investigación consultiva sobre prácticas de alimentación infantil en la zona atlántica del país (zona de indígenas miskita) y se ha iniciado el proceso de adaptación de materiales, pero la falta de fondos imposibilitó la finalización del proceso.

Desafíos en el ámbito institucional

- Se debe continuar fortaleciendo la institucionalización del programa. Ya se ha avanzado significativamente en este aspecto, pero aún persisten algunas indecisiones y dualidades en algunas autoridades ministeriales sobre la existencia del PROCOSAN y del AIEPI comunitario. El programa ya integra en su componente de morbilidad lo referente al AIEPI comunitario.
- Se debe fortalecer el vínculo del PROCOSAN con las autoridades municipales como parte de las estrategias de sostenibilidad del programa.
- Se necesita una mejor coordinación entre PROCOSAN, PAININ y RPS. Esta debe incluir acuerdos para evitar desarrollar los programas en las mismas comunidades.
- Se debe establecer un vínculo estrecho entre programas comunitarios y programas institucionales en cuanto a la referencia y contrarreferencia.

Desafíos en el ámbito de la política

- Se necesita que los organismos financiadores y de cooperación coordinen entre sí a fin de divulgar las bases conceptuales y técnicas para asesorar a los países adecuadamente y evitar contradicciones entre ellos.
- Se debe establecer una red de comunicación e intercambio técnico permanente entre los países de la región que implementan programas de promoción de crecimiento.
- Se debe formar un frente común a favor de la promoción del crecimiento con organismos internacionales.

1.5/ AINM–C Guatemala

Origen

En Guatemala, donde la prevalencia de la desnutrición crónica es la más alta de todo Centroamérica, la implementación del AIN–C se hizo a través de una estrategia llamada Atención Integral a la Niñez y Mujer en la Comunidad, o AINM–C, que se enfoca en los niños y niñas menores

de dos años y las mujeres en edad fértil. La estrategia se estableció en el año 2002 para fortalecer el modelo de extensión de cobertura en el primer nivel de atención (implementado desde el 1998) y vinculada al AIEPI comunitario, y contó con el apoyo técnico y financiero de USAID y la participación de ONG socias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). Por su relación con el AIEPI clínico comunitario, a la estrategia también se le conoce como AIEPI AINM-C. Esta se incorpora dentro del paquete de servicios básicos de salud (SBS) en municipios de primera prioridad en relación con su grado de pobreza y una prevalencia de desnutrición crónica mayor al 65%. A partir del año 2006 se incorporó un recurso humano adicional, la educadora comunitaria en salud y nutrición, así como la entrega del alimento complementario Vitacereal con el consiguiente apoyo de materiales, equipo, capacitación, supervisión, seguimiento y evaluación⁷⁸.

Actualmente, el AINM-C, fortalecido con la entrega del alimento complementario Vitacereal a niños y niñas de entre 6 y 35 meses, mujeres embarazadas y madres en período de lactancia (hasta seis meses después del parto), se focaliza en 41 municipios de primera prioridad por índice de necesidades básicas insatisfechas y en otros 8 por índice de desnutrición crónica. Cuenta con el apoyo financiero del gobierno de Guatemala, el BID, USAID y Plan Internacional. En el año 2007 se implementará el AINM-C fortalecido en municipios de segunda prioridad en relación con su grado de pobreza, con lo que se cubrirá 70 más con el apoyo financiero del gobierno y un préstamo del Proyecto de Salud y Nutrición Materno Infantil del Banco Mundial/MSPAS. En total, el AINM-C atiende a 248.293 niños y beneficia a 770.808 familias.

En comparación con el AIN-C de Honduras, el AINM-C incorpora la atención explícita a la mujer (atención prenatal y posparto, así como planificación familiar) y, recién, incluye la distribución de un alimento complementario fortificado a través del Programa de Reducción de la Desnutrición Crónica (PRDC). Se trata de una estrategia nacional, aunque en diferentes niveles de implementación, y está completamente integrado a la provisión de SBS del primer nivel de atención del MSPAS.

Descripción del programa

Los objetivos del AINM-C son: contribuir a disminuir la tasa de morbimortalidad materna e infantil, disminuir el predominio de la desnutrición crónica y las fallas de crecimiento, y aumentar el porcentaje de familias con prácticas de alimentación y cuidado infantil adecuados. La estrategia funciona con el modelo de extensión de cobertura y se realiza mediante la contratación de ONG proveedores de servicios básicos de salud; estas conforman y fortalecen equipos básicos de salud

⁷⁸ El alimento complementario Vitacereal, creado por el PMA y desarrollado y producido en Guatemala, se introdujo en el Programa de Reducción de la Desnutrición Crónica (PRDC). Este programa es coordinado por la SESAN y ejecutado por el MSPAS con la colaboración del MAGA, INDECA, SOSEP/ Creciendo Bien, PMA, UNICEF, USAID/Calidad en Salud y la OPS/INCAP. Su objetivo principal es reducir la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 3 años. El Vitacereal se da en forma de papilla para niños y niñas y de atole (bebida) para mujeres embarazadas y madres durante los seis meses posteriores al parto. El alimento complementario es una mezcla de maíz y soya, fortificado con vitaminas y minerales. Se distribuyen tres bolsas (tres kilos) al mes para niños de entre 6 y 35 meses, embarazadas y madres en período de lactancia. Este alimento aporta aproximadamente el 30% de las recomendaciones de energía diarias para niños y niñas menores de 36 meses, el 100% de las recomendaciones de vitamina A y hierro, y el 60% de los requerimientos de zinc. Adicionalmente, está fortificado con vitaminas del complejo B. En el caso de las mujeres, aporta el 80% de los requerimientos de energía adicionales por embarazo y lactancia. A la fecha, los beneficiarios del Programa de Reducción de la Desnutrición Crónica son 144.088 niños y niñas menores de 3 años (6 a 35 meses) y 90.087 mujeres (lactantes y embarazadas) en municipios seleccionados por alta prevalencia de desnutrición crónica (> de 40% en menores de 5 años y > 65% en niños de primer grado de primaria).

(EBS) que trabajan en el ámbito de la comunidad y directamente con los beneficiarios. La extensión de cobertura ha definido un paquete básico de servicios orientados a la atención al niño y niña y la mujer, y se ha enfocado en la promoción del crecimiento y la prevención de la desnutrición y las enfermedades prevalentes.

Personal

El personal de extensión de cobertura, fortalecido con la estrategia AINM-C, constituye una red de apoyo comunitario con vigilantes de salud, facilitadores comunitarios, educadoras comunitarias, comadronas tradicionales e, incipientemente, madres consejeras o monitoras.

Los vigilantes de salud identifican madres y niños o niñas de su sector de la comunidad y los motivan a participar en las sesiones de promoción de crecimiento mensuales (monitoreo de peso y consejería). Los vigilantes, típicamente hombres y voluntarios, deberían, en teoría, garantizar la consejería individual a las madres⁷⁹. En la práctica, a causa de la elevada carga de trabajo, las actividades de monitoreo de peso y consejería se han organizado en centros de convergencia y no en el centro comunitario ni en los sectores de los vigilantes como preveía la estrategia de AINM-C. El número de niños y niñas ha aumentado significativamente; además, las educadoras y los vigilantes están manejando todo el proceso comunitario y tienen la carga adicional de la distribución del Vitacereal en municipios seleccionados. El nivel de educación de los vigilantes de salud es básico (generalmente escuela primaria) y su función ha sido la promoción de servicios básicos de salud y la vigilancia epidemiológica local.

Los facilitadores comunitarios, que son contratados por el sistema, tienen un mayor nivel de compromiso y grado de escolaridad, y son responsables de capacitar y supervisar a los vigilantes de salud. Por lo general, tienen primaria completa y proveen la atención a enfermedades prevalentes en centros de convergencia o comunitarios, a los cuales llega mensualmente un médico o enfermera ambulatorios.

Con la introducción de la distribución del complemento nutricional Vitacereal en algunos centros comunitarios donde se implementa la extensión de cobertura fortalecida con el AINM-C, el PRDC adicionó la figura de la educadora comunitaria en salud y nutrición (EC) con la tarea de distribuir el complemento y fortalecer la consejería a las madres.

La expansión de la estrategia AINM-C financiada por un préstamo del Banco Mundial prevé que madres monitoras voluntarias empiecen a trabajar con el vigilante de salud y la educadora comunitaria para garantizar una mayor atención a la consejería y más atención a las mujeres.

79 Durante las visitas de campo para la preparación del Proyecto de Salud y Nutrición Materno Infantil del Banco Mundial/MSPAS se preguntó el porqué de la tendencia a seleccionar hombres. La respuesta fue que las mujeres corrían muchos riesgos cuando se desplazaban para llegar a las familias de áreas remotas, por la alta prevalencia de la violencia en las zonas rurales.

Se aplican diferentes estrategias para aprovisionar el personal para las comunidades. En los 41 municipios priorizados por el índice de pobreza (Guate Solidaria), la estructura comunitaria se apoya en dos educadoras en salud y nutrición; en los 83 municipios priorizados por el índice de desnutrición crónica, en una educadora en salud y en nutrición; y en el resto de jurisdicciones, el equipo tradicional (facilitador/a institucional y médico/a o enfermera/a ambulatoria/o) realiza esta tarea.

Monitoreo del crecimiento

Los vigilantes de salud (con el apoyo de las educadoras comunitarias en algunas comunidades) realizan la promoción del crecimiento mensual (monitoreo y consejería) en casas y centros de convergencia o comunitarios. Se utiliza como parámetro la ganancia de peso mínimo esperado, y eso constituye la norma para niños de 0–12 meses de edad que se aplica a todos los servicios (jurisdicciones, puestos y centros de salud)⁸⁰. Según la tabla de ganancia de peso mínimo mensual, el peso mínimo esperado cada mes se calcula en función de la edad: si el niño gana el peso mínimo mensual o más, se clasifica como «crece bien»; y si el niño no lo gana, como «no crece bien». Al niño que en dos mediciones consecutivas se le clasifica como «no crece bien», se le refiere al servicio de salud. Los datos de peso se anotan en el cuaderno del vigilante de salud y la gráfica de peso–edad en el carné del niño. A partir del segundo año, el peso mínimo esperado mensual es de cuatro onzas (114 g), por lo que se da seguimiento a esta tendencia. Solo se mide la talla en los casos en que se sospecha de desnutrición y, en estos, el niño o niña es referido a los servicios de salud (puesto de salud o centro de salud). Actualmente, se está implementando en estos servicios un cuaderno similar al cuaderno del vigilante de la extensión de cobertura para mejorar el registro del monitoreo de crecimiento. El propósito es tener un registro longitudinal por niño o niña. En las jurisdicciones de la extensión de cobertura, el sistema de información tiene el mismo enfoque pero con la ventaja de que ya está automatizado.

