

Universidad Mayor de San Andrés
Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología
Médica

UNIDAD DE POSTGRADO



MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA MENCIÓN EPIDEMIOLOGIA
TESIS DE GRADO

CONOCIMIENTOS, PERCEPCIONES Y PRACTICAS FAMILIARES DE
ALIMENTACION EN NIÑOS (AS) DE 6 A 24 MESES, RED LOTES SERVICIOS -
EL ALTO 2009.

Postulante: Ruth Coaquira Yujra
Tutora: M.Sc. Patricia Philco Lima

La Paz – Bolivia
2011

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	PÁG.
RESUMEN	1
I INTRODUCCIÓN	3
II. MARCO TEÓRICO	5
III. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	60
IV. JUSTIFICACIÓN	65
V. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	66
VI. METODOLOGÍA	74
VII. RESULTADOS	82
VIII. DISCUSIÓN	91
X. CONCLUSIONES	97
X. RECOMENDACIONES	99
XI. ADMINISTRACIÓN Y PRESUPUESTO	101
XII. BIBLIOGRAFÍA	103
XIII. ANEXOS	106

ÍNDICE DE CUADROS

	PÁG.
Cuadro 1: Magnitud de la Desnutrición y Anemia en Menores de 5 años y Mujeres en Edad Fértil en Bolivia	16
Cuadro 2: Bolivia – Morbilidad en menores de cinco años asociado a desnutrición Global	18
Cuadro 3: Bolivia Costo de la desnutrición global en el área salud 2005	19
Cuadro 4: Bolivia – Costos de resultados del diferencial de repitencia asociado a la desnutrición global 2005	20
Cuadro 5: Áreas de estudio	68

DEDICATORIA:

El presente estudio lo dedico a mi familia y en especial de mi esposo por su constante apoyo moral e incentivo durante el proceso de investigación.

AGRADECIMIENTO:

Agradezco el apoyo constante de la tutora asignada Dra. Patricia Philco y a las madres y/o cuidadores primarios que colaboraron durante la ejecución de la investigación.

RESUMEN:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los conocimientos, percepciones y prácticas de alimentación familiar de cuidadores primarios de niños(as) de 6 a 24 meses de la Red Lotes y Servicios, Municipio de El Alto, de junio a agosto de 2009?

OBJETIVO

Explorar los conocimientos, prácticas y percepciones de los cuidadores primarios acerca de la alimentación familiar de niños (as) de 6 a 24 de la Red Lotes y servicios Municipio de El Alto, de junio a agosto de 2009.

MÉTODOS

Corresponde a una investigación cualitativa realizada en que tres fases: de reflexión y preparación de la investigación, de entrada y realización del campo y finalmente la etapa de salida. Las dimensiones que toma en cuenta el estudio corresponde a: lactancia materna prolongada (hasta los dos años), alimentación complementaria (inicio de alimentación complementaria), alimentación complementaria actual en los rangos de edad de 6 meses a menores de 1 año, 1 año a menores de 2 años, alimento complementario (Nutrí bebe) y administración de micro nutrientes (chispas nutricionales).

Para la recolección de datos se aplicó como estrategias cualitativas: Grupos de discusión o grupos focales, entrevistas a profundidad y observación.

RESULTADOS Y ANÁLISIS

A través de la triangulación de las estrategias cualitativas se obtuvo que la lactancia materna prolongada no se cumple, existe influencia por parte de la sociedad entre ellos esposos, madres y abuelas. Los conocimientos de los cuidadores primarios en cuanto al inicio de alimentación complementaria en los niños(as) menores de 1 año no están claros y no son aún concordantes con las recomendaciones establecidas en las normas establecidas para la atención del menor de 2 años. Sobre la alimentación con Nutrí bebé no hay una clara idea acerca de los beneficios de este alimento. Sobre el conocimiento acerca de las chispas nutricionales todas las madres desconocen el uso y los beneficios de estos micronutrientes que de acuerdo a la norma de atención debe ser administrado al niño durante su alimentación.

Sobre los conocimientos, prácticas y percepciones de alimentación en niños (as) de 1 a 2 años de edad, observamos que las madres cumplen con la mayoría de las recomendaciones de la norma de atención, pero aun existe la influencia social por parte de familiares u otros grupos.

CONCLUSIONES

Las prácticas de alimentación de los cuidadores primarios de niños (as) de 6 meses a menores de 2 años, son desarrolladas en base a la experiencia e influencia de grupos de la sociedad. El conocimiento de los beneficios del Nutrí bebé y chispas nutricionales no está claramente definido. Las percepciones acerca de las prácticas de alimentación, presentan gran influencia del contexto sociocultural, en especial del contexto aymará.

I. INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN

La desnutrición es un importante problema de salud en los niños de los países en desarrollo. Si bien en general la desnutrición no es registrada como causa básica de mortalidad, una proporción variable de las muertes de niños menores de 5 años tiene desnutrición como causa asociada.

Habitualmente los niños desnutridos tienen una mayor frecuencia de episodios de infecciones respiratorias agudas y episodios diarreicos agudos que los niños eutróficos. Estos episodios tienen a su vez una mayor gravedad y más larga evolución contribuyendo a mayor deterioro en el estado nutricional del niño(a)¹.

La desnutrición también influye en el grado psicomotriz y en el crecimiento de los niño(as) siendo un factor determinante en el rendimiento escolar futuro².

La condición nutricional del niño está determinada por su alimentación, prácticas de alimentación de la familia y las enfermedades. La alimentación está asociada a la disponibilidad de recursos en el hogar del niño y los patrones culturales que determinan las formas en que el mismo es alimentado, las mismas influenciadas por la disponibilidad de información que exista en el medio.

En muchos países en desarrollo, la desnutrición aparece más como consecuencia de una inadecuada alimentación que de la falta de recursos alimenticios. La falta o corta duración de la lactancia materna, las prácticas inadecuadas de destete la restricción de ciertos alimentos contribuyen a que el niño no reciba los nutrientes necesarios³.

Las creencias culturales al respecto de la alimentación del niño(a) durante la enfermedad, que incluye la supresión o restricción de alimentos durante la diarrea o las infecciones respiratorias, también influyen en el deterioro de la condición nutricional.

El asesoramiento y educación de la madre sobre la alimentación del niño(a) y la suplementación con algunos nutrientes minerales (hierro) y vitamínicos (vitamina A) constituyen en la actualidad las principales intervenciones para el mejoramiento de la situación nutricional de los niños(as), todas estas acciones están incluidas en las actuales normas de atención a los niños(as) menores de cinco años (AIEPI nut).

La estrategia AIEPI también incluye la educación sobre el uso óptimo de los recursos naturales existentes en el lugar, la preparación de alimentos de mejor valor nutritivo y la suplementación alimenticia durante la enfermedad. La implementación de la estrategia AIEPI en los servicios de salud y en la comunidad representa una importante contribución para mejorar la condición nutricional de los niños(as).

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia nut (AIEPI) en Bolivia es incorporada legalmente mediante la Resolución Ministerial No 626, como norma de atención en la salud para todo niño(a) menor de cinco años en el sistema nacional de salud y fortalecida con las nuevas políticas de salud a favor del menor de cinco años, emitida por el gobierno actual durante la gestión 2007 dentro de la meta ambiciosa “meta desnutrición cero”. El programa del menor de cinco años del Ministerio de Salud y Deportes con el apoyo de agencias internacionales apoyaron la implementación en varias regiones del país. En este sentido el presente estudio pretende explorar los conocimientos, percepciones y prácticas de alimentación de las madres o cuidadores de niños(as) menores de dos años para que puedan ser tomadas en cuenta en las evaluaciones e implementación de futuras políticas de salud a favor del menor de dos años, considerado grupo objetivo de la meta ambiciosa “Desnutrición Cero”.

II. MARCO TEÓRICO

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

La desnutrición, particularmente en menores de cinco años, continúa como uno de los problemas de salud no resueltos en nuestro país y en el mundo y es consecuencia una de las principales manifestaciones de la exclusión social, económica, política y cultural de los segmentos de la población que viven en condiciones de pobreza, sin servicios mínimos de saneamiento básico, agua potable, acceso a salud, educación y con inseguridad. De manera que la desnutrición, en última instancia, es el reflejo de la inequidad económica y de las crisis sociopolíticas que aquejan a nuestro planeta.

En Bolivia con 26.5%, la desnutrición crónica (baja talla) afecta aproximadamente a 288,124 niños/as menores de 5 años. Este porcentaje es inaceptablemente elevado y se encuentra muy por encima de la mayoría de los países de la región. Estudios realizados señalan que la desnutrición adquiere mayor magnitud en los menores que viven en el área rural, en municipios marginales, que son hijos de madres sin instrucción y de familias que se encuentran en los quintiles más bajos de ingresos. Si bien a nivel nacional, se ha registrado una reducción lenta, el problema ha sufrido un incremento en las regiones más deprimidas del país. Lo anterior amenaza con perpetuar el ciclo de pobreza y subdesarrollo y es necesario reconocer que para enfrentar el problema de la desnutrición se requiere de un enfoque de intervención intersectorial, masiva, coordinada, integral, sostenida en el tiempo y con una gran participación de la comunidad organizada⁴.

La evidencia científica sustenta varias observaciones empíricas: la desnutrición afecta profundamente el crecimiento y desarrollo de la niñez desde el inicio del curso vital; compromete el desarrollo físico, mental y cognitivo y determina un mayor riesgo de enfermar y morir. Por lo tanto, la desnutrición deteriora el potencial educacional y, por ende, afecta el desarrollo del ser humano. Al menos un 50% de las muertes de menores de cinco años se

produce por el sinergismo entre la desnutrición y las enfermedades infecciosas más frecuentes. Más allá de la importancia de tratar los casos de desnutrición es, por lo tanto, esencial prevenir la aparición de esta condición, lo que es factible de alcanzar únicamente por medio de un conocimiento colectivo sobre el fenómeno y un intenso y sostenido trabajo multi e intersectorial, que alcance efectivamente a las comunidades y a las familias que tradicionalmente han sido excluidas.