Consejería

En los servicios de salud, la consejería ocurre con base en el examen del niño o niña y en la consulta con la madre o cuidadora. En la comunidad, se debería dar sobre la base del monitoreo del crecimiento, averiguando con la madre o cuidadora sobre las posibles causas de la insuficiente ganancia de peso y utilizando materiales de IEC (láminas de consejería y hojas de recordatorio). La consejería es personalizada y se enfoca en las prácticas de lactancia materna y alimentación complementaria, así como vacunación y prevención de enfermedades a través de prácticas de higiene personal y limpieza del agua y los alimentos. A partir del

⁸⁰ En el año 2004, el MSPAS hizo una revisión de todos los materiales existentes (incluyendo los de USAID y otras agencias de cooperación), los estandarizó y reprodujo para todo el país. En el año 2005, se realizó la capacitación nacional, que incluyó a 45 mil personas en total (médicos y enfermeras de distrito, y personal ambulatorio, auxiliares de puestos de salud, técnicos en salud rural, facilitadores institucionales, facilitadores comunitarios, vigilantes de salud y comadronas) con materiales y guías específicas de capacitación diseñadas para cada tipo de proveedor.

año 2002 se desarrollaron los materiales para la consejería en las áreas noroccidental y occidental (K'iche' y Kakchiquel) que apoyan los proyectos de USAID. Estos materiales, revisados y adaptados, son los que el MSPAS estandarizó en el año 2004 y que se encuentran hoy en todo el país. Actualmente se está incrementando el tiempo y los materiales para la consejería en relación al Vitacereal, principalmente en los 83 municipios donde se ejecuta el Programa de Reducción de la Desnutrición Crónica (componente de alimento complementario), que se extenderá gradualmente a todas las jurisdicciones.

Por el hecho de ser hombres, los vigilantes de salud tienen menos facilidad para promover temas más delicados y femeninos (como la lactancia materna y la alimentación del niño pequeño) entre las madres en la comunidad. Por ello, en las comunidades donde no hay educadoras comunitarias, la consejería individualizada está más garantizada en relación con los niños o niñas que por estar enfermos no llegan al centro de salud y reciben una visita domiciliaria. Donde sí hay educadoras, a causa de la carga de distribución del Vitacereal, la consejería está más enfocada en la promoción de la utilización del suplemento que en las otras prácticas⁸¹. El desafío actual del programa es mejorar la consejería individualizada a las madres en la comunidad. El plan de expansión y fortalecimiento del AINM-C, bajo el nuevo proyecto financiado por el BM, prevé añadir la figura de las monitoras voluntarias para acompañar el trabajo de los vigilantes y fortalecer la consejería.

Referencia

El personal del equipo básico de salud hace referencias al centro de salud cuando hay signos de desnutrición aguda o enfermedades prevalentes, o cuando, en dos controles seguidos, el niño o niña es clasificado como «no crece bien». No se cobra por ningún servicio provisto, pues la ley impone la gratuidad de los servicios del MSPAS. Gracias a la buena comunicación entre el primero y el segundo nivel, es poco frecuente que el establecimiento de salud no acepte la referencia. Es mucho más marcado el rechazo de parte de la madre o cuidadora cuando la referencia se hace a hospitales. Cuando la familia del niño o niña o la embarazada vive en una comunidad muy lejana, el transporte es más caro y el tiempo que se invierte puede significar medio día o más. Por eso, frecuentemente estas familias no aceptan ni utilizan la referencia.

Acción comunitaria

Además, se realizan actividades regulares de atención en el centro comunitario con la participación de un promedio de cincuenta personas, de las cuales veinte son menores de cinco años. Se da seguimiento a

⁸¹ Una investigación cualitativa ha evidenciado que las madres están participando en el programa AINM-C más con la expectativa de recibir el complemento nutricional que la capacitación (Elena Hurtado, comunicación personal).

los niños o niñas desnutridos o enfermos y se informa en la asamblea comunitaria y en las sesiones de monitoreo de peso sobre los efectos de las acciones emprendidas en el niño o niña y en la comunidad. Los vigilantes de salud y la educadora realizan visitas mensuales a los niños y niñas de su sector o su comunidad, especialmente a los que presentan retrasos en el crecimiento o problemas de salud.

Los beneficiarios son responsables de asistir a los controles médicos y reuniones mensuales para la toma de peso y las actividades de IEC. Además, deben establecer compromisos para el cumplimiento de las recomendaciones de los proveedores de salud, así como atender las recomendaciones médicas y la referencia a otros servicios de mayor complejidad cuando les sea indicado (señales de peligro).

Características del apoyo al AINM-C

Capacitación

Todo el personal de la extensión de cobertura recibe una capacitación que incluye, como una parte importante, la estrategia de AINM-C. Esta se da al inicio de su trabajo y periódicamente durante su servicio, y versa sobre temas relacionados con la lactancia materna y alimentación complementaria, el crecimiento del niño, la alimentación y atención de mujeres embarazadas y en el período de lactancia, y la promoción del espaciamiento entre embarazos. En particular, los vigilantes de salud reciben nueve días de capacitación inicial sobre la estrategia de AINM-C y un día al mes de capacitación sucesiva.

Supervisión

Hay un equipo específico de supervisión y apoyo técnico establecido a través de la extensión de cobertura (unidades de apoyo técnico, UAT). Este coordina con la dirección de área y los distritos de salud. El equipo incluye personal técnico y administrativo. La supervisión se programa y se realiza en forma mensual y por niveles. Primero, el equipo básico de salud supervisa al equipo comunitario; después, el coordinador técnico de la ONG proveedora supervisa al equipo básico; y, finalmente, un miembro de UAT supervisa a la ONG. La supervisión ocurre en las mismas fechas de la asistencia del médico o enfermera ambulatorios a los centros de convergencia o comunitarios, que está prevista al menos una vez al mes. Las largas distancias y dificultades de acceso impiden hacer más de una visita al mes en la mayoría de los casos.

Incentivos

Aunque una parte del personal comunitario —facilitadores comunitarias y educadoras comunitarias— recibe un estipendio mensual (alrededor de 500 quetzales al mes), los vigilantes de salud reciben una compensación en especies, como materiales de trabajo (bolsa y delantal entre otros insumos para su trabajo), utensilios de limpieza y reconocimiento público. Además, durante los días de capacitación, reciben un reconocimiento mínimo de 50 quetzales por día para cubrir los gastos de traslado.

Otras actividades

En los centros comunitarios y de convergencia se administra vitamina A a los niños menores de cinco años y se realizan inmunizaciones y desparasitaciones. Solo en algunos casos esta actividad la lleva a cabo personal comunitario, pues en la mayoría se hace durante la visita mensual del médico o enfermera ambulatoria.

Aunque el nombre del programa AINM-C indica una fuerte atención a la mujer, recién en el año 2006 se ha comenzado a fortalecer el componente enfocado en ella. Los servicios priorizados para la mujer incluyen atención durante el embarazo, referencia para el parto institucional en caso de complicación y atención durante el posparto. Asimismo, incluyen planificación familiar, provisión de micronutrientes (hierro, ácido fólico y vitamina A) y consejería para la promoción de la lactancia materna, alimentación complementaria y uso de servicios de salud. En algunos lugares se ha añadido un nuevo recurso humano: la auxiliar de enfermería (AE) calificada en atención materno-neonatal. Esto ha incrementado sustancialmente la atención prenatal y posparto, y la referencia a los hospitales y centros de atención integrada materno infantil (CAIMI) en casos de complicaciones. La AE calificada está siendo formada en la Escuela de Enfermería con el apoyo técnico y financiero de USAID.

Costos

Según datos del programa, los costos actuales son los siguientes:

Recursos anuales: US\$ 28 984 201

Costo administrativo: US\$ 2 898 420

Porcentajes de los costos administrativos			
Municipios priorizados	41 municipios	70 municipios (a partir del 2007)	Resto de la población
Medicamentos	10%	10%	20%
Equipo e insumos	6%	6%	4%
Transporte y mantenimiento	25%	25%	4%
Papelería y sistema de información	1%	1%	2%
Promoción y educación	14%	14%	27%
Recurso humano	20%	20%	26%
Mantenimiento, equipo, cómputo, cadena de frío	3%	3%	8%
AIEPI AINM-C	13%*	13%	13%
Overhead	10%	10%	10%

* En los municipios priorizados, 83 en comparación con los 41, lo único que varía es el porcentaje de AIEPI AIM-C, que es de 11%.

Fuente: Elaboración de los autores con información del Ministerio de Salud.

Costo por beneficiario anual

- AINM-C fortalecido: 10 dólares estadounidenses en los 41 municipios, 9 dólares estadounidenses en los 83 municipios y 10 dólares estadounidenses en los 70 municipios.
- AINM-C básico: 6,60 dólares estadounidenses en el resto de la población.

Organización institucional

El Ministerio de Salud provee rectoría, financiamiento, supervisión y apoyo técnico. El AINM-C se implementa a través de la extensión de cobertura del primer nivel de atención con la contratación de ONG administradoras y prestadoras de servicios de salud (actualmente 92).

Estas trabajan coordinadamente con los distritos municipales de salud y con el equipo técnico de nivel central. Se cuenta con términos de referencia y un proceso bien definido e instrumentado para la selección, habilitación y contratación de ONG. Anualmente se lleva a cabo la certificación de los convenios con las ONG y la recontractación de aquellas que cumplan los estándares de desempeño. La extensión de cobertura y la estrategia AINM-C tiene enlaces con el PRDC (entrega de Vitacereal), las ONG socias de USAID que apoyan el proceso desde sus proyectos (SHARE, CRS, Save the Children, CARE), SOSEP («Creciendo Bien») y otros. En el ámbito local, hay acciones de fortalecimiento y complementariedad con el EBS y en el central, acciones de coordinación sobre: normas de atención, indicadores de cumplimiento de programas, sistemas de información, y elaboración de materiales educativos.

Enlaces con otros programas

Existían múltiples oportunidades de comunicación y de coordinación a través de la mesa técnica de «Creciendo Bien», que era una reunión semanal o quincenal en la que participaban la extensión de cobertura, el Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PROSAN) y el MSPAS, además de otras instituciones que trabajaban con el Programa «Creciendo Bien». En estas reuniones se consensuaban territorios de cobertura, procesos de contratación de ONG, sistema de información, financiamiento de programas, etcétera. El enlace con el PRDC era evidente, puesto que se distribuía un alimento complementario en municipios seleccionados por la alta prevalencia de la desnutrición crónica (> de 40% en menores de cinco años y > 65% en niños de primer grado de primaria) a través de la extensión de cobertura con la estrategia AINM-C.

Monitoreo y evaluación

Monitoreo

El monitoreo de las intervenciones y las actividades programadas, así como el uso de los recursos, está a cargo de equipos técnicos de la extensión de cobertura, específicos para monitoreo (Unidad de Apoyo Técnico, UAT) y conformados por médicos, enfermeras, contadores y auditores administrativos y financieros. Las actividades se registran por individuo, comunidad, servicios y ONG a partir del censo de población, que permite identificar a quiénes se entrega el servicio y a quiénes no se ha entregado todavía para realizar la programación por oferta y búsqueda activa.

En el ámbito nacional se ha implementado el sistema automatizado de información, con una base de datos local y central que contiene el censo de población de la jurisdicción (extensión de cobertura). Este sistema ingresa la ficha médica del beneficiario y el módulo de monitoreo del crecimiento (cuaderno del vigilante de salud), que posibilitan la producción de indicadores técnicos de monitoreo y evaluación trimestral. Además, hay listados por habitante y consolidados por grupo de edad de las coberturas cubiertas y de niños y niñas y mujeres pendientes. Genera informes del sistema oficial del sector salud en el ámbito nacional.

En el año 2003 se distribuyó el cuaderno del vigilante para el registro del peso actual, el peso mínimo esperado y la clasificación de «crece bien» y «no crece bien» de los niños y niñas. La extensión de cobertura, con el apoyo técnico y financiero de USAID/Calidad en Salud, recolectó los cuadernos e ingresó la información en una base de datos que mostraba que el porcentaje de niños y niñas que no crece bien disminuía de una sesión de monitoreo de peso a otra. A partir del año 2006, el MSPAS cuenta con el sistema automatizado de información en extensión de cobertura y tiene la información por niño y niña en el módulo de monitoreo del crecimiento en los ámbitos local (cada jurisdicción) y nacional. Por ello, se generan todos los indicadores de monitoreo del crecimiento y la clasificación según la ganancia de peso mínimo en los aproximadamente 250 mil niños menores de dos años. Esta información puede desagregarse por área de salud, distrito de salud, jurisdicción y lugar poblado.

Impacto

Actualmente está en proceso una evaluación (preparada por la firma consultora GETSA) de los municipios que participan en la entrega de Vitacereal e incluirá el análisis de los datos de cobertura y calidad del desempeño del personal. Como parte del proyecto del BM, se prevé una evaluación de impacto, posiblemente marginal, de la papilla Vitacereal en un programa tipo PCBC.

Desafíos

Desafíos en el ámbito del programa

La estrategia de AINM-C enfrenta tres desafíos principales. Primero, ¿cómo ampliar el modelo de extensión de cobertura a los puestos y centros de salud? Esta ampliación podría adoptar la forma de administradoras de servicios de salud (ASS) para la gestión de los recursos y la contratación de personal, como ya se ha hecho en algunas áreas de salud, y con propósitos de investigación. Segundo, ¿cómo incorporar el AINM-C, con materiales y equipo, en la totalidad de jurisdicciones de la extensión

de cobertura? Finalmente, ¿cómo consolidar el sistema de monitoreo, supervisión y evaluación de la prestación de servicios básicos de salud (SBS) y de la atención integrada a la niñez y la mujer (AINM-C) en los siguientes aspectos:

- Supervisión de la calidad de los datos de monitoreo del crecimiento con la auditoría de expedientes y el monitoreo de las acciones programadas y la consejería;
- Fortalecimiento de las actividades de información, educación y comunicación (IEC) y consejería a las madres o cuidadoras de los niños o niñas;
- Uso de las herramientas de programación del sistema automatizado de información;
- Análisis de sala situacional en el ámbito comunitario, así como elaboración e implementación de los planes de acción local;
- Distribución de micronutrientes y métodos de planificación familiar integrados a la estrategia de AINM-C;
- Definición del papel de la provisión de suplementos alimentarios (del PRDC), porque es útil para poblaciones y situaciones de vulnerabilidad pero introduce cambios en la estrategia en el ámbito comunitario, tanto en los proveedores como en los beneficiarios; e
- Incorporación de los nuevos estándares de crecimiento (OMS) y tablas de velocidad de crecimiento a la estrategia AINM-C.

Desafíos en el ámbito institucional

Dentro de los desafíos importantes en el ámbito institucional está la coordinación entre la parte operativa del MSPAS (SIAS/Extensión de Cobertura) y la parte programática (los programas, especialmente el Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional y el Programa Nacional de Salud Reproductiva). Otro desafío es la presentación y análisis de la sala situacional para la toma de decisiones (generada por el sistema) y la devolución de la información a la comunidad en forma sistemática. Actualmente se cuenta con los reportes del sistema y se están programando otros para llevar a cabo esta actividad en el ámbito comunitario. Además, será importante fortalecer el análisis no solo en el ámbito local sino, también, en el poblacional.

Desafíos en el ámbito político

Los desafíos se dan en tres órdenes:

- Compromiso de las poblaciones por mejorar sus condiciones de vida a través de su participación y modificación de comportamientos en materia de salud y nutrición;

- La existencia de un recurso humano, desde el voluntario hasta el asalariado, con el conocimiento y compromiso mínimo para realizar estas actividades; y
- El presupuesto que permita realizar este tipo de actividades.

1.6/ «Creciendo Bien» Guatemala

Origen

La estrategia «Creciendo Bien» se inicia el 24 de agosto del año 2004 en 36 comunidades piloto, impulsada por la Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente de la República (SOSEP). Su objetivo fue la creación de condiciones para garantizar la seguridad alimentaria y nutricional y el desarrollo humano sostenible mediante el fortalecimiento de la autogestión comunitaria. «Creciendo Bien» estaba dirigido a niños y niñas menores de cinco años y mujeres en edad reproductiva. Funcionaba como complemento del AINM-C, al que sumaba proyectos productivos para autoconsumo, dotación de filtros y estufas, autogestión y participación comunitaria, capacitación sobre autoestima y coordinación interinstitucional. Contaba con el financiamiento del gobierno de Guatemala, agencias de cooperación como Plan Internacional, UNICEF y USAID (que organizó un fondo concursable al aporte de los donantes), y otros donantes. El programa tenía presencia en 22 departamentos, 125 municipios y 2. 424 comunidades, y atendía a una población de 90. 264 mujeres en edad reproductiva, 89. 888 niños y niñas y 451. 320 personas beneficiarias indirectamente. Un nuevo préstamo del BM financiaría la expansión del programa «Creciendo Bien» en las comunidades más pobres y vulnerables, donde predomina la población indígena (30-40% de los 111 municipios priorizados por el índice de pobreza).

Descripción del programa

En comparación con el AINM-C, que es una estrategia básicamente permanente, «Creciendo Bien» solo tenía una duración de dos años. En este período, se intentaba mejorar el estado nutricional y de salud de los niños y niñas menores de cinco años (con énfasis en los menores de dos años) y de las mujeres en edad reproductiva (con énfasis en las embarazadas) en el área rural e indígena. En particular, se pretendía lograr avances a través del monitoreo del crecimiento de los niños y niñas, intervenciones de prevención y tratamiento, y la capacitación en tres ámbitos: individual, familiar y comunitario. Poseía siete componentes básicos: (1) organización comunitaria, (2) capacitación, (3) formación y acreditación de monitoras en salud y nutrición, (4) monitoreo del crecimiento y vigilancia del estado nutricional de los niños

y niñas menores de cinco años, (5) consejería personalizada a través de visitas domiciliarias, (6) participación comunitaria y autogestión, y (7) coordinación interinstitucional. También incluía un componente productivo. El programa se integraba con los servicios existentes del PEC (inmunización, desparasitantes y micronutrientes —vitamina A, hierro y ácido fólico) y del AINM-C (monitoreo de peso de mujeres embarazadas y promoción del crecimiento).

Personal

El programa «Creciendo Bien» utilizaba técnicos de campo para desarrollar todas las actividades previstas. Un técnico de campo cubría seis comunidades con un máximo de 540 mujeres y un promedio de 42 mujeres y 45 niños o niñas por comunidad. El técnico de campo era responsable de dirigir las actividades del programa e, incluso, de monitorear el peso de los niños y niñas y de preparar a las monitoras comunitarias. Un coordinador regional servía como supervisor del trabajo y revisaba la calidad de los servicios proveídos, supervisa las actividades en la comunidad y coordinaba con instituciones locales y líderes comunitarios. Había un coordinador regional por cada diez técnicos de campo.