El Programa Intersectorial "Desnutrición Cero", basado en el trabajo coordinado entre varios sectores, ministerios e instituciones del gobierno, busca optimizar el uso de recursos e intervenir no sólo en la detección, tratamiento y rehabilitación de casos de desnutrición, particularmente en menores de 5 años y mujeres en edad fértil, sino también en las otras causas del problema: dotación de agua segura, seguridad y soberanía alimentaria, educación, proyectos productivos locales, etcétera, que modifiquen y mejoren no sólo la alimentación del niño y su familia desnutrida o en riesgo de desnutrición sino también su entorno, que les permita con dignidad lograr una mayor y mejor expectativa de vida.

En este contexto, el rol del sector salud, es fundamental, por una parte como el elemento catalizador que inicie una serie de procesos, fundamentalmente intersectoriales y comunitarios y, por otra, asegurando que los niños/as que son llevados a los establecimientos de salud, reciban el mejor cuidado; el cual incluye la promoción de las mejores prácticas - particularmente las nutriciones- de cuidado, la identificación y tratamiento de los niño/as desnutridos y de las enfermedades prevalentes.

2.2. Seguridad Alimentaria

Se denomina seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen, en todo momento, acceso físico y económico a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades y preferencias alimentarias para una vida activa y sana.

En Bolivia, el 71% de los municipios (222 de 314 en 2003) tienen un potencial agrícola muy bajo. Dichos municipios, cubren el 72% del territorio, están distribuidos en los 9 departamentos y son habitados por el 61% de la población. Los 89 municipios restantes (29%),

con el 28% del territorio y el 39% de la población, cuentan con un potencial agrícola entre óptimo y moderado ⁴.

Ni la superficie cultivada, ni los rendimientos tuvieron un incremento importante en la última década, salvo los cultivos de soya y arroz en la zona oriental. El crecimiento anual de la producción agrícola ha sido tan solo de 1,6%, muy inferior a la tasa de crecimiento poblacional de 2,74%, registrada el año 2001. Esta diferencia refleja el riesgo existente respecto a la estabilidad de la disponibilidad o suministro interno de alimentos. En el año 2002, el 89% de los alimentos, provenía de la producción, el 8,9% de las importaciones, el 0,6% de las donaciones y el 1,6% del *stock* del año anterior. Un problema grave son las pérdidas pre y post cosecha que alcanzan entre 15 y 30% de los alimentos más importantes en volumen y contenido energético como trigo, arroz, maíz, papa, yuca y plátano. A ello se suman sequías e inundaciones que restringen la disponibilidad de alimentos⁴.

El acceso, fundamentalmente económico, a los alimentos también es limitado. Entre 1999 y 2002 la pobreza se ha incrementado del 62,6% al 64,3%. Además existe una diferencia de más del doble, entre la incidencia de pobreza extrema del área rural (55%) con relación a la del área urbana (25%), lo que revela la crítica situación de inseguridad alimentaria en la que se encuentra en forma persistente, más de la mitad de la población rural⁴.

La distribución del ingreso tiende progresivamente más inequitativa . El año 2001, el ingreso promedio nacional era de Bs. 1.743.- por hogar al mes. En el área urbana alcanzaba a Bs. 2.381.-; en cambio los hogares rurales sólo obtenían, en promedio, Bs. 623.- . Ese mismo año, el 20% más pobre de los hogares gastó el 63% de sus recursos para alimentos en el hogar, mientras que el quintil más próspero, únicamente el 24%.⁴

De acuerdo a la Encuesta de Seguridad Alimentaria a Hogares Rurales (2005) , la población de los municipios vulnerables a la inseguridad alimentaria, consume en promedio, alimentos de 6 grupos: verduras, cereales y derivados, raíces y tubérculos, aceites y grasas, azúcar y misceláneos. La frecuencia de consumo de frutas, carnes y derivados, huevo, leche y derivados, leguminosas y pescados, es baja. Por ende, la dieta es poco variada y

principalmente de origen vegetal. Asimismo, muestra que el 63% del conjunto de hogares estudiados, consume una dieta que cubre menos del 90% de las recomendaciones de energía y el 42% tampoco cubre las de proteínas (< 90%). Otro dato revelador, es que la totalidad de familias tienen un déficit de calcio en su dieta⁴

Por otra parte, las pésimas condiciones de higiene en la manipulación y preparación de los alimentos de gran parte de la población, conducen a enfermedades infecciosas y al deterioro del estado nutricional, particularmente en niños. Según el Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2001, cerca del 70% de los hogares disponía de agua por cañería a través de red domiciliaria o pileta pública, existiendo gran diferencia entre el área urbana y rural (88% y 40% respectivamente). Sólo el 30% tenían servicio sanitario con desagüe por alcantarillado: 48% en área urbana y apenas 1,5% en el área rural donde el 67% ni siquiera tenía otro sistema de desagüe (cámara séptica, pozo ciego)⁴.

2.3. La desnutrición de la niñez

En los niños, el consumo insuficiente e inadecuado de alimentos, la lactancia materna limitada y la alimentación complementaria no adecuada, aumentan el riesgo de la desnutrición.

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA/08), utilizando los nuevos patrones de recomendado por la OMS basado en una muestra internacional (Brasil, Ghana, India, Noruega, Omán y los Estados Unidos). Además de estar basado en una muestra internacional, el nuevo estándar es de naturaleza normativa en cuanto identifica a los niños y niñas que lactan como el modelo de crecimiento y desarrollo. Según el nuevo estándar de la OMS, el 27 por ciento de los niños y niñas menores de cinco años (en vez del 22 por ciento) padece desnutrición crónica y el 8 por ciento presenta retraso en el crecimiento en condición severa.

Los niveles de desnutrición aguda y global de la población menor de cinco años son del 1 y 4 por ciento, respectivamente. En estos dos últimos tipos de desnutrición no son significativas las proporciones en grado severo. El nivel de desnutrición crónica presenta grandes variaciones según las características analizadas. En los primeros 35 meses, la desnutrición

crónica aumenta sistemáticamente con la edad del niño y de la niña, pasando de 9 por ciento en menores de 6 meses a 35 por ciento entre los de 24 a 35 meses. Luego, en las siguientes edades, de 36 a 59 meses, desciende levemente a entre 29 y 30 por ciento. Variaciones significativas también se observan al examinar el tamaño al nacer. Entre quienes nacieron pequeños/as o muy pequeños/as la proporción de desnutridos/as se encuentra entre el 37 y 39 por ciento frente a 24 por ciento entre niños/as que nacieron con tamaño promedio o más grande. El intervalo transcurrido entre los nacimientos es otra variable en la que se observan diferencias importantes en el nivel de desnutrición crónica. Cuando los intervalos son inferiores a 48 meses los niveles de desnutrición crónica llegan a alrededor del 35 por ciento, mientras en intervalos más amplios, superiores a 4 años, el nivel de desnutrición crónica se reduce a 20 por ciento. Otras de las variables que explican de manera importante la variabilidad en la desnutrición crónica son el departamento y el área de residencia; la educación de la madre y el quintil de riqueza. Claramente se observan dos grupos de departamentos con niveles de desnutrición marcadamente diferentes. En el primer grupo (La Paz, Cochabamba, Oruro, Chuquisaca y Potosí) la proporción de niños/as desnutridos/as varía entre 30 y 44 por ciento, mientras en el segundo grupo (Santa Cruz, Tarija, Beni y Pando) varía entre 12 y 18 por ciento. El nivel de desnutrición crónica aumenta a medida que disminuye la educación de la madre y el quintil de riqueza al cual el hogar pertenece; y es mayor en áreas rurales que en las urbanas. En las tres variables examinadas los valores menores de desnutrición crónica están por debajo de 17 por ciento mientras los valores extremos superiores son mayores a 39 por ciento⁵.

Entre los menores de 6 meses que viven con la madre un 2 por ciento no está lactando (4 por ciento según la ENDSA 2003), lo que significa que el 98 por ciento sí es amamantado. Claramente la lactancia materna en los primeros 6 meses de vida es generalizada.

Sin embargo, no se cumple plenamente la recomendación de exclusividad de la lactancia materna en los primeros seis meses de vida. En el 2008, sólo el 60 por ciento de los menores de seis meses recibe lactancia exclusiva, 6 puntos porcentuales más que en el 2003 (54 por ciento). El porcentaje de niños y niñas que recibe lactancia exclusiva desciende rápidamente con la edad, pasando de 70 por ciento en menores de dos meses a sólo 44 por ciento en niños

de cuatro a cinco meses. Si bien hay mejoras en cuanto a la exclusividad de la lactancia, para un grupo importante de niños la complementación alimenticia se inicia a edades tempranas. Entre los menores de dos meses, por ejemplo, el 29 por ciento ya recibe algún tipo de complemento alimenticio, fracción que se incrementa a 53 por ciento entre los niños de cuatro a cinco meses. Por otra parte, la práctica de alimentación complementaria a partir del séptimo mes tampoco se cumple en todos los niños. Entre los de seis a nueve meses, el 81 por ciento recibe complemento alimenticio consistente en sólidos o semisólidos, lo que equivale a que el 19 por ciento no recibe este tipo de alimento⁵.

La duración mediana de la lactancia en general, de la lactancia exclusiva y de la lactancia predominante - lactancia exclusiva o lactancia acompañada de agua y/o jugos.

Para los niños menores de tres años la lactancia materna tiene una duración mediana de 18.8 meses, equivalente a un poco más de un año y medio. Esta duración es levemente inferior a la reportada según la ENDSA 2003, 19.6 meses. Como resultado de la temprana introducción de complementos alimenticios, los niños y niñas apenas reciben lactancia exclusiva durante 3.5 meses. Sin embargo, esta mediana presenta importantes variaciones en algunas características analizadas: disminuye a medida que aumenta el nivel de educación de la madre y a medida que aumenta el quintil de riqueza. Es menor en el área urbana que en la rural y menor en los departamentos de Tarija, Santa Cruz, Beni y Pando (inferior a 3 meses) con relación a la duración mediana en los departamentos de Chuquisaca, La Paz, Oruro y Potosí (superior a 4 meses). Al considerar, además de los niños y niñas con lactancia exclusiva, a aquellos con lactancia predominante, es decir, aquellos cuya alimentación está basada en la leche materna en combinación con el consumo de agua, líquidos y/o jugos (excluyendo otras leches), la duración mediana de la lactancia sube de 4 a 5 meses. Los incrementos más notables se registran en los departamentos de Tarija, Santa Cruz y Beni, departamentos en los que la duración de la lactancia exclusiva es baja. Con relación a la intensidad de la lactancia, entre los niños y niñas menores de seis meses que lactan y que viven con la madre, un poco más de nueve de cada 10 niños (93 por ciento) recibieron leche materna por lo menos seis veces en el día anterior a la entrevista. En ninguna de las categorías analizadas esta práctica es inferior a 87 por ciento, lo que refleja una relativa homogeneidad en la intensidad de la lactancia a través de las diferentes categorías analizadas⁵.