Las monitoras comunitarias eran líderes entre el grupo de mujeres en la comunidad que ayudaban voluntariamente a los técnicos de campo en el acompañamiento a las comunidades. Eran elegidas por el técnico de campo y las demás madres del grupo y debían tener las siguientes cualidades:

- Interés en aprender
- Mística de trabajo voluntario
- Servir de ejemplo entre el grupo de mujeres
- Tener actitud positiva
- Apoyar al técnico de campo en las capacitaciones y en el monitoreo del crecimiento de los niños y niñas
- Ayudar a las mujeres a poner en práctica lo aprendido en sus casas
- Liderazgo positivo en el grupo
- Respeto de la comunidad

Las responsabilidades de las monitoras eran: el cuidado del equipo de la unidad de vigilancia nutricional, la toma de datos generales de los niños y niñas (nombre, fecha de nacimiento, edad y sexo), la promoción de la participación activa de las madres en el monitoreo del crecimiento y la capacitación, el manejo del registro mensual del número de niños y niñas atendidos, la orientación a las madres en las nuevas prácticas presentadas durante las capacitaciones y visitas domiciliarias y el seguimiento a las actividades productivas de las mujeres en la comunidad.

Monitoreo del crecimiento

El monitoreo del crecimiento permite la detección temprana y oportuna de casos de riesgo o problemas nutricionales en niños y niñas menores de cinco años. El monitoreo del crecimiento ocurre inicialmente en casa de una de las mujeres o en centros de convergencia, pero, después de tres meses, las autoridades destinaban un espacio físico para implementar la unidad de vigilancia nutricional.

Los técnicos de campo realizaban el monitoreo del crecimiento la primera semana de cada mes, durante veinte meses. Utilizando la gráfica de peso/edad de Nabarro y una tabla de ganancia de peso mínimo esperado, se registraban el peso y la talla de todos los niños y niñas del programa y se realizaban análisis de indicadores de desnutrición crónica (talla/edad) y desnutrición global (peso/edad).

Tabla de ganancia de peso mínimo mensual

Edad	Ganancia de peso mínima mensual
0 a 2 meses con 29 días	1 libra con 4 onzas o más
3 a 5 meses con 29 días	Media libra o sea 8 onzas
6 meses a 23 meses con 29 días (dos años)	4 onzas o más

Los técnicos de campo registraban, en un cuaderno designado por grupo, los siguientes datos: nombre del niño o niña, nombre de la madre, fecha de nacimiento, peso actual, talla, peso esperado, si crece bien, si no crece bien, estado fisiológico de las mujeres (madre lactante o madre embarazada), si se hacía referencia al establecimiento de salud y si cumplían con dicha referencia. Cada técnico enviaba sus cuadernos a las oficinas centrales de «Creciendo Bien», donde sus datos se ingresaban al sistema informático del programa. Asimismo, coordinaban actividades con las monitoras del AINM-C para asegurar un seguimiento adecuado. Los beneficiarios tenían como responsabilidades asistir al 60% de las capacitaciones, buscar espacio físico para implementar la vigilancia nutricional, desarrollar actividades productivas, llevar a sus hijos e hijas al monitoreo del crecimiento, asistir a la referencia a los servicios de salud y mejorar las prácticas de higiene y de alimentación.

Consejería

Los técnicos organizaban reuniones mensuales con la participación de grupos de 20-30 mujeres sobre temas de autoestima, higiene y género,

así como sobre prácticas saludables, paternidad responsable, violencia en el hogar, seguridad alimentaria y nutricional, salud reproductiva y liderazgo comunitario, entre otros. A lo largo de los veinte meses, el técnico de campo realizaba la consejería personalizada a las madres de los niños y niñas menores de cinco años por medio de visitas domiciliarias. En la primera visita se realizaba un diagnóstico familiar («línea de base»), en el cual se recolectaba información sobre prácticas y conocimientos en alimentación, nutrición, salud y organización comunitaria. En las siguientes visitas se reforzaban las recomendaciones impartidas durante las visitas domiciliarias y las capacitaciones; se verifica el cambio de actitud y conducta, y la aplicación de las prácticas aprendidas; y, finalmente, se daba seguimiento a casos especiales. Además, la familia recibía una hoja de consejos como recordatorio.

Se utilizaba los siguientes criterios para priorizar las visitas domiciliarias:

- Hogares de niños o niñas identificados con problemas de salud o nutrición
- Mujeres identificadas en período de gestación o lactancia
- Hogares de niños o niñas que no han asistido a dos controles de crecimiento consecutivos
- Hogares de mujeres que han faltado a dos sesiones de capacitación consecutivas
- Mujeres que no están en el período de gestación ni lactancia y cuyos hijos o hijas no presentan problemas de salud o nutrición

Referencia

En casos de enfermedad y desnutrición severa o para chequeos prenatales, la madre monitorea, el técnico de campo y los coordinadores regionales podían hacer referencias a los servicios básicos de salud mediante boletas del Ministerio de Salud adaptadas para «Creciendo Bien». En el cuaderno del técnico de campo se registraba la referencia y contrarreferencia. En el caso de que la ONG a cargo de la comunidad operara como prestadora de los servicios de salud con el MSPAS en extensión de cobertura, la ONG proveía los suplementos con micronutrientes, inmunización y desparasitación, así como los tratamientos necesarios. Si la ONG a cargo de la comunidad no trabajaba con el MSPAS en extensión de cobertura, se hacía la referencia a los servicios de salud. En casos de dificultad, la mesa técnica de «Creciendo Bien» trataba el tema para que el Ministerio de Salud tomara acciones locales.

Acción colectiva

El técnico de campo, con el apoyo de la madre monitora, realizaba una reunión trimestral con los comités comunitarios de desarrollo para presentar un análisis nutricional de los niños y niñas atendidos en las comunidades. Después de cada asamblea comunitaria trimestral en el nivel central se analizaban los datos, que se desagregaban por niño o niña, por grupo y por comunidad, municipio o departamento.

Características del apoyo a «Creciendo Bien»

Capacitación

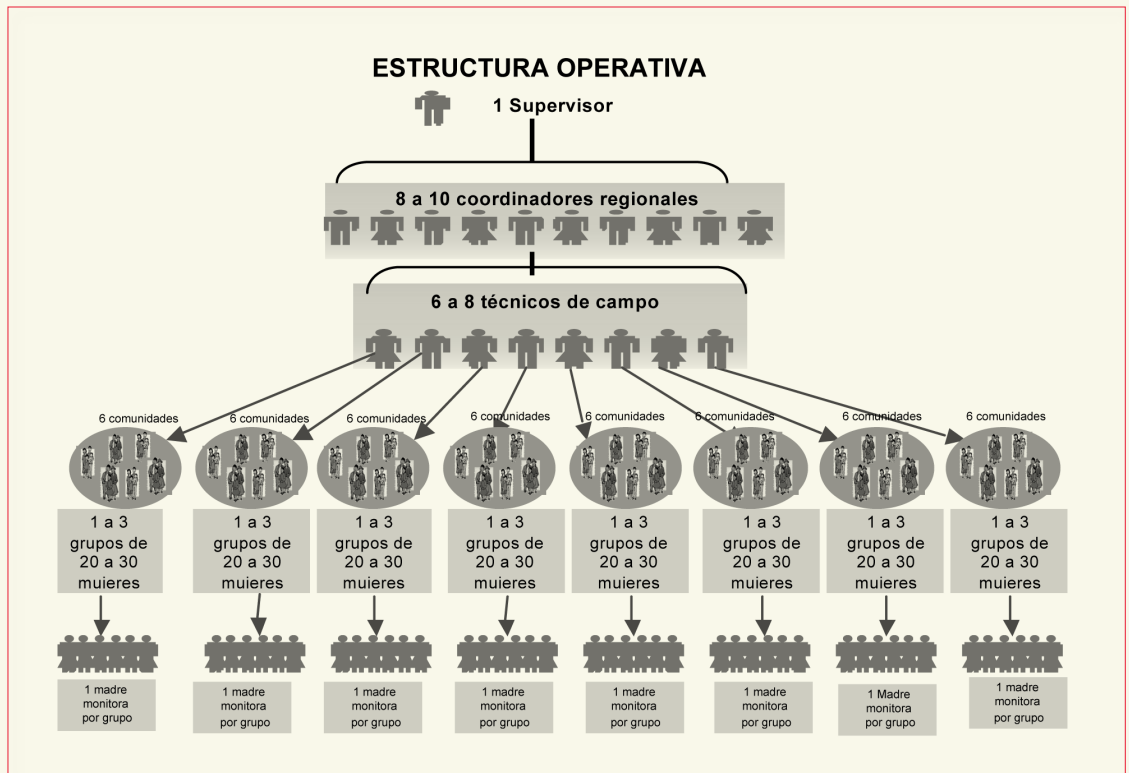
Las monitoras se elegían después de tres meses de participación en las capacitaciones del técnico de campo en la comunidad. Una vez elegidas, recibían capacitación mensual en los diferentes temas del programa. Al concluir los dos años podían ser acreditadas como monitoras en nutrición y salud con el aval del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

Para ser acreditada, la monitora debía cumplir con los siguientes requisitos:

- Comprometerse a apoyar al programa en la comunidad por un promedio de dos años;
- Tener una edad comprendida entre los 20 y 45 años;
- Saber leer y escribir de preferencia;
- Ser líder positiva en su comunidad y poner en práctica lo aprendido;
- Tener la aceptación de los beneficiarios y las autoridades locales; y, finalmente,
- Estar disponible a corto, mediano y largo plazo, y para llevar procesos de formación continua.

Supervisión

El técnico de campo supervisaba a las madres monitoras de seis comunidades. El coordinador regional supervisaba de seis a ocho técnicos de campo. El supervisor de coordinadores era responsable de supervisar de ocho a diez coordinadores regionales y servía de enlace entre los ámbitos local y central. Este proceso se dificultaba por el escaso recurso humano disponible. Debido a que la expansión del programa fue muy rápida, se dividió el país en regiones y se asignó una persona por región. Estaba en proceso el fortalecimiento de la supervisión mediante el contrato de recurso humano local, especialmente para las comunidades atendidas por ONG.



Incentivos

Las monitoras no recibían ninguna remuneración monetaria, pero sí algunos incentivos materiales relacionados con los logros de las metas preestablecidas. En la primera fase de su trabajo, la monitora recibía un carné de identificación, un kit de higiene, un delantal para preparar alimentos, una gorra, una mochila, una toalla y material educativo. Durante la segunda fase, las monitoras recibían un kit de primeros auxilios, una canasta plástica, cucharas medidoras, un recipiente plástico con tapadera y una bata para pesar y medir niños. En la tercera fase, recibían la acreditación como monitoras en nutrición.

Otras actividades

Se proveía un componente de estimulación temprana para niños y niñas y otro de prevención de enfermedades prevalentes. En coordinación con el Ministerio de Agricultura, se capacitaba sobre actividades agrícolas (huertos familiares e invernaderos) y no agrícolas (bolsas pecuarias, elaboración de jaleas y champú) para autoconsumo o para generar ingresos en pequeña escala para la compra de alimentos para el consumo familiar. A

través de actividades productivas, «Creciendo Bien» buscaba incrementar la disponibilidad, acceso, consumo, aprovechamiento y utilización de los productos agropecuarios básicos para el autoconsumo de las familias. Estas actividades se enfocaban en la diversificación y producción local de alimentos que se adaptan a las necesidades y condiciones del lugar. Estaba por implementarse un proyecto para el registro de niños y niñas en coordinación con la Secretaría de la Mujer y CODEFEM, los alcaldes y otras instituciones.

Estrategia de comunicación

Además, se desarrolló una estrategia de comunicación a través de la radio, la televisión y los medios escritos para estimular la demanda de los servicios de salud y sensibilizar a la población sobre el problema de la desnutrición y sus causas, y sobre cómo prevenirla. Para esto se realizaron cuñas radiales en tres idiomas mayas con consejos y prácticas adecuadas de alimentación, higiene, autoestima y participación ciudadana.

Costos

Una comunidad conformada por un promedio de 42 mujeres en el año 2007 tenía un costo anual de 2.536 dólares estadounidenses, monto que representa un costo por mujer de 5,03 dólares estadounidenses.

Organización institucional

El programa dependía de la Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente de la República y es un buen ejemplo de coordinación multisectorial e interinstitucional, y de cooperación con el sector privado. El programa «Creciendo Bien» coordinaba con el AINM-C en lo que respecta al estado nutricional, ya que ambos programas usaban los mismos indicadores del estado nutricional. En los lugares donde existieran AINM-C y «Creciendo Bien», se tenía que coordinar y respetar los componentes propios de cada estrategia, sin perder el componente esencial. Al fortalecer el AINM-C y articularlo con «Creciendo Bien», se debía realizar las coordinaciones interinstitucionales con otros actores en lo relacionado con el componente productivo y comercial. El apoyo del sector privado venía a través de los fondos concursables de USAID y significaba más de 22 millones para el programa.

Monitoreo y evaluación

Se utilizaba un sistema de gestión de información para monitorear la efectividad de la entrega del programa y su eficiencia, así como la efectividad de la implementación, resultados e impacto. El técnico de

campo recolectaba la información en la comunidad, la registraba y la enviaba al programa con copia a la dirección departamental de SOSEP. La ONG revisaba y verificaba la calidad de la información (para asegurar que sea correcta y completa) y la mandaba a la sede del programa con copia a la oficina departamental de SOSEP, que la revisaba. Los digitadores del nivel central se encargaban de ingresar los datos en el sistema informático y del envío de la información a la dirección técnica del programa. El programa informaba a la ONG por escrito de los cambios que fueran pertinentes para ser tomados en cuenta. El programa contaba con una evaluación intermedia y una final.

Impacto

Los niños y niñas menores de cinco años mejoraron su crecimiento y redujeron la prevalencia de la desnutrición a los tres, seis y nueve meses de su participación en el programa «Creciendo Bien». Alrededor de 12 mil familias realizaban actividades productivas agrícolas para autoconsumo y estaban iniciando actividades de comercialización en pequeña escala con el apoyo del Ministerio de Agricultura, Ganadería y Alimentación.

Características distintas de los demás programas de PCBC

- Enfoque en poblaciones indígenas
- Capacitación en autoestima y género
- Actividades productivas
- Construcción de un espacio físico para implementar la vigilancia nutricional

Desafíos

Institucionalización

«Creciendo Bien» se ejecutaba a través de diversas ONG que realizaban los componentes del programa bajo dos modalidades. En la primera, las ONG que prestaban servicios en extensión de cobertura del MSPAS proveían, a las mujeres y a los niños y niñas, los servicios básicos en salud preventiva. En la segunda, las ONG que no trabajaban con el MSPAS referían casos de mujeres o niños y niñas con problemas de salud o nutrición, y coordinaban acciones de salud preventiva. El programa dependía de una amplia coordinación. Se coordinaba con el Ministerio de Salud para la atención de niños y niñas o mujeres con problemas de salud y nutrición, con el Ministerio de Agricultura para asistencia técnica en las actividades productivas, con la Secretaría de la Mujer para la documentación de la mujer y el registro de niños y niñas, con la Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia (SEGEPLAN) para la priorización de lugares

focalizados y con la Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional para las intervenciones de seguridad alimentaria y nutricional. En la mesa de coordinación participaban fondos de inversión social, los ministerios de Salud y de Defensa, y agencias internacionales; en el ámbito local participaban los alcaldes, los consejos de departamento municipal, las madres monitoras y las ONG.

Según un estudio de la coordinación multisectorial del programa⁸², «Creciendo Bien» tuvo éxito en actualizar una coordinación multisectorial e interinstitucional por varias razones. Primero, como organización líder del programa, la SOSEP fue considerada como un mediador neutral entre los diferentes ministerios, y eso evitó que estos compitan por atribuirse el mérito por las iniciativas. Segundo, una serie de reuniones semanales de coordinación interministeriales estaban firmemente institucionalizadas (participaban el Ministerio de Salud y las agencias interministeriales e internacionales). Tercero, los fondos del programa llegaban a la SOSEP directamente de las diferentes organizaciones internacionales y los donantes, de manera que no había competencia entre los ministerios por los recursos.

Con el cambio de gobierno en el año 2007, el programa «Creciendo Bien» dejó de recibir financiamiento, aunque algunos de los elementos claves (capacitación, autoestima de mujeres entre otros) están siendo considerados en el nuevo programa de transferencias monetarias condicionadas «Mi familia progresa».

⁸² Simone Bunse, correspondencia personal, 2007.

Anexo 2/ Láminas de consejería

La consejería individualizada es un diálogo privado con la madre sobre el crecimiento del niño o niña y comienza con algunas preguntas propuestas por la trabajadora comunitaria sobre las condiciones de salud, nutrición y cuidado en la casa durante el mes anterior que hayan podido afectar su crecimiento, sea este insatisfactorio o satisfactorio. Los programas tienen una variedad de herramientas para apoyar a la trabajadora comunitaria en el proceso de consejería, pero la herramienta uniforme en todos los programas son las láminas de consejería. Estas toman diferentes formas. Algunos ejemplos se muestran en las figuras A2.1–A2.5

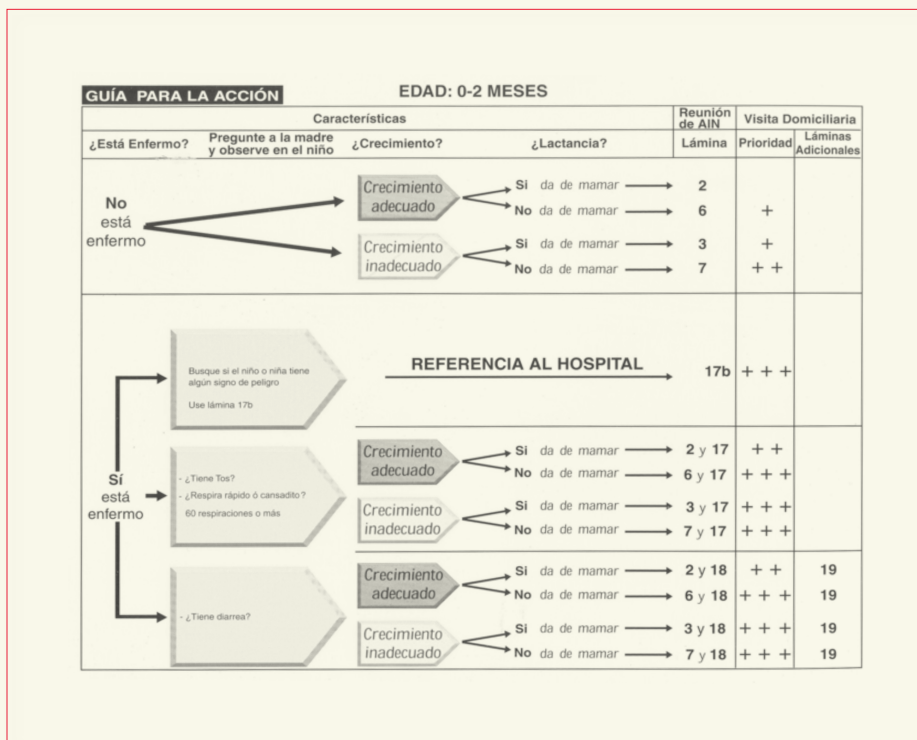
Figura A2.1. Pasos para hacer la consejería y negociación, Nicaragua



Fuente: Ministerio de Salud, Nicaragua, 2003.

Además de las láminas, en Honduras hay un algoritmo que la trabajadora comunitaria consulta antes de seleccionar la lámina para guiar la consejería (figura A2.2). Este algoritmo o Guía para la Acción está organizado en relación con la edad del niño o niña y sirve de recordatorio para que la trabajadora pregunte u observe si el niño o niña está enfermo al momento de la consejería o recuperándose de una enfermedad muy reciente, si tiene crecimiento adecuado o no, o si la madre está lactando. De acuerdo con estas condiciones, la guía indica qué acción tomar en términos de la lámina que debe usarse para comenzar la consejería y qué debe hacerse en el contexto de las visitas domiciliarias. En las láminas específicas hay recomendaciones relativas a la referencia en caso de enfermedad.

Figura A2.2. Algoritmo de Honduras



Fuente: Secretaría de Salud, Honduras, 2000.