La alimentación complementaria en menores de tres años en la **ENDSA 2008** se investigó sobre consumo de líquidos (leche en polvo para bebé, cualquier otra leche, jugos de fruta y agua sola) y tipo de alimentos suministrados a los niños y niñas menores de tres años durante el día o durante la noche anterior a la entrevista. Asimismo se investigó sobre el número de veces que los niños consumieron alimentos sólidos, semisólidos o blandos diferentes de líquidos, el día anterior a la entrevista. Los alimentos fueron agrupados de la siguiente manera:

Alimentos líquidos:

- Leches (incluye leche en polvo, fresca de animal y evaporada)
- Otros líquidos o refrescos como mate, té y café (excluye agua)

Alimentos sólidos y semisólidos:

- Queso, yogurt u otro producto lácteo
- Alimentos infantiles fortificados como Cerelac.
- Alimentos hechos de cereales (incluye pan, arroz, fideos, maíz, quinua o preparaciones con granos)
- Frutas y vegetales ricos en vitamina A (incluye zapallo, zanahoria, espinaca, acelga, brócoli, mango, papaya, durazno, melón, entre otras)
- Otras frutas y vegetales (naranjas, plátanos, manzanas, tomates, lechuga, repollo, y otros)
- Alimentos hechos de tubérculos/raíces (papa, oca, yuca, chuño, camote, entre otros)
- Alimentos hechos de legumbres y nueces (fríjoles, porotos, lentejas, lentejas, arvejas o habas secas)
- Carne de vaca, pollo, cerdo, cordero, cabra, pato (incluyendo hígado, riñón, corazón u otras vísceras o menudencias), pescado, mariscos y huevos
- Alimentos preparados con aceite, cebo, manteca, grasa, mantequilla y margarina
- Alimentos Azucarados (incluye azúcar, dulces, caramelos, chocolates, tortas, galletas, pasteles)

Tipos de Alimentos Consumidos en las Últimas 24 Horas

Tipo de alimentos recibidos por los niños que lactan

Entre los menores de 6 meses, que lactan, los dos alimentos líquidos más consumidos son la leche en polvo para bebé (20 por ciento de los niños y niñas lo consume) y líquidos excluyendo otras leches y agua (30 por ciento). El consumo de estos líquidos ya es significativo en los primeros dos meses de vida (16 y 22 por ciento, respectivamente).

Los alimentos sólidos o semisólidos comienzan a ser consumidos por una fracción significativa de los niños y niñas a partir de los 4 a 5 meses. En este tramo de edad los principales alimentos consumidos son los hechos de cereales (18 por ciento de los niños y niñas lo consume), las frutas y vegetales ricos en vitamina A (12 por ciento) y los alimentos hechos de tubérculos y raíces (10 por ciento). Sin embargo, en estas mismas edades una fracción importante de niños y niñas comienza a consumir alimentos azucarados (15 por ciento) y alimentos hechos con aceite, grasas o mantequilla (9 por ciento).

Tipo de alimentos recibidos por los niños que no lactan

Además de consumir la leche en polvo para bebé y otros líquidos distintos del agua, el 79 por ciento de los niños menores de un año consume algún alimento sólido o semisólido. No obstante, también es elevada la fracción de quienes consumen alimentos azucarados (65 por ciento) y alimentos hechos con aceite, grasas o mantequilla (54 por ciento).

En cambio, entre los niños y niñas de 12 a 23 meses que no lactaron el día anterior al de la entrevista el 100 por ciento consume alimentos sólidos o semisólidos. Los tres principales grupos de alimentos consumidos son los hechos de granos (alrededor de un 96 por ciento), las carnes, aves, pescado y/o huevo (alrededor del 93 por ciento) y los alimentos hechos de tubérculos y/o raíces (alrededor de un 84 por ciento). Sin embargo, en este grupo de niños(as) se registran porcentajes bajos de consumo de leche (aproximadamente el 50 por ciento consume la leche en polvo para bebé y sólo 41 por ciento consume otra leche) y elevados porcentajes de niños que consumen alimentos azucarados (90 por ciento) y alimentos hechos con aceite, grasas y/o mantequilla (89 por ciento).

Las Prácticas Apropriadas de Niños y Niñas e Infantes incluyen la lactancia materna hasta los dos años, la introducción de alimentos sólidos y semisólidos a la edad de 6 meses, y un incremento gradual en la cantidad de alimento dado y en la frecuencia de alimentación mientras el niño o la niña crece. Un niño o niña promedio saludable que lacta debe recibir alimentos sólidos y semisólidos 2-3 veces al día a las edades de 6-8 meses y 3-4 veces al día a las edades 9-23 meses, adicionando una pequeña merienda 1-2 veces por día. Las frecuencias mínimas de alimentación de niños y niñas en países en desarrollo están basadas en la energía liberada de alimentos complementarios. Las necesidades de energía de los niños y niñas están basadas en requerimientos diarios totales específicos para la edad, más 2 desviaciones estándar (para cubrir casi todos los niños y niñas), menos el promedio de ingreso de energía de la leche materna. Infantes con poca toma de leche materna necesitan ser alimentados más frecuentemente que aquellos con alta toma de leche materna. Sin embargo, se debe tener cuidado que las frecuencias de alimentación no excedan ingresos recomendados de alimentos complementarios porque la alimentación excesiva puede resultar en un desplazamiento de la leche materna (OPS/OMS, 2003).

Aunque la Organización Mundial de la Salud recomienda que los infantes sean alimentados con leche materna hasta los dos años, algunos infantes no lactan en absoluto, o han parado la lactancia materna antes de su segundo aniversario. Algunas guías se han desarrollado para estos niños y niñas, quienes pueden no haber lactado porque sus madres eran VIH-positivas, o porque sus madres murieron, o por otras razones (OMS, 2005). Es recomendado que a los niños y niñas que no lactan se les proporcionen alimentos sólidos y semisólidos 4-5 veces al día a edades 6-23 meses, con una merienda adicional 1-2 veces día.

Una nutrición apropiada incluye alimentar a los niños y niñas con una diversidad de alimentos que aseguren se llenen los requisitos de nutrientes. Diversos estudios han mostrado que alimentos complementarios basados en plantas por sí mismos no son suficientes para suplir las necesidades de ciertos micronutrientes para algunos niños y niñas (OMS/UNICEF, 1998). De manera que se aconseja que los niños coman carne, aves, pescado, o huevos diariamente, o tan frecuentemente como sea posible.

Dietas vegetarianas pueden no cubrir los requerimientos de nutrientes en niños y niñas a menos que se provean suplementos o alimentos fortificados. Frutas y vegetales ricos en vitamina A deben ser consumidos diariamente y las dietas de niños/niñas deben incluir una cantidad adecuada de grasa. La grasa es importante en las dietas de niños y niñas e infantes porque provee ácidos grasos esenciales; facilita la absorción de vitaminas solubles en grasa (como la vitamina A); y mejora la densidad de energía dietética y el sabor. El té y el café no se recomiendan para los niños o niñas porque ellos contienen compuestos que inhiben la absorción de hierro. Bebidas azucaradas y un consumo excesivo de jugo deben ser evitados porque además de energía contribuyen muy poco a la dieta y disminuyen el apetito de niños y niñas por alimentos más nutritivos (OPS/OMS, 2003).

Frecuencia de la ingesta en las últimas 24 horas entre los niños que lactan

Entre los niños y niñas más jóvenes de 6 a 23 meses que recibieron lactancia, el 72 por ciento es alimentado de acuerdo con las tres prácticas alimenticias (consumo de leche materna, tres o más grupos de alimentos y un número mínimo de veces).

De los dos componentes que intervienen en la valoración de la práctica alimenticia, además de la leche materna, la cantidad de grupos de alimentos consumidos contribuye más que la intensidad de consumo a la cualificación de dicha práctica. Esto es, un 87 por ciento de los niños consume al menos tres grupos de alimentos mientras una fracción menor, 77 por ciento, recibe por los menos el número mínimo de veces por día.

La fracción de niños y niñas cuya práctica alimenticia está de acuerdo a lo recomendado, si bien no presenta diferencias por sexo, incrementa con la edad de los niños: entre los de 6 a 8 meses sólo el 60 por ciento cumple con la práctica alimentaría recomendada, mientras entre los de 18 a 23 meses la fracción sube a 84 por ciento.

Las variaciones más notables se registran por nivel de educación de la madre, quintil de riqueza y departamento. Entre los niños de madres sin educación solamente el 56 por ciento cumple con lo recomendado, frente a 82 por ciento en niños de madres con educación

superior. Un comportamiento similar se observa por quintil de riqueza: 66 por ciento en el quintil más bajo en comparación con 79 por ciento en el quintil más alto.

Los porcentajes bajos de cumplimiento de la recomendación alimentaría se registran en los departamentos de Potosí (61 por ciento), Oruro (61 por ciento) y Cochabamba (64 por ciento), en comparación con los departamentos de Santa Cruz (83 por ciento), Pando (79 por ciento), Beni, Chuquisaca y La Paz (77 por ciento en cada departamento).

Frecuencia de la ingesta en las últimas 24 horas entre los niños no lactantes

Menos de la mitad (47 por ciento) de los niños de 6 a 23 meses que no lactan ingieren alimentos acorde con lo recomendado. El resto de los niños, más de la mitad, recibe alimentación en variedad y en cantidad insuficientes para su adecuado crecimiento y desarrollo, por lo que tienen mayor riesgo de desnutrición y, a la vez, de contraer enfermedades infecciosas. De los tres componentes que intervienen en la cualificación de la práctica alimenticia, la intensidad de consumo es la que menos contribuye: apenas el 58 por ciento de los niños y niñas consume al menos cuatro veces al día. Entre los niños que no lactan, la práctica alimenticia de los tres componentes acorde con lo recomendado presenta variaciones importantes en algunas características analizadas. Dicha práctica aumenta con la edad en el tramo de 6 a 17 meses: de apenas 17 por ciento en el grupo de niños de 6 a 8 meses pasa a 54 por ciento en niños de 12 a 17 meses. Entre los niños de 18 a 23 meses, sin embargo, la práctica se reduce a 45 por ciento. También la práctica alimenticia recomendada se asocia positivamente con el nivel de educación de la madre. De 69 por ciento en hijos de madres con educación superior se reduce a 21 por ciento en hijos de madres sin educación. Una similar tendencia se observa por quintil de riqueza, pasando de 66 por ciento en el quintil más alto a tan sólo 32 por ciento en el quintil más bajo. Diferencias sustanciales también se observan por área de residencia y por departamento, registrándose los porcentaje más bajos en el área rural (35 por ciento), en los departamentos de Chuquisaca (34 por ciento), Cochabamba (34 por ciento), Oruro (36 por ciento) y Potosí (36 por ciento), mientras los más altos se dan en el área urbana (53 por ciento), en Santa Cruz (65 por ciento), Pando (58 por ciento) y Tarija (54 por ciento)⁵.

Frecuencia de la ingesta en las últimas 24 horas entre el total de niños

Para el conjunto global de niños, los que lactan y los que no, dos de cada tres niños (66 por ciento) reciben alimentos de acuerdo a la práctica alimenticia recomendada. Asociaciones similares a las anteriores se observan entre este porcentaje y las distintas características analizadas.

Cuadro 1

Magnitud de la Desnutrición y Anemia en Menores de 5 años y Mujeres en Edad Fértil en Bolivia.

INDICADOR	PREVALENCIA (%)
Bajo Peso al nacer	9^(a)
Desnutrición crónica en menores de 5 años (T/E menor a -2DE)	32.2%^(b)
Desnutrición global en menores de 5 años (P/E menor a -2DE)	5.2%^(b)
Desnutrición aguda en menores de 5 años (P/T menor a -2 DE)	1.7^(b)
Desnutrición en mujeres en edad fértil (menor a 18.5 de IMC)	1.9^(d)
Desnutrición en embarazadas	9^(c)
Anemia en niños menores de 2 años (grados leve, moderado y severo)	75.4^(d)
Anemia en niños menores de 5 años (grado leve, moderado y severo)	51^(d)
Anemia en edad fértil	33.1^(d)
Anemia n mujeres embarazadas	37^(d)
Anemia en mujeres en periodo de lactancia	42.4^(d)

(a) Low Birth weight country, regional and Global Estimates WHO, UNICEF 2004.

(b) Prevalencias corregidas, empleando el Nuevo patrón de crecimiento de la OMS/OPS 2006 y los datos de la ENDSA2003.

(c) Cálculos propios (Zamora A, Aguilar AM, 2006

(d) ENDSA 2003

Según la **ENDSA 2008**, de cada 1,000 niños que nacieron en el país durante el último quinquenio (periodo 2003-2008), 63 murieron antes de cumplir su quinto año de vida. Este nivel de mortalidad en la niñez es inferior en 12 puntos por mil comparada con la estimación

derivada de la ENDSA 2003 para el penúltimo quinquenio (periodo 1998-2003): 75 por mil nacidos vivos.

La tasa de mortalidad infantil también tuvo un descenso en los últimos años, pasando de 54 por mil nacidos vivos para el penúltimo quinquenio (según la ENDSA 2003) a 50 por mil para el último (de acuerdo a la **ENDSA 2008**).

Por otra parte, si bien en los últimos dos quinquenios no se aprecia una disminución en el nivel de mortalidad neonatal al confrontar las estimaciones derivadas con la **ENDSA 2008** (27 por mil nacidos vivos para el periodo 2003-2008) y con la ENDSA 2003 (27 por mil nacidos vivos para el periodo 1998-2003), sí se observa una tendencia decreciente al comparar las estimaciones para los dos últimos quinquenios basadas únicamente en la **ENDSA 2008**, pasando de 34 a 27 por mil nacidos vivos.

Por otra parte, las enfermedades diarreicas agudas (EDAs) y las infecciones respiratorias agudas (IRAs) son otros factores que alteran la absorción o la utilización de los alimentos por el organismo.

En cuanto a la falta de acceso a servicios de salud, ésta se debe, principalmente, a la inaccesibilidad geográfica y cultural, dado que el problema de accesibilidad económica para los grupos vulnerables fue superado gracias a la implementación del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI). El acceso a agua potable y a saneamiento básico, a su vez, es importante para mejorar la nutrición de las mujeres, así como de las niñas y de los niños.

Entre las causas subyacentes de la desnutrición se puede citar la inseguridad alimentaria en los hogares, debida a la limitada disponibilidad y al restringido acceso físico y económico de los hogares a los alimentos. Un factor que también influye en la desnutrición es el bajo nivel de educación y de información de la población, especialmente de las madres⁵.

Las causas anteriores son el resultado de factores estructurales que reproducen el círculo vicioso desnutrición pobreza.

Dicho círculo empieza en el vientre de las madres gestantes mal alimentadas y desnutridas, que dan a luz niños y niñas con bajo peso y alto riesgo de muerte, y continúa con los sobrevivientes de esos embarazos expuestos a la desnutrición crónica, quienes en el tiempo no alcanzan su potencial físico e intelectual, presentan un limitado rendimiento laboral y, en consecuencia reciben una baja remuneración (fuente MSD 2005).

Cuadro 2: Bolivia – Morbilidad en menores de 5 años asociado la desnutrición global

Grupos de edad	Patologías	Diferencias de prevalencias	de Número de personas
0 a 11 meses	Anemia	1.1%	111
	EDAs	10.2%	1094
	IRAs	5.0%	512
12 a 23 meses	Anemia	10.1	3624
	EDAs	11.4	4078
	IRAs	0.4	131
24 a 59 meses	Anemia	19.6%	9922
	EDAs	9.5%	4831
	IRAs	0.0%	0

Fuente: CEPAL sobre la base de información de MSD y de la ENDSA 2003.

A los datos anteriores se suman los referidos a las patologías propias de las deficiencias nutricionales críticas en calorías y en proteínas, como la emaciación grave o marasmo y la desnutrición edematosa o Kwashiorkor, que el año 2005 llegaron a 4 630 casos. Cabe señalar que ambas expresiones clínicas severas de la desnutrición representan un elevado riesgo de muerte para quienes las padecen y requieren necesariamente un tratamiento hospitalario.

2.3.1 Costos de la desnutrición en el área salud

En cuanto al costo institucional —sistema público— y al costo privado en salud, que derivan de la mayor atención de patologías asociadas a la desnutrición de menores de 5 años, se encontró que el año 2005 fueron mayores para el rango de edad que agrupa a niños y a niñas

de 12 a 23 meses (tabla 3): 35% de la población afectada por la desnutrición y 50% del costo total en salud para esa cohorte.

Como se advierte en la tabla 3, durante el año 2005, el costo público y privado en salud fue de 13.9 millones de dólares americanos, correspondientes a 0.15% del PIB de Bolivia y a 4.3% del gasto público nacional en el área de salud.

Cuadro 3: Bolivia-Costo de la desnutrición global en el área de salud, 2005

Grupo de edad	Número de casos de enfermedad asociada a desnutrición	Costo en millones de bolivianos	Costo en millones de dólares americanos
Recién nacido	3144	0.4	0.1
0 a 11 meses	13.274	18.5	2.3
12 a 23 meses	45.095	55.4	6.9
24 a 59 meses	67.264	37.2	4.6
TOTAL	128.777*	111.5	13.9

Fuente: CEPAL

- Los casos incluyen 99 mil atenciones directas a los niños niñas afectados por el solo hecho de tener peso bajo.

2.3.2 Costos de la desnutrición en el área de educación

En Bolivia, el costo adicional de operación del sistema educativo como consecuencia de la mayor tasa de repitencia de quienes tuvieron desnutrición ocupa un lugar central entre los costos del área de educación. En efecto, el año 2005, los 1 936 educandos adicionales por la probabilidad de repitencia diferencial significaron algo más de 400 mil dólares americanos, monto que corresponde a 0.06% del gasto social en educación a 0.04% del PIB para ese año.

Cuadro 4: Bolivia – Costos. Resultados del diferencial de repitencia asociado a la desnutrición global, 2005.

Costos	Nivel Primario	Nivel secundario
Costo anual por estudiante	1.710	1745
Costo anual adicional (bolivianos)	1459.495	1889.985
Costo anual adicional (en dólares americanos)	180.943	234.313
Porcentaje de gasto social en educación.		0.06%
Porcentaje PIB		0.004%

Fuente: CEPAL, sobre la base de datos oficiales del Ministerio de Educación y Cultura (2005).

2.3.3 Costos de la desnutrición en el área de productividad

Los costos en el área de productividad responden al valor económico en que se traducen los efectos de la desnutrición. Así, para el año 2005, se detectó que la menor escolaridad de la población generó una pérdida de 219 millones de dólares americanos, equivalentes a 12.6% del gasto social de esa gestión, a 32.1% del gasto público en educación y a alrededor de 2.3% del PIB para ese año.

Por otra parte, se estimó que el año 2005 la pérdida de la productividad fue de 319 millones de Dólares americanos —correspondientes a 3.4% del PIB—, por efecto de las muertes a causa de la desnutrición sufrida por las personas que ese año pudieron haber sido parte del grupo de población en edad de trabajar. Así, de no ser por los niveles de desnutrición registrados en el país durante las últimas décadas, la productividad del año 2005 habría sido 5,7% superior.

2.4. Carencias Nutricionales Específicas

La anemia es el problema nutricional más frecuente y más grave en prácticamente todos los países de la región. Incluso aquellos países con bajas prevalencias de retardo en talla tienen gravísimos problemas de anemia, a excepción de Chile que no tiene ninguno de los dos problemas a nivel de salud pública. Para los niños y niñas menores de 2 años, la situación de la

anemia es mucho más grave, afectando en algunos países como Bolivia y Haití a cerca de 8 de cada 10 niños. Doce países de la región tienen alrededor del 40% de su niñez anémica.