Las láminas de consejería también contienen guías para la toma de acciones por la familia con el fin de «recuperar» o mantener el ritmo de crecimiento del niño o niña. Las características que todos los juegos de láminas tienen en común son las siguientes:

- Los contenidos de las recomendaciones provienen de las investigaciones cualitativas con familias beneficiarias potenciales de los programas realizadas para aprender de ellas cómo enfrentaron los problemas de la alimentación de los niños y niñas;
- Las recomendaciones en las láminas se enfocan en las prácticas de alimentación y nutrición más problemáticas (pero con mayor potencial de ser modificadas con los recursos de la familia, aun dentro de los límites de la pobreza), en los cuidados caseros para niños y niñas enfermos y en consejos sobre higiene; y
- Diagramas, signos e ilustraciones que facilitan la consejería que hace la trabajadora comunitaria y proveen ejemplos visuales de las prácticas de comportamiento a las madres (sin intimidar a aquellas madres que no saben leer).

A pesar de las similitudes, cada juego tiene sus particularidades e innovaciones de acuerdo con las especificaciones del programa, la realidad de la vida de las familias y las pruebas de uso realizadas por las trabajadoras comunitarias de cada país. Antes de presentar las fotos de ejemplos de las láminas hay una breve descripción de las características especiales del juego.

El juego de láminas de Honduras (figura A2.3) contiene aspectos relacionados con la alimentación del niño o niña de acuerdo con su edad y, también, con su estado de crecimiento. En cada rango de edad, hay láminas para los niños y niñas con crecimiento adecuado que refuerzan las prácticas recomendadas para la edad con la intención de guiar a la madre para que siga lo más apropiado y corregir las prácticas que no son óptimas (lámina 14, figura A2.3). En el caso de los niños y niñas con crecimiento inadecuado, la idea es guiar la consejería hacia una indagación más profunda en los problemas de alimentación y proponer recomendaciones para corregirlos y asegurar que el niño o niña reciba más comida para «recuperar» su crecimiento (lámina 15, figura A2.3). Asimismo, el juego de láminas de Honduras tiene contenidos sobre higiene y el tratamiento comunitario de las enfermedades prevalentes y sobre la referencia de niños y niñas enfermos (lámina 18, figura A2.3).

Figura A2.3. Láminas de AIN-C, Honduras

14 18-23 meses
CRECIMIENTO ADECUADO



COMBINACIONES:



COMIDA FRITA



SOPA ESPESA



FRUTAS Y VERDURAS



14 18-23 meses
CRECIMIENTO ADECUADO

1. FELICITE A LA MADRE porque su niño/a está creciendo bien. ANIMELA a seguirlo cuidando como hasta ahora.

2. PREGUNTE A LA MADRE: ¿Qué comió ayer su niño/a? ¿Dio pecho? ¿Cuántas veces le dió de comer a su niño/a? ¿Cuánto le dió de comer cada vez? ¿Cómo prepara la comida?

3. LA MADRE DICE QUE:

DOY COMIDA MENOS DE 5 VECES AL DÍA

RECOMIENDE Y DISCUTA

Dale de comer por lo menos 3 comidas principales, más 2 meriendas para que siga creciendo bien.

SIGO DANDO PECHO

Felicite a la madre y animela para que siga dando pecho, día y noche. Dale el pecho después de que el niño o niña coma. El pecho la ayuda a evitar enfermedades y sustenta más a su niño o niña.

DOY DE COMER MENOS DE 5 CUCHARADAS

Dale de comer por lo menos 5-6 cucharadas de comida en cada tiempo más una tortilla. Así quedará lleno y se sustentará más.

DOY COMIDA POCO VARIADA O CON MUCHO LÍQUIDOS COMO SOPAS Y CALDOS

Continúe dando de todos los alimentos disponibles en la familia. En la comida dele alimentos combinados como tortilla con frijoles, arroz con frijoles, plátano con cougida. Prepare la sopa bien espesa para que le sustente más. La sopa espesa se prepara deshechando el alimento que se ha cocido en ella como frijoles, papa, plátano, verdura o arroz. Dale alguna fruta o verdura de color verde o amarillo intenso como ayote sazón, zanahoria, camote amarillo, plátano, mango u hojas verdes picadas y bien cocidas.

4. REALICE UN COMPROMISO CON LA MADRE: De lo que hemos hablado diga 1 ó 2 recomendaciones que usted puede realizar en su casa para que su niño o niña crezca bien.

5. RECUERDE A LA MADRE: Lo siguiente.



COMBINACIONES:



COMIDA FRITA



FRUTAS Y VERDURAS



COMIDAS ESPECIALES



SOPA ESPESA



15 18-23 meses
CRECIMIENTO INADECUADO

1. EXPLIQUE A LA MADRE que su niño/a no está creciendo lo suficiente. Necesita más cuidado y atención en su alimentación.

2. PREGUNTE A LA MADRE: ¿Qué comió ayer su niño/a? ¿Dio pecho? ¿Cuántas veces le está dando comida? ¿Cuánto le dió de comer cada vez? ¿Cómo prepara la comida? ¿Ayuda usted al niño/a mientras come?

3. LA MADRE DICE QUE:

DOY COMIDA MENOS DE 5 VECES AL DÍA.

RECOMIENDE Y DISCUTA

Aumente 1 ó 2 comidas hasta dar por lo menos 3 comidas principales y 2 meriendas. Dale de comer en la tarde, no lo hará daño. En la merienda dele una comida que sustente como: un guineo, un mango, leche mezclada con pan de oca o arroz, una tortilla con queso o frijoles.

SIGO DANDO PECHO

Felicite a la madre y animela para que siga dando pecho. Dale pecho después que el niño o niña coma. Dale el pecho más veces por la noche mientras el niño o niña recupera su peso.

DOY MENOS DE 5 CUCHARADAS DE COMIDA EN CADA TIEMPO

Dale de comer por lo menos a 5-6 cucharadas más una tortilla. Así quedará lleno y se sustentará más.

DOY COMIDA POCO VARIADA O CON MUCHO LÍQUIDO COMO SOPAS Y CALDOS

Continúe dándole todos los alimentos disponibles en la familia. Combine los alimentos en la comida como: tortilla con frijoles, plátano con cougida o queso, arroz con frijoles. Agregue mantecilla o margarina a la comida, o prepare comidas fritas. Dale alguna fruta o verdura de color verde o amarillo intenso como ayote sazón, zanahoria, plátano maduro, camote amarillo, hojas de mostaza, de acelga o chigüin. Agregue a la comida un alimento especial que le guste mucho al niño o niña como aguacate, queso, huevo, leche con azúcar y pan de oca o arroz hasta que recupere su peso. Si tu hijo/a suaga, prepárese bien espesa para que le sustente más. La sopa espesa se prepara deshechando el alimento que se ha cocido en ella como frijoles, papa, plátano, verdura o arroz.

COME SOLO Y SIN AYUDA

Sientese con el niño o niña y ayúdalo mientras come. Hágale gracia. Tenga paciencia, el niño o niña todavía está aprendiendo a comer.

DOY LECHE Y LÍQUIDOS EN PEPE

Dale los líquidos en taza o en vaso, porque estos son más fáciles de lavar que los peques y su niño tiene menos peligro de enfermarse.

4. REALICE UN COMPROMISO CON LA MADRE: De lo que hemos hablado diga 1 ó 2 recomendaciones que usted puede realizar en su casa para que su niño/a crezca bien.

5. RECUERDE A LA MADRE: Lo siguiente.



18 0 - 23 MESES
 NIÑO Y NIÑA CON DIARREA SIN DESHIDRATACION

1. EXPLIQUE a la madre que la diarrea es una enfermedad grave causada por la falta de higiene. Además es importante que la madre sepa cuando la puede cuidar en la casa y cuando necesita llevar a su niño al Centro de Salud.



2. PREGUNTE A LA MADRE **OBSERVE EN EL NIÑO O NIÑA**

 Que huela	 Mucha sud	 Inquieto o llora mucho	 Signos de peligro cualquier	 Diarrea de 14 días o más	 Sangre en heces
--	--	---	--	---	--

3. SITUACION: El niño y niña tiene uno o no tiene ninguno de estos signos.




RECOMIENDE Y DISCUTA

 Que huela	 Inquieto o llora mucho	 Continúe alimentando	 Continúe lactando	 Que continúe lactando hasta el momento de la comida
 Mucha sud	 Signos de peligro cualquier	 Que huela	 Inquieto o llora mucho	 Mucha sud
 Signos de peligro cualquier	 Diarrea de 14 días o más	 Sangre en heces	 Signos de peligro cualquier	 Signos de peligro cualquier

VEA AL NIÑO POR EL AUMENTO DE DOS O MAS DE ESTOS SIGNOS DE PELIGRO

- Si aparecen dos o más de estos signos lleve de inmediato al Centro de Salud para atención y comience a dar Librosol. Ver (lámina 17).

El niño tiene:



 Diarrea de 14 días o más	 Sangre en heces	 Referencia al Centro de Salud.
---	--	---

Niño desgranado

 Uso laminas 16 del niño o niña desgranado.

4. DIALOGUE CON LA MADRE que es muy importante que ponga en práctica todo lo que hemos hablado porque su niño o niña puede empeorar.

5. RECUERDE A LA MADRE: lo siguiente:

 REFERENCIA	 MARTA DOMESTICABIA
---	---

Fuente: Secretaría de Salud, Honduras, 2000.

El juego de láminas de El Salvador contiene fotos de alimentos cada vez que hay una recomendación para un alimento en especial. El juego contiene láminas especiales para la mujer embarazada (lámina 1) y para los rangos comunes de edad de los niños y niñas entre 0 y 24 meses. Hay láminas para los niños y niñas enfermos y también para niños y niñas con crecimiento adecuado (lámina 6, figura A2.4) y no adecuado para cada rango de edad.


Figura A2.4. Láminas de AIN-C, El Salvador

Embarazada


Alimentación y cuidados

1

Alimentación

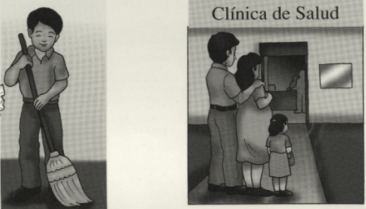


Tabletas de hierro



Una al día ☀️

Evitar trabajos pesados y Consultar en la clínica de Salud



Alimentación y cuidados

1 Si aumenta peso: Felicite a la madre y motive a seguir cuidándose bien.
Si no aumenta peso: Explique a la madre que no aumentar o perder peso a partir del tercer mes de embarazo es un peligro tanto para la madre como para el bebé.