La anemia es el problema nutricional de más alta prevalencia en Bolivia. Afecta en mayor medida a los menores de 2 años y a mujeres embarazadas y puérperas. La ENDSA 2008 Seis de cada diez niños(as) de 6 a 59 meses (61 por ciento) presentan algún grado de anemia, 10 puntos porcentuales más de lo estimado con la ENDSA 2003 (51 por ciento). De los tres niveles de anemia, dos son los más prevalentes: la anemia leve (25 por ciento) y la anemia moderada (33 por ciento). Si bien la prevalencia de la anemia severa es baja, pues sólo tres de cada cien niños padecen este problema, el efecto negativo en el crecimiento y desarrollo de esos niños puede ser considerable⁵.

El aumento en el nivel de anemia es básicamente el resultado del aumento de anemia moderada la cual pasó de 24 por ciento en 2003 a 33 por ciento en 2008.

La relación de la prevalencia de anemia con la edad de los niños sigue primero una tendencia levemente creciente y luego una tendencia decreciente. La mayor prevalencia se registra en niños de 12 a 17 meses (83 por ciento). A partir de este grupo de edad comienza a disminuir hasta alcanzar una prevalencia de 47 por ciento en niños de 48 a 59 meses. Estos resultados sugieren que los programas orientados a combatir la anemia de los niños deben focalizarse principalmente en niños menores de dos años.

La prevalencia de anemia también está bastante relacionada con la educación de la madre, con el quintil de riqueza y con el área de residencia del niño. El porcentaje de niños con algún grado de anemia se incrementa a medida que disminuye el nivel de educación de la madre, se incrementa en quintiles más bajos de riqueza y es mayor en áreas rurales que en áreas urbanas. Similares asociaciones se observan entre la edad de los niños y la prevalencia de anemia moderada. En cambio el comportamiento de la prevalencia de anemia leve es relativamente homogéneo en el conjunto de categorías analizadas.

La prevalencia de anemia en los niños está igualmente asociada con la prevalencia de anemia de la madre. Entre los hijos de madres con anemia moderada, la prevalencia de anemia es del 71 por ciento, en comparación con el 57 por ciento entre las mujeres sin anemia. Las diferencias se observan tanto en el área urbana como en la rural.

Según la **ENDSA 2008**, un poco más de una de cada tres mujeres (38 por ciento) tiene anemia en algún grado, en comparación con una prevalencia de 33 por ciento obtenida con la ENDSA 2003.

La prevalencia de algún grado de anemia está definida principalmente por la alta prevalencia de la anemia leve (30 por ciento) y en menor medida por la prevalencia de la anemia moderada (8 por ciento). Existen muy pocos casos de anemia severa (menos de 1 por ciento). La categoría de anemia en la que se ha producido mayor incremento desde 2003 es la leve, la cual subió de 26 a 30 por ciento, mientras la anemia moderada se incrementó de 7 a 8 por ciento.

No existe mucha variabilidad entre las prevalencias de anemia leve en las diferentes características seleccionadas, lo que sugiere que este tipo de anemia está relativamente generalizada en la población femenina de 15 a 49 años. Lo propio se puede decir de los incrementos en las prevalencias de anemia leve en los últimos 5 años, un aumento relativamente generalizado⁵.

El 91 por ciento de los niños y niñas de 6 a 35 meses consumió alimentos ricos en vitamina A en las 24 horas previas a la entrevista, mientras una fracción menor, 84 por ciento, ingirió alimentos ricos en hierro en el mismo periodo de referencia. En todas las categorías analizadas la proporción de niños/as que consumen alimentos ricos en hierro es inferior a la proporción que consume alimentos ricos en vitamina A.

En ambos grupos de alimentos no se observan diferencias significativas entre las proporciones de niños y niñas que lo consumen; empero se registran asociaciones con varias de las características analizadas.

El consumo de alimentos ricos en vitamina A aumenta con la edad de los niños y niñas. De sólo 67 por ciento a los 6-8 meses sube sistemáticamente a 96 por ciento a los 24-35 meses. Tal incremento sistemático no se observa en el caso del hierro.

A medida que aumenta el nivel de la educación de la madre y el quintil de riqueza al que pertenecen los hogares se incrementa sistemáticamente el consumo de alimentos ricos en vitamina A. Similar comportamiento se registra en el caso de hierro. Estos resultados indican que los niños/niñas más pequeños/as, principalmente de 6-8 meses, los niños/as de madres con baja o ninguna educación formal y quienes residen en hogares más pobres son los que en menor proporción consumen alimentos ricos en vitamina A y ricos en hierro.

Consumo de suplementos de Vitamina A y hierro

Casi la cuarta parte (24 por ciento) de los niños y las niñas de 6 a 59 meses recibió suplementos de vitamina A en los 6 meses previos a la entrevista, porcentaje muy por debajo del obtenido en la ENDSA 2003 (60 por ciento). En cambio, una mayor proporción recibió suplementos de hierro en la semana anterior a la entrevista (45 por ciento).

Se registra una importante variación en el consumo del suplemento de vitamina A por edad. De 44 por ciento en el grupo de niños y niñas de 6 a 8 meses sube a 61 por ciento en el siguiente grupo (9 a 11 meses) para luego descender sistemáticamente hasta un 14 por ciento en niños y niñas de 36 a 59 meses.

Una importante diferencia también se observa al considerar la situación de lactancia de los niños y niñas. Entre quienes no lactan apenas el 17 por ciento recibe el suplemento de vitamina A, frente a 40 por ciento en quienes sí lactan.

Las proporciones de niños y niñas que recibieron suplemento de vitamina A en cada una de las categorías de educación de la madre son relativamente homogéneas, oscilan entre 20 y 26 por ciento. Lo propio se observa por quintil de riqueza, variando de 23 a 27 por ciento.

Relacionando el consumo de alimentos ricos en vitamina A con el consumo de suplementos de vitamina A, los niños y las niñas con menos consumo de alimentos tienden a consumir más suplementos. Esto se aprecia, por ejemplo, en el grupo de 6 a 11 meses, entre quienes lactan y quienes no lactan y en el área rural⁵.

Con relación al consumo de suplemento de hierro, éste incrementa con la edad, es mayor en niños y niñas que no lactan (53 por ciento) que entre quienes lactan (27 por ciento), es mayor en áreas rurales (52 por ciento) que en urbanas (40 por ciento), aumenta cuando se reduce el nivel de educación de la madre y se incrementa a medida que baja el quintil de riqueza. Estos resultados ponen en evidencia la existencia de grupos de niños y niñas en los que las bajas proporciones que consumen alimentos ricos en vitamina A están acompañadas de también bajas proporciones que consumen suplementos de hierro. Esto se observa, por ejemplo, en niños y niñas de 6 a 8 meses y entre quienes lactan⁵.

2.5. Lanzamiento del “Programa Multisectorial Desnutrición Cero hasta 2010”

La Paz, Bolivia, 25 de julio de 2007, el gobierno nacional de Bolivia, ha lanzado el plan “desnutrición cero”. El contenido de esta estrategia pone a disposición de las madres y responsables del cuidado de niños menores de 5 años, las siguientes herramientas⁶:

1. La mejora de la alimentación de los niños/as menores de 5 años, mediante la promoción intensiva de las mejores prácticas tales como la lactancia materna (inmediata y exclusiva hasta los 6 meses de vida, prolongada hasta los dos o más años), alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad; alimentación durante la enfermedad, etc.
2. La promoción del alimento complementario nutricional llamado Nutribebé para todos los niños/as de 6 meses a 2 años y el consumo de micronutrientes (vitamina A y chispitas nutricionales). El Nutribebé es elaborado industrialmente y brindará un buen aporte para el crecimiento infantil.
3. Fortalecimiento de la participación comunitaria, sus actores y líderes para el desarrollo y gestión de actividades orientadas a la reducción de la desnutrición, promoviendo la interculturalidad y el trabajo multisectorial, mediante la planificación y la gestión

participativa que son parte del modelo de salud familiar, comunitaria e intercultural. La estrategia operativa es el AIEPI-Nut para la familia y la comunidad.

4. Mejora de la calidad de la atención de la desnutrición y de las enfermedades más frecuentes de los niños/as menores de 5 años. Esto implica la mejora de las habilidades del personal de salud para promover las prácticas nutricionales adecuadas (lactancia materna, alimentación complementaria, etc.), evaluar y tratar a los niños y niñas desnutridas, empleando las mejores técnicas de detección y tratamiento de los niños desnutridos y de los niños que padecen de las enfermedades más frecuentes y que tienen un efecto negativo en el estado nutricional de los niños y niñas (diarrea, neumonía, malaria, etc.). Las estrategias operativas son el AIEPI-Nut Clínico (en establecimientos de salud), la implementación de las Unidades de Tratamiento del Desnutrido Severo en Hospitales y la iniciativa de Hospitales Amigos de la Madre y del Niño.
5. Incorporar en las escuelas formadoras de recursos humanos en salud, el enfoque de “Desnutrición Cero” en sus currículos y apoyar la realización de la capacitación en nutrición a nivel de post-grado, para que los profesionales y técnicos que salen de las facultades de medicina, enfermería y de las escuelas de auxiliares de enfermería, sean capaces de responder a las necesidades de salud de la población a la que servirán.

2.6. La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)

Es una estrategia diseñada para reducir la mortalidad y la morbilidad asociadas a las principales causas de enfermedades en la infancia. La OMS y UNICEF iniciaron el desarrollo de estrategia en 1992. La misma se dirige a mejorar la calidad de la atención a los niños en los servicios de salud y a promover las prácticas familiares de la comunidad en apoyo a la salud infantil. Esto se lograría a base de capacitación, información y educación.

El proceso de implementación de la estrategia AIEPI se ha basado en el desarrollo de tres componentes⁷:

- a) **Componente clínico:** Mejora la habilidad del manejo de casos de los trabajadores de salud mediante entrenamiento, supervisión y provisión de guías adaptadas

localmente sobre atención integral de enfermedades infantiles y actividades para promover su uso.

- b) Componente de los sistemas de salud:** destinado a mejorar los sistemas de salud requeridos para ofrecer atención de calidad.
- c) Componente comunitario:** incorpora prácticas familiares y comunitarias claves destinadas a la supervivencia infantil y a su desarrollo saludable.