2 Pregunte a la Madre: ¿Cómo se siente?
¿Ha tenido alguna molestia o problema?
¿Cuántas veces al día ha estado comiendo?
¿Está tomando su pastilla de hierro?

3 Recomiende y dialogue con la madre:

Alimentación

- En cada comida, comer una porción más de la comida que tenga o una tortilla más.
- Comer 2 refrigerios de fruta, pan con queso o frijoles, pan dulce o de lo que tenga.
- **Si tiene molestias o náuseas:**
 - Comer pequeñas comidas y más veces al día, y evitar alimentos muy grasosos.
 - Al momento de levantarse por la mañana, puede comer un pan francés, una galleta salada o una tortilla sin agregarle nada.
- **Si la madre no aumenta peso:**
 - Comer una comida más de lo que está comiendo y comer una porción más de comida, en cada comida.
 - Consumir por lo menos una vez al día algún alimento especial como: zanahoria, queso, huevo, hojas de mora o chipilin, porque tienen bastantes vitaminas.
 - Evitar tomar café, té, alcohol y fumar.

Tabletas de hierro

- Tomar una tableta de hierro al día, tomarla con un refresco de fruta o agua y no tomarla con leche ni con café. El hierro le ayudará a no sentirse débil ni cansada.
- Si hay mucho estreñimiento tomar la tableta de hierro un día si y un día no y tomar abundante agua y comer frutas.

Evitar trabajos pesados y Consultar en la clínica de Salud

- La embarazada debe evitar trabajos muy pesados.
- Si la madre presenta: Hinchazón de las manos o los pies, dolor fuerte o sangramiento, el bebé se mueve menos o ha dejado de moverse, o si hay fiebre, la madre debe ir inmediatamente a la clínica de salud más cercana o con el promotor de su comunidad.

4 Realice un compromiso con la madre: Pídale a la madre que elija 1 ó 2 recomendaciones que ella pueda realizar en la casa para la buena salud de ella y para que el niño o niña nazca bien.


5 Recuerde a la madre:

6 a 8 meses

Crecimiento Adecuado


6

Continuar dando pecho

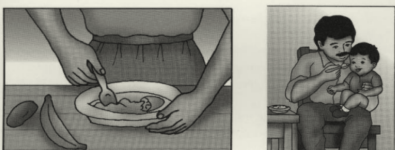



☀️ día

☾ noche



Preparación de comida espesa

Crecimiento Adecuado

1 Felicite a la madre porque su niño o niña está creciendo bien. Anímela a seguir cuidándolo como hasta ahora.

2 Pregunte a la madre
¿Le está dando pecho todavía?
¿Qué más le dió de comer ayer a su niño o niña?
¿Cómo le prepara los alimentos?
¿Cuántas veces al día?

3 Recomiende y dialogue con la madre

Continuar dando pecho

- Continúe dando pecho de día y de noche por lo menos 6 a 8 veces.
- Dar primero el pecho y luego la comida.

Preparación de comida espesa

- Comience a dar alimentos suaves, aumentado poco a poco, hasta darle tres veces al día.
- Dele alimentos deshechos como papa o plátano sancochados, tortilla, arroz, frijoles molidos y colados, zanahoria, ayote, papáya ò guineó.
- No dar alimentos muy aguados ni sopas porque no sustentan al niño o niña.
- Si ya no le da pecho, dele de comer 4 veces al día.
- Si la madre no sabe cómo preparar un puré espeso, sugiera una visita al hogar para hacerle una demostración.

4 Realice un compromiso con la madre
• Pídale a la madre que elija 1 ó 2 consejos que pueda poner en práctica en su casa para que el niño o niña crezca bien.

5 Recuerde a la madre

- Vacunación del niño o niña.
- Suplemento de hierro y vitamina A para el niño o niña.

El juego de láminas del PROCOSAN es diferente a los otros juegos porque no tiene texto al reverso de la lámina (figura A2.5). Ello se explica por el hecho de que los supervisores han notado que las trabajadoras comunitarias no utilizan el texto una vez se han familiarizado con el contenido o solo leen el texto y se olvidan del proceso de la consejería. En la consejería, la trabajadora tiene que utilizar un mínimo de tres láminas —una para identificar con la madre los problemas en el cuidado del niño o niña, una para negociar prácticas para el mes siguiente y una que contiene una recomendación uniforme para todas las madres. Si el niño o niña no creció satisfactoriamente, hay dos láminas más para profundizar en la búsqueda de problemas y negociar con más detalle mejoras en las prácticas.

Figura A2.5. Láminas de PROCOSAN, Nicaragua

1. Identificación de problemas – cada niño o niña



2. Recomendaciones para negociar con cada madre



1A. Identificación de problemas –
cada niño o niña con crecimiento inadecuado



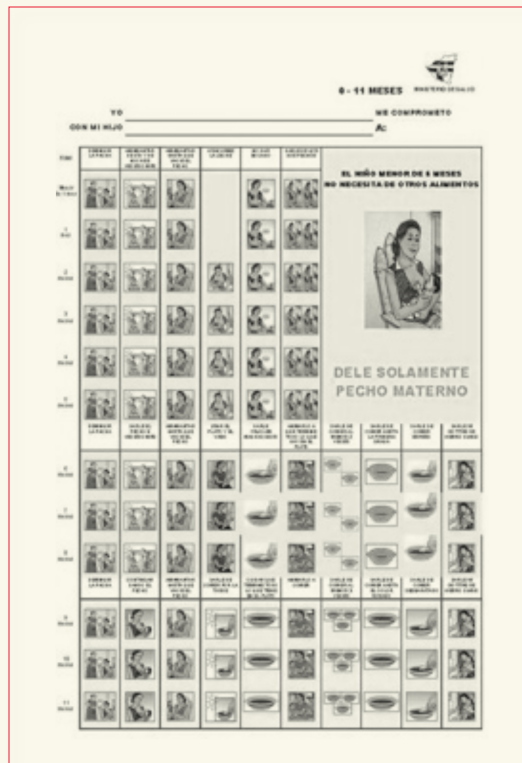
2A. Recomendaciones para cada niño o niña
con crecimiento inadecuado



3. Recomendaciones dadas a cada madre con niño o niña según el rango de edad



4. Negociación y confirmación de un compromiso con la madre – el recordatorio de la madre/familia



En Guatemala, las láminas están divididas en tres «libros»: el primero está dedicado a los consejos que la trabajadora voluntaria debe negociar con la madre y se compone de algunas páginas con recomendaciones para las madres de los niños o niñas que crecieron bien o no, de acuerdo con su rango de edad (lámina V5, figura A2.6). Asimismo, el juego de láminas incluye recetas mejoradas para cada edad (lámina V6, figura A2.6).

Figura A2.6. Láminas de AINM-C, Guatemala

De 9 a 11 meses **V5**

1. Felicite a la madre
2. Pregunte:
 - ¿Le sigue dando pecho?
 - ¿Qué le está dando además del pecho?
 - ¿Cuántas veces al día?
- Si **NO CRECE BIEN**, pregúntele:
 - ¿Por qué cree que su niño o niña no está creciendo bien?
 - ¿Está o ha estado enfermo su niño o niña?
3. Aconseje según la situación **¡¡¡¡¡** →
4. Haga un compromiso con la madre
5. Dele la Hoja de "Consejos para la familia de un niño o niña de 9 a 11 meses"

☞ Si en dos controles de peso seguidos **NO CRECE BIEN O TIENE SEÑA DE DESNUTRICIÓN O ANEMIA**, REFIERA AL SERVICIO DE SALUD MÁS CERCANO.

VER CUADRO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR


ACONSEJE:

- Dele pecho y luego sus comidas.
 - Además del pecho, dele tortilla con frijol, tamalito con frijol, arroz con frijol, pan con frijol, papa con frijol, plátano con frijol, fideos con frijol, verduras como zanahoria y guisicoy, frutas como banana, papaya, manzana o pera y hierbas.
 - A esta edad también dele huevo, hígado de res o pollo, pedacitos de carne de res, de pollo, o pescado.
 - Las comidas del niño o niña deben ser espesas para que le sustenten.
 - Dele de comer en su propio plato y con cucharita para ver bien cuánto está comiendo. Dele sus bebidas en pocillo o taza.
- Dele sus comidas cortadas en pedacitos o picadas para que aprenda a masticar.
- Llévelo/a a pesar el próximo mes para saber si gana peso.
- Vaya al servicio de salud, si falta alguna vacuna.
- Si **NO CRECE BIEN**, ADEMÁS DE LOS CONSEJOS ANTERIORES, DIGA:
 - Cocine con **aceite** o échele una cucharadita de aceite a las comidas porque les da fuerza.
 - Sírvalo por lo menos **4 cucharadas** de comida en cada tiempo.
 - Dele de comer más veces al día, hasta **4 veces** al día (3 tiempos y una refacción).


← REGRESE A PASO 4

De 9 a 11 meses **V5**


Alimentación del niño y la niña




Dele pecho y luego sus comidas




Dele comidas cortadas en pedacitos



Llévelo/a a pesar cada mes




NO CRECE BIEN




Sírvalo 4 cucharadas en cada tiempo de comida

De 9 a 11 meses **V6**


Recetas de comidas

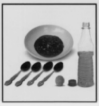



Fideos en salsa de hígado



Fideos colorados







Fuente: Ministerio de Salud, Guatemala.