2.6.1 Componente clínico.

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, ha contribuido a la reducción de la mortalidad de la niñez, lo cual es evidente en los resultados de la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA 2003).

La implementación de AIEPI es nacional ya que su componente clínico se encuentra incorporado en el Sistema de Aseguramiento Público (Seguro de Maternidad y Niñez, 1996-1998, Seguro Básico de Salud, 1998-2002 y el Seguro Universal de Salud, 2003-2007). Sin embargo, AIEPI no ha sido ajena a los problemas inherentes a un sistema de salud débil, por ejemplo redes de referencia y contra referencia poco desarrolladas, sistema de seguimiento y monitoreo con baja cobertura, constante rotación del personal de salud capacitado y otros.

A inicios del año 2006, el Ministerio de Salud y Deportes, con un fuerte respaldo del Poder Ejecutivo, propuso al país la meta “Desnutrición Cero”, reconociendo la grave problemática nutricional de los niños, niñas y embarazadas y la necesidad de implementar acciones urgentes, eficaces y coordinadas. De ésta manera se lanzó un enorme desafío al Sector Salud y a otros sectores que tienen que ver con los determinantes de la desnutrición.

La diferencia entre AIEPI-Nut con el anterior AEIPI es que el tema nutricional ha pasado de ser un capítulo más a ser un paquete nutricional que es transversal, para cada caso: niño sano o niño con problemas de salud. Tiene vínculo con otras estrategias como el AEIPI-Nut de la Familia y la Comunidad, que es una estrategia orientada al

fortalecimiento de los diferentes actores sociales y sus redes, respetando su cultura y sus potencialidades, promoviendo el trabajo intersectorial, con participación social en la unidad básica. Se busca que la comunidad se apropie de lo que se está haciendo como AEIPI-Nut y desde el nivel local en una forma multisectorial⁸.

Son factores claves:

- Planificación participativa.
- Gestión compartida y control social.
- Mensajes clave.

La comunidad es la que va a diagnosticar e identificar la posible solución a sus problemas, y va a llevar adelante esa planificación, con un sistema de seguimiento y monitoreo desde la planificación que tiene como impacto esperado, la reducción de la desnutrición y la mortalidad.

Esto se vincula a las Unidades de Nutrición Integral, que son centros de referencia del primer nivel, donde el 80% de su trabajo es preventivo promocional, orientador del manejo nutricional, con participación de la comunidad y personal del sector. Se vincula a la estrategia de hospitales amigos de los niños, se promueve la práctica de la LM y las Unidades de Manejo de desnutridos agudos severos. El modelo propuesto va desde la familia, comunidad y servicio del primer nivel vinculando todas las estrategias, con una Unidad de Nutrición Integral en el centro, ya no es el AEIPI-Nut independiente quien va a resolver los problemas, sino el enfoque es integral, que articula las diferentes estrategias y cuya unidad básica es el municipio. Del mismo modo se cuenta con una estrategia de información, educación y comunicación tanto para el nivel sectorial salud como multisectorial, priorizando mensajes educativos para la población para lograr la sostenibilidad de las acciones⁹.

Respecto a la alimentación complementaria para niños(as) de 6 meses a 2 años de edad, la norma de la AIEPI nut indica el siguiente esquema de recomendaciones nutricionales¹⁰.

- Continuar con la lactancia materna LAS VECES QUE EL NIÑO(A) QUIERA (DE DÍA DE NOCHE).
- Debe Empezar a comer en su plato propio.
- Los alimentos se deben preparar en forma de papilla o puré espeso, no deben ser ralos. Se debe emplear sal yodada.
- No se debe añadir azúcar ni sal “extras”.

Recomendaciones de alimentación a los 6 meses

Primera semana	Segunda semana	Tercera semana	Cuarta semana
<p>Dar papa o camote aplastado con leche materna.</p> <p>Se le debe alimentar por lo menos 2 veces al día, 3 cucharadas rasas, en cada comida.</p> <p>Cuando el niño(a) empieza a comer puede parecer que escupe la comida, no se desanime y siga dándole(es normal cuando empieza a alimentarse con la cuchara</p>	<p>Mantener las indicaciones de la primera semana.</p> <p>Agregar cereales aplastados como arroz cocido, maicena cocida, mezclados también con leche materna.</p> <p>Se le debe alimentar por lo menos 2 veces al día, 3 cucharadas rasas, en cada comida.</p> <p>Se debe mezclar estos alimentos con los de la primera semana y varias cada día.</p> <p>Agregar fruta raspada o aplastada (plátano, manzana, pera, papaya)</p>	<p>Mantener las indicaciones de las anteriores semanas.</p> <p>Introducir trozos pequeños de zapallo, zahoria, remolacha (betarraga), mezclados con leche materna.</p> <p>Ahora ya se le debe alimentar por lo menos 3 veces al día, 6 cucharadas rasas en cada comida.</p>	<p>Mantener las indicaciones de las anteriores semanas.</p> <p>Se puede introducir un trocito del tamaño del puño del niño triturado, raspado o machado, de carne de res pollo cocido, mezclados con alimentos que ya conoce. Se debe asegurar que el niño trague la carne y que no la chupe solamente.</p> <p>Se le debe alimentar por lo menos 3 veces al día, 6 cucharadas rasas en cada comida.</p>

EDAD	RECOMENDACIONES
7 a menor de 12 meses	<p>A esta edad el niño a sabe comer, se pueden aumentar nuevos alimentos en mayor cantidad y frecuencia. Los Alimentos deben ser preparados con sal yodada.</p> <p>Continuar cola lactancia materna, las veces que el niño quiera.</p> <p>Debe comer 5 veces al día, 3 de ellas como desayuno, almuerzo cena (comidas principales); en las dos restantes (entre comidas) darle el alimento complementario.</p> <p>En cada comida principal, debe recibir por lo menos 7 cucharadas rasas (a los 7 meses) e ir aumentando una cuchara porcada mes cumplido, hasta llegar a 11 cucharadas rasas a los 11 meses.</p> <p>Los alimentos deben ser administrados en forma de puré o papilla espesa o picada en trozos muy pequeños.</p> <p>En caso de las sopas, darle la parte espesa y no únicamente la parte líquida.</p> <p>Los alimentos recomendados además de los que ya come desde los 6 meses son:</p> <p>Carnes: Charque (no muy salado), vaca, cordero, conejo, hígado de pollo (de acuerdo a la región)</p> <p>Cereales y derivados: Quinoa, maíz, trigo avena, sémola, amaranto, cañahua, cebada, pan o galletas sin relleno dulce.</p> <p>Tubérculos: Yuca, aluza, racacha (de acuerdo a la región)</p> <p>Verduras: Haba fresca sin cáscara, arvejas fresca, plátano de cocinar, plátano verde (de acuerdo a la región).</p> <p>Frutas: melón, durazno, pera mota, mango, plátano de acuerdo a la región).</p> <p>Leguminosas: haba arveja seca, porotos, garbanzo, tarhui, lentejas (sin cáscara), soya (de acuerdo a la región).</p> <p>Colocar en cada comida, una cuchara de hojas verdes (acelga, espinaca, apio), para proporcionarle hierro.</p>

EDAD	RECOMENDACIONES
1 a 2 años de edad	<p>A esta edad el niño(a) puede comer todo lo que la familia consume, los alimentos deben ser preparados con sal yodada.</p> <p>Continuar con la lactancia materna, las veces que el niño quiera.</p> <p>Debe comer 5 veces al día, 3 de ellas como desayuno, almuerzo y cena; (comidas principales); en las dos restantes (entre comidas) darle alimento complementario.</p> <p>Es importante que la alimentación de niño(a) sea variada y que reciba:</p> <p>Leche y huevo: cualquier leche animal y sus derivados (queso, yogurt, mantequilla, requesón, quesillo) y huevos.</p> <p>Frutas: Naranja, mandarina, pomelo, limón, lima, kiwi, frutilla, tomate (de acuerdo a la región).</p> <p>Oleaginosas: Nuez, almendras.</p> <p>Pescado fresco</p> <p>Vegetales: Lechuga, pepino, rábano, repollo, brócoli, coliflor, choclo, lacayote, carote, berenjena (de acuerdo a la región).</p> <p>En cada comida principal debe recibir por lo menos 12 cucharadas rasas. Aumentar el número de cucharas, hasta que a los 2 años coma 15 cucharas en cada comida.</p> <p>Dar la comida en trocitos bien picados.</p> <p>Colocar en cada comida, una cuchara de hojas verdes (acelga, espinaca, apio) para proporcionarle hierro¹⁰.</p>

2.6.1.1 Bases técnicas de la alimentación complementaria

El periodo de los seis meses a los dos años de edad, es de importancia crítica para el crecimiento y desarrollo del niño.

Durante los primeros seis meses de vida, la lactancia materna exclusiva provee todos los nutrientes y el agua, que el bebé necesita. A partir de los seis meses, la leche materna no es suficiente por sí misma y el niño o niña requieren iniciar la alimentación complementaria, además de continuar con la lactancia materna a partir de esta edad.

De todas maneras, la leche materna continúa siendo una fuente importante de energía y de nutrientes de elevada calidad más allá de los seis meses de edad¹¹.

La leche materna en el segundo año de vida puede aportar alrededor de un tercio de la energía la mitad de la proteína que necesita un niño y alrededor del 75% de la vitamina A, en el caso de que la madre no sea deficiente en esta vitamina. La principal brecha es la del hierro. La deficiencia de hierro comienza a manifestarse a partir de los seis meses de edad, una que los reservorios de hierro del bebé se han consumido. La alimentación complementaria debe permitir disminuir esta brecha. Los niños prematuros tienen un menor reservorio de hierro y requieren ser suplementados con este mineral, a partir de los dos meses de edad¹¹.

La alimentación complementaria significa el dar otros alimentos, incluyendo líquidos adicionales, además de leche materna. Estos otros alimentos y líquidos adicionales son denominados complementarios a la leche materna, más que ser adecuados por sí mismos, como una dieta completa. Los alimentos complementarios deben ser nutritivos deben ser administrados en cantidades adecuadas para que el niño continúe creciendo¹¹.

El término alimentación complementaria es empleado para enfatizar que es un complemento a la leche materna no la reemplaza. Las actividades orientadas a promover la alimentación complementaria efectiva, incluyendo el apoyo a la lactancia materna prolongada.

Durante el periodo de inicio de la alimentación complementaria, el niño pequeño se acostumbra, gradualmente, a comer los alimentos de la familia. La alimentación incluye más que solo darle comidas. El cómo se alimenta al niño es tan importante como el que recibe. AIEPI-nut enfatiza la importancia del inicio de la alimentación complementaria, ya que es un momento crítico para el crecimiento del niño o niña¹¹.

El inicio de la alimentación a partir de los seis meses de edad tiene varios justificativos al hacernos la siguiente pregunta: ¿Por qué iniciar la alimentación complementaria a partir de los seis meses de edad?

- La energía y los nutrientes de la leche materna no son suficientes, sin embargo, aún aporta una cantidad significativa de nutrientes de gran calidad.
- A esta edad los niños controlan mejor el movimiento lingual, tienen movimientos masticatorios, inician la dentición, les gusta poner cosas a la boca, les interesa nuevos sabores y el sistema digestivo está más maduro.

El inicio temprano o muy tardío de la alimentación complementaria, coloca al niño o niña en una situación de riesgo¹¹.

El inicio temprano (antes de los seis meses de edad) puede conllevar a los siguientes riesgos¹²:

- Reemplazar la lactancia materna, provocando que el niño no alcance sus requerimientos nutricionales.
- Riesgos de una dieta baja en nutrientes.
- Incrementa el riesgo de enfermedades. Se reduce el aporte de factores protectores de la leche materna.
- Incrementa el riesgo de padecer diarrea.
- Incrementa el riesgo de sibilancias/asma o de otras condiciones alérgicas.
- Incrementa el riesgo de la madre aun nuevo embarazo.

El inicio tardío (después de los siete meses de edad) de la alimentación complementaria puede llevar los siguientes riesgos¹¹:

- El niño/a no recibe la alimentación adicional que requiere para alcanzar sus necesidades y crecer bien.
- Crece y se desarrolla de manera más lenta.
- Puede no recibir los nutrientes necesarios para evitar la desnutrición deficiencias tales como la anemia debida a falta de hierro.

2.6.1.2 La brecha de energía

A partir de los seis meses hacia adelante, existe una brecha entre el total de energía necesaria y la energía provista por la leche materna. Esta brecha se incrementa a medida que el niño tiene mayor edad.

El primer alimento que se debe ofrecer al niño o niña es el alimento básico de la familia. Cada comunidad tiene, al menor, un alimento básico o alimento principal.

El alimento básico puede ser:

- Cereales como el arroz, trigo, maiz o avena.
- Raíces con almidón como ser el camote o papa.
- Frutas con almidón como el plátano.

Todos estos alimentos proveen energía; también aportan algo de proteína de otros nutrientes, pero no en la cantidad necesaria. Para que el niño obtenga la cantidad necesaria de nutrientes, debe consumir los alimentos básicos junto con otros alimentos.

Las grasas u aceites son fuente concentrada de energía. Un poco de aceite, como ser media cucharilla, añadida al plato de comida del niño, le brinda energía adicional con un poco volumen. La adición de aceite, también aumenta la consistencia de la papilla haciéndola más suave y fácil de comer¹¹.

Si el niño está comiendo bien, el aceite adicional no es necesario. El niño que consume mucho aceite o muchas comidas fritas, puede volverse obeso o con sobrepeso.

2.6.1.3 La brecha del hierro

El niño pequeño crece más rápido durante el primer y segundo año. Esta es la causa por la que se requiere más hierro cuando el niño es mas pequeño.

Sin embargo los depósitos de hierro son consumidos gradualmente hasta los primeros seis meses de edad. De manera que, después de esta edad, existe una brecha entre las necesidades de hierro del niño el hierro que recibe de la leche materna. Esta brecha requiere ser llenada mediante la alimentación complementaria.

Si el niño no recibe suficiente hierro, se tornará anémico, tendrá mayor probabilidad de adquirir infecciones y se recuperará más lentamente de las infecciones. Además el crecimiento y desarrollo del niño serán más lento.

El zinc es otro nutriente que ayuda al crecimiento del niño a que se mantenga saludable. Generalmente se lo encuentra en los mismos alimentos que contienen hierro, de manera que se asume que si los niños comen alimentos ricos en hierro, también consumirán zinc.

La carne los órganos de los animales, aves y pescado, son buenas fuentes de hierro y zinc. El hígado no solamente es una buena fuente de hierro, también es una buena fuente de vitamina A¹¹.

Los alimentos de origen animal deben ser consumidos todos los días y tan frecuentemente como sea posible. Es muy importante, sobre todo para los niños que reciben lactancia materna. Los alimentos de origen animal pueden ser costosos para las familias. Sin embargo, el añadir incluso una pequeña cantidad de estos alimentos, enriquece las comidas con nutrientes. Generalmente los órganos, como el hígado o el corazón, son menos costosos y tiene más hierro que las otras carnes.

Las legumbres, como ser porotos, guisantes y lenteja también las nueces semillas, son buenas fuentes de proteína. Las legumbres son también una fuente de hierro.

La absorción de hierro de los alimentos, es afectado (positiva o negativamente) por varios factores; la cantidad de hierro que un niño absorbe de los alimentos, depende de:

- La cantidad de hierro de los alimentos.
- Tipo de hierro (el hierro de la carne y del pescado es mejor absorbido que el hierro de los vegetales y huevo).
- El tipo de hierro de otros alimentos que se encuentran en la misma comida (algunos incrementan la absorción de hierro, mientras que otros la reducen).
- Si el niño tiene anemia (si esta anémico absorbe más hierro).

El comer estos alientos, en la misma comida, incrementa la cantidad de hierro absorbido:

- Alimentos ricos en vitamina C.
- Pequeñas cantidades de carne u órganos de animales.

La absorción de hierro es disminuida por:

- Te y café.
- Alimentos de alto contenido de fibra, como el salvado.
- Alimentos ricos en calcio, como la leche y el queso, inhiben la absorción del hierro, pero son necesarios para el aporte de calcio.

2.6.1.4 La brecha de la vitamina A

Una gran parte de la vitamina A necesaria para el niño, viene de la leche materna, si es que el niño continúa con la lactancia materna y la dieta de la madre no es deficiente en vitamina A. A medida que el niño pequeño crece, se produce la brecha de la vitamina A, que debe ser llenada con los alimentos complementarios.

Las hojas de color verde oscuro, los vegetales y frutas de color amarillo, son buenos alimentos para llenar la brecha.

Otras fuentes de vitamina A son: órganos de animales (hígado), leche sus derivados, como la mantequilla, queso y yogurt; yema de huevo; margarinas; leche en polvo otros alientos fortificados con vitamina A.

La vitamina A se almacena en el organismo del niño durante algunos meses. Se debe promover que las familias den alimentos ricos en vitamina A, tan pronto como sea posible, cuando estén disponibles e idealmente en la dieta del niño, puede ayudar a satisfacer las necesidades de los nutrientes.

La leche materna aporta mucha vitamina A necesaria. Si el niño no recibe lactancia materna, necesita una dieta rica en vitamina A¹¹.

2.6.1.5 Los diez mensajes claves de la alimentación complementaria

En el documento: consejería para la alimentación del lactante y del niño pequeño: El Curso Integrado, de la OMS 2007 (versión español. La versión en inglés fue difundida en el año

2006). Se enfatiza los siguientes 10 mensajes para una adecuada alimentación complementaria; algunos mensajes deben ser adecuados al contexto propio del país.

Mensajes claves para la alimentación complementaria:

1. La lactancia materna por dos años o mas ayuda a que el niños se desarrolle y crezca fuerte saludable.
2. El inicio de otros alimentos a los 6 meses cumplidos de edad, más de la leche materna, ayuda a que el niño crezca bien.
3. Los alimentos que son lo suficientemente espesos como para quedarse fácilmente en la cuchara, brindan más energía al niño.
4. Los alimentos de origen animal son especialmente buenos para que los niños crezcan fuertes sanos.
5. Los guisantes, frijoles, lentejas, nueces las semillas, son buenos para los niños.
6. Las hojas de color verde oscuro y las frutas de color amarillo ayudan a que los niños tengan ojos sanos y tengan menos infecciones.
7. un niño en crecimiento necesita 2-4 comidas al día, si tiene hambre, 1-2 meriendas: darle una variedad de alimentos.
8. Un niño en crecimiento necesita alimentos en cantidades cada vez mayor.
9. Un niño pequeño necesita aprender a comer: estimúlelo y de le ayuda con mucha paciencia.
10. Promover que el niño tome líquidos coma durante la enfermedad darle una comida adicional después de la enfermedad, para que se recupere más rápidamente.

En AIEPI nut se recomienda el empleo de meriendas (o entrecomidas), no discrimina si el niño o niña tiene o no hambre; con el propósito de que estas entrecomidas sean de la mejor calidad posible se viene promocionando el consumo del Nutribebe, el cual es desarrollado más adelante.

Los mensajes 9 10 están relacionados a la técnica de cómo alimentar al niño/a. El mensaje 9 de la alimentación perceptiva, que será desarrollada más adelante.

2.6.1.6 Llenado de brechas

En el día, una buena mezcla de alimentos, para los niños mayores de seis meses es: alimento básico+leguminosa+alimento de origen animal+hojas verde+frutas anaranjadas.

2.6.1.7 La alimentación perceptiva

Con frecuencia el personal de salud conversa sobre que tipo de alimentos debe ser brindado al niño/a; sin embargo, en pocas ocasiones se explica cómo se deben dar estos alimentos.

Cuando un niño está aprendiendo a comer, frecuentemente con lentitud se ensucia mucho. Además se distrae con facilidad.

El niño puede hacer muecas, escupir la comida y jugar con ella. Esto se debe a que esta aprendiendo a comer.

Un niño necesita aprender cómo comer, antes de intentar darle comidas de diferente sabor y textura. Necesita aprender cómo colocar la comida en la boca, utilizar la cuchara y como beber empleando un vaso.

Por lo tanto, también es muy importante conversar con la persona que cuida al niño/a y darle sugerencias sobre como estimular a que el niño aprenda a comer los alimentos que se le ofrece. Esto puede ser de ayuda para que las familias tengan un momento agradable durante las comidas.