Referencias bibliográficas

- Banco Mundial. 2007a.** Key Issues in Central America Health Reforms: Diagnosis and Strategic Implications. Washington, D. C.: Banco Mundial.
- Banco Mundial. 2007b.** Nutritional Failure in Ecuador. The World Bank Country Studies Series. Washington, D. C.: Banco Mundial.
- Banco Mundial. 2007c.** Panama Poverty Assessment. Washington, D. C.: Banco Mundial.
- Banco Mundial. 2006.** Repositioning Nutrition as Central for Development: A Strategy for Large-scale Action. Washington, D. C.: Banco Mundial.
- Banco Mundial. 2006.** Indicadores de Desarrollo Mundial 2006. Washington, D. C.: Banco Mundial.
- Barker, D. J. P. 1992.** Fetal and Infant Origins of Adult Disease. London: British Medical Journal Publishing Group.
- Beaton, G. H. y H. Ghassemi. 1982.** «Supplementary Feeding Programs for Young Children in Developing Countries». American Journal of Clinical Nutrition, 35: 864–916.
- Behrman J.; H. Alderman y J. Hoddinott. 2004.** «Hunger and Malnutrition». En: B. Lomborg, ed., Global Crisis, Global Solutions. Cambridge: Cambridge University Press.
- Corrales, G. 2004.** «AIN-C: Un nuevo paradigma orientado a promover el sano crecimiento de los niños a nivel de la comunidad». Presentación en PowerPoint en la Conferencia Regional sobre Programas Comunitarios de Promoción de Crecimiento, Managua.
- Corrales, G. 1992.** Proceso de Organización del Sistema de Atención Integral al Niño (POSAIN). Ministerio de Salud: Tegucigalpa.
- Fiedler, J. 2003.** A Cost Analysis of the Honduras Community-Based, Integrated Child-Care Program (Atención Integral a la Niñez-Comunitaria, AIN-C). Documento de Trabajo de Salud, Nutrición y Población (HNP). Washington, D. C.: Banco Mundial.
- Fiedler, J.; C. Villalobos y A. de Mattos.** «An Activity-Based Cost Analysis of the Honduras Community-Based, Integrated Child Care (AIN-C) Program». En prensa.
- Flores, R.; M. Ruiz, E. Marín y M. Silva. 2007.** «Evaluación de proceso del Programa Comunitario de Salud y Nutrición (PROCOSAN) de Nicaragua». Washington, D. C.: Banco Mundial.
- Galasso, E. y N. Umapathi. 2007.** «Improving Nutritional Status through Behavioral Change: Lessons from Madagascar». Development Research Group. Banco Mundial.
- Garner P.; R. Panpanich y S. Logan. 2000.** «Is Routine Growth Monitoring Effective? A Systematic Review of Trials». Arch. Dis. Child., 82(3): 197–201.
- Garrett, J. L. y M. T. Ruel. 2005.** «Stunted Child-overweight Mother Pairs: Prevalence and Association with Economic Development and Urbanization». Food and Nutrition Bulletin, 26(2): 209–221.

Griffiths, M. y J. McGuire. 2005. «Una nueva dimensión para la reforma de la salud: Atención integral a la niñez en la comunidad en Honduras». En: G. M. La Forgia, eds., *Innovaciones en el sistema de salud de América Central: Lecciones e impactos de nuevos enfoques*. Washington, D. C.: Banco Mundial.

Griffiths, M., y V. Vivas de Alvarado. 1999. «Honduras. The AIN Community Experience». Documento presentado en la reunión Resultados de BASICS, USAID. Washington, D. C.

Griffiths, M.; K. Dickin y M. Favin. 1996. *Promoting the Growth of Children: What Works. Juego de herramientas sobre nutrición del Banco Mundial. Herramienta 4*. Washington, D. C.: Banco Mundial.

Heaver, R. 1998. *Improving Family Planning, Health, and Nutrition Outreach in India: Lessons from Some World Bank Assisted Projects*. Washington, D. C.: Banco Mundial.

Himes, J. H. 1999. «Minimum Time Intervals for Serial Measurements of Growth in Recumbent Length or Stature of Individual Children». *Acta Paediatrica*, 88(2): 120-5.

Jones, G. y col. y The Bellagio Child Survival Group. 2003. «How Many Deaths can we Prevent this Year?». *Lancet*, 362: 65-71.

Maradiaga, A. y M. Griffiths. 1997. *Prácticas mejoradas de alimentación*. Tegucigalpa: Secretaría de Salud y BASICS.

Mardini, A. y M. Gragnolati. 2002. «Malnutrition and Poverty in Guatemala». World Bank Policy Research Working Paper n.º 2967.

Martell, M.; L. A. Bertolini, F. Nieto, S. M. Tenzer, R. Ruggia y R. Belitzky. 1981. *Crecimiento y desarrollo en los dos primeros años de vida postnatal*. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud.

Martorell, R.; R. Flores y E. Hurtado. 2002. *Defining Growth Failure in Growth Monitoring and Promotion Programs: Comparison of Minimum Expected Weight Gain vs. Tendency Methods*. Resumen de la presentación al Ministro de Salud de Guatemala y el personal de USAID (4 de diciembre).

Mason, J. B.; D. Sanders, P. Musgrove, Soekirman y R. Galloway. 2006. «Community Health and Nutrition Programs». En: D. T. Jamison, J. G. Breman, A. R. Measham, G. Alleyne, M. Claeson y otros, eds., *Disease Control Priorities in Developing Countries* (segunda edición), pp. 1053-1074. Nueva York: Oxford University Press. [DOI: 10.1596/978-0-821-36179-5/Chpt-56.]

Menon, P.; M. T. Ruel, C. Loechl, M. Arimond, J. P. Habicht, G. Pelto y otros. 2006. *The Effectiveness and Feasibility of Using Micronutrient Sprinkles to Reduce Anemia Among Children 6-24 Months Old in a Programmatic Context: Evidence from Haiti*. Ithaca, NY; Washington, D. C.; Puerto Príncipe, Haití: Cornell University International Food Policy Research Institute, World Vision.

Ministerio de Salud – Nicaragua. 2003. *Manual del Brigadista: Programa Comunitario de Salud y Nutrición*. Managua: Ministerio de Salud.

- Ministerio de Salud Pública – Guatemala. 2004.** Componente comunitario manejo integrado de la niñez de una semana a menor de 5 años. República de Guatemala: Ministerio de Salud Pública.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – San Salvador (s. f.).** Atención integral en nutrición en la comunidad: Manual de la Consejera Voluntaria. San Salvador: MSPAS.
- Musgrove, P. 1991.** «Feeding Latin America’s Children: An Analytical Survey of Food Programs». Latin American and the Caribbean Regional Studies Report n.º 11. Washington, D. C.: Banco Mundial.
- Neufeld, L. 2007.** Eficacia de tres suplementos nutritivos para mejorar diversos indicadores nutricionales en niños menores de 2 años y mujeres embarazadas, beneficiarios de Oportunidades. Resultados preliminares y planes para el seguimiento. Presentación al Instituto Nacional de Nutrición, Mexico,
- Neufeld, L. 2006.** «Evaluación del componente de alimentación en el programa Oportunidades: Herramienta para fortalecer el programa». Presentación en el taller de nutrición en Honduras (noviembre).
- Núñez, I. Y.; L. Ramos, I. Nieves y M. Griffiths. 1993.** Aprendiendo más sobre el desafío para todos: Prácticas, percepciones y maneras de mejorar la alimentación de niños y madres en las áreas más necesitadas de El Salvador. San Salvador: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – Departamento de Nutrición.
- Picado, J. I.; C. M. Reyes, P. Carillo, L. T. Yllescas e Y. de Grijalva. 2001.** «Lo bueno es que puede comer lo que nosotros tenemos». Improvement of Feeding Practices in Children under Two Years of age in the Municipalities of Madriz, Chontales and Masaya. Managua: Ministerio de Salud.
- Plowman, B., J. I. Picado, M. Griffiths y K. Van Roekel. 2004.** BASICS II. Evaluation of the AIN Program in Honduras, 2002. Arlington, Virginia: Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II) for the United States Agency for International Development (USAID) (octubre).
- Popkin, B. 2000.** Urbanization and the Nutrition Transition, IFPRI 2020 Focus 3 (Achieving Urban Food and Nutrition Security in the Developing World). Brief 7 of 10 (agosto).
- Ruel, M. T.; J. Rivera y J. P. Habicht. 1995.** «Length Screens Better than Weight in Stunted Populations». Journal of Nutrition, 125(5): 1222–28.
- Schaetzel, T.; M. Griffiths, B. Plowman, K. Van Roekel, V. Vivas de Alvarado. 2007.** Evaluation of the AIN Program in Honduras after Four Years of Implementation. Arlington, Virginia: Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS) for the United States Agency for International Development (USAID).
- Secretaría de Salud – Honduras. 2000.** Atención integral a los niños y niñas en la comunidad: Manual del monitor y monitora de AIN-C. Tegucigalpa: Secretaría de Salud.
- Shrimpton, R.; C. G. Victora, M. de Onis, R. Costa Lima, M. Blossner y G. Clugston. 2001.** «The Worldwide Timing of Growth Faltering: Implications

for Nutritional Interventions». *Pediatrics*, 107: e75.

The Manoff Group. 2002. *Facilitator's Guide for Community-based Growth Promotion: Key Concepts and Field Experiences*. Washington, D. C.: The Manoff Group.

United Nations Children's Fund (UNICEF). 1992. *Food, Health and Care: The UNICEF Vision and Strategy for a World Free from Hunger and Malnutrition*. Nueva York: UNICEF.

Van Roekel, K.; B. Plowman, M. Griffiths, V. Vivas de Alvarado, J. Matute. 2002. *BASICS II Midterm Evaluation of the AIN Program in Honduras, 2000*. Arlington, Virginia: Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II) for the United States Agency for International Development (USAID) (julio).

Zlotkin, S. H.; C. Schauer, A. Christofides, W. Sharieff, M. C. Tondeur, S. M. Hyder. 2004. «Micronutrient Sprinkles to Control Childhood Anaemia: Addressing an Unresolved Global Public Health Problem through International Research and Partnership Development». Ponencia presentada en la Conferencia Internacional de Salud. Ottawa, Canadá (mayo).

Zlotkin, S. H.; C. Schauer, A. Christofides; W. Sharieff, M. C. Tondeur, S. M. Hyder. 2005. «Micronutrient Sprinkles to Control Childhood Anaemia». *PLoS Medicine*, 2(1): e1.