El niño necesita alimentos, salud y cuidados para crecer y desarrollarse. Incluso cuando los alimentos y el cuidado de la salud son limitados, las buenas prácticas de cuidado pueden ayudar a hacer un mejor uso de estos limitados recursos.

Un momento, para la aplicación de las buenas prácticas de cuidado, es el momento de las comidas – cuando se esta ayudando a que el niño coma.

La alimentación perceptiva consiste en ayudar al niño a comer reconociendo sus claves o señales.

Los niños, sobre todos los más pequeños, necesitan aprender a comer. El comer alimentos sólidos es una nueva habilidad y, al inicio, el niño comerá lentamente y se ensuciará mucho. Se requiere de mucha paciencia para enseñar a comer al niño.

El niño necesita ayuda y tiempo, para que desarrolle la nueva habilidad de cómo comer y para darle comidas de nuevos sabores y texturas¹¹.

Al inicio, el niño pequeño puede empujar la comida afuera de la boca. Esto se debe a que todavía no tiene la habilidad de empujarla hacia atrás de su boca, para deglutirla. El hecho de empujar la comida hacia fuera, no significa que el niño no quiere comer.

La habilidad del niño menores de dos años de edad necesitan ayuda para comer sin embargo, esta ayuda debe adaptarse, de manera que el niño tenga oportunidad de alimentarse por si mismo, una vez que es capaz de hacerlo.

El niño come más si se le permite levantar los alimentos empleando las nuevas habilidades para manejar sus dedos, que ha desarrollado a partir de los 9-10 meses de edad.

El niño debe tener al menor 15 meses de edad, para que pueda comer la cantidad suficiente de alimentos por si mismo. A esta edad, el continúa aprendiendo el uso de los utensilios y todavía requiere ayuda¹¹.

2.6.1.8 Programas sociales con alimentos fortificados para infantes, niños y niñas menores de 2 años

De acuerdo a las guías y pautas de alimentación que se han generado en los últimos años a través de OPS/OMS y UNICEF, es importante garantizar la alimentación de las mujeres embarazadas en cantidad y calidad adecuadas para que los niñas y niños nazcan con un peso, talla y estado de micronutrientes adecuados; la lactancia materna exclusiva para todos los

niños y niñas hasta los 6 meses y continuar con leche materna y alimentos complementarios adecuados en cantidad y calidad a partir de los 6 a 24 meses para garantizar un crecimiento y desarrollo óptimo.

¿Por qué es importante mejorar la alimentación y nutrición de los infantes y los niños pequeños? Existe un problema muy serio de acceso a alimentos con densidad energética y nutricional apropiada, sobretodo en el periodo de alimentación complementaria, junto con prácticas inadecuadas de alimentación y lactancia materna que derivan en problemas de desnutrición crónica infantil. Ligado a ello, existen también las deficiencias de micronutrientes causadas – entre otras razones – por la dieta basada principalmente en cereales con inhibidores de la absorción de micronutrientes. En nuestra región, el 50% de las muertes infantiles está ligado a la desnutrición. Es esencial reducir la desnutrición para reducir la pobreza; la desnutrición es causa y consecuencia de la pobreza.

Ahora bien, ¿qué son los *Programas Sociales con productos fortificados* para infantes y niños pequeños? Son programas que se utilizan generalmente para mejorar la situación nutricional, para prevenir y reducir anemia e incluso están diseñados para contribuir a la reducción de la pobreza. Estos programas deben ser conceptualizados con un enfoque integral, es decir, que además del producto fortificado, se acompañe de un refuerzo a la promoción y prevención de la lactancia materna; que incluyan acciones de comunicación, educación a la madre y participación comunitaria; un buen sistema de monitoreo y evaluación, tanto de la calidad y la utilización de los productos como del impacto que tiene este tipo de intervenciones en el mejoramiento de la situación nutricional de los niños.

Los productos fortificados tienen como función principal asegurar la densidad adecuada de micronutrientes. Son importantes para la prevención y control de las deficiencias de micronutrientes comunes en dietas basadas en cereales y son necesarios - además de la leche materna -, para satisfacer los requerimientos nutricionales de lactantes y niños pequeños a partir de los 6 meses. Estos productos deben diseñarse adecuadamente para evitar que se conviertan en sustitutos de la lactancia materna.

El diseño de los productos fortificados debe considerar varios factores: el primero debe ser la claridad sobre el problema que se quiere atacar, pues de ello dependerá el producto fortificado a elegir; los requerimientos según la edad del niño; si se está o no brindando leche materna; la interacción entre micronutrientes, los inhibidores. Además, debe considerarse la producción, el tipo de producto - especialmente porque debe preverse si será consumido de manera instantánea o requerirá ser cocinado - costos del producto, almacenamiento, vida útil, entre otros.

Los productos fortificados para infantes, niños y niñas pequeños buscan completar o mejorar el requerimiento nutricional tanto en vitaminas, minerales, ácidos grasos esenciales y/o proteínas. Hay tres tipos de productos fortificados: 1) Alimento Complementario Fortificado, usado en reemplazo de las papillas tradicionales; 2) Suplemento Alimentario Fortificado Listo para utilizar (RUSFs) usado para ser añadido a los alimentos o en reemplazo de ellos; y, 3) Micronutrientes en polvo para ser añadidos a los alimentos como fortificantes caseros.

Productos fortificados para infantes, niñas y niños pequeños

En varios países de la región, tales como Bolivia, Ecuador y Chile, se distribuyen *Alimentos Complementarios Fortificados* (ACF) sea en papillas como es el caso de los dos primeros países y leche fortificada en el caso de Chile.

Pese a que la distribución de leche fortificada genera controversia -principalmente si ésta se destina a los infantes debido al riesgo de desplazamiento de la lactancia materna- en varios países está considerada como un alimento complementario.

Los suplementos alimentarios fortificados listos para usar (RUSFs, RTUF) suelen ser utilizados más para casos de emergencia y/o para el tratamiento/recuperación de niños con desnutrición aguda y desnutridos severos. Hay varios estudios de eficacia⁴⁷; en Ghana, Malawi y Senegal se evidenció una clara reducción de anemia en los niños que participaron de programas con estos productos. Cabe anotar que sólo los niños que tomaron RUTFs ganaron talla.

El costo es accesible, por ejemplo los Plumpy Nuts® tienen un costo de USD 0.06 centavos; un paquete de 92 g proporciona 500 calorías.

Los micronutrientes en polvo, conocidos también como fortificación casera o suplementación múltiple:

Sprinkles®, Estrellitas, Chispitas, MixMe® (desarrollado por PMA y DSM) son presentados en sobres para ser añadidos a la comida del niño; también existen los Nutritabs como tabletas masticables. Son fortificantes que contienen micronutrientes incluyendo hierro micro encapsulado (fumarato ferroso). El encapsulado impide la disolución del hierro en las comidas y no cambia las características organolépticas del producto como el olor, color o sabor de los alimentos, por lo que son de gran aceptabilidad. Hay bastantes estudios con evidencias sobre la eficacia y/o efectividad del uso de las Chispitas, en Ghana, China, India, Haití, Guatemala y Canadá en la reducción/el tratamiento de anemia.

Su costo es económico también: USD 2 a 3 centavos por sobre de 1g. Las Chispitas o fortificantes caseros, tienen la ventaja de que es posible añadir –a la fórmula básica- micronutrientes según necesidad, sólo requiere de una ingesta al día en una dosis muy pequeña y su presentación elimina el riesgo de sobre dosis y facilita mucho la logística.

Además no se requiere cuidados adicionales por parte de la persona que administre el producto al niño; evita riesgos de contaminación y elimina posibilidades de oxidación; tiene un bajo costo y un alto beneficio.

OMS, UNICEF, PMA publicaron una Declaración sobre el uso de los micronutrientes en polvo para ser utilizados en situaciones de emergencias; estos productos contienen diversos micronutrientes. La composición de los micronutrientes puede variar de acuerdo a la necesidad. Por ejemplo, las chispitas de Bolivia contienen hierro, zinc, ácido fólico, vitamina A y vitamina C.

Todos los productos fortificados óptimos (ACF, Micronutrientes en polvo y RUSFs/RTUF) deben cumplir con lo siguiente:

- ◆ Deben ser de preparación instantánea o precocidos, añadidos a alimentos de consistencia sólida o semi-sólidos.
- ◆ Deben cumplir con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna, y con la Resolución de la Asamblea Mundial de Salud
- ◆ Deben respetar las normas del Codex Alimentario
- ◆ No pueden contener ácidos grasos trans
- ◆ Si pueden contener amilasa (pero debe ser monitoreada)
- ◆ Pueden utilizar productos fermentados o germinados (para proveer amilasa activa)
- ◆ Deben contener 20 micronutrientes, salvo cuando lo único que se requiera es reducir anemia, en cuyo caso pueden ser menos micronutrientes.
- ◆ Cada ración debe proveer entre el 50 al 100% del RNI diario de los micronutrientes, en el caso del hierro debe cubrir el 100%
- ◆ Debe incluirse micronutrientes de alta biodisponibilidad.

Características de los Alimentos Complementarios Fortificados.

- ◆ Tamaño de la ración: 20-50 g de peso seco ; peso húmedo < 175 M^a
- ◆ Kcal./g peso seco: 4 Kcal./g (mínimo)
- ◆ Porciones por día: 1-3 (porciones más grandes pueden dividirse e incluirse en diferentes momentos durante el día)
- ◆ Energía: 100-140 Kcal. / porción
- ◆ Proteína: 5-15% del total de las calorías
- ◆ Grasas: 20-35% del total de las calorías
- ◆ Ácidos grasos esenciales
- ◆ Relación de ácidos grasos linoleico (omega 6) : linolénico (omega 3) entre 5:1-10:1
- ◆ Leche si es posible (en función del costo)
- ◆ Micronutrientes
- ◆ Azúcar no debe pasar del valor de 10% del valor calórico total,
- ◆ No deben tener ácidos grasos trans

Características de los Suplementos Alimentarios Fortificados listos para usar (RUSFs/RTUF):

- ◆ Deben contener una fuente de proteína de alta calidad
- ◆ Deben suministrar ácidos grasos esenciales
- ◆ Relación de ácidos grasos linoleico (omega 6) : linolénico (omega 3) entre 5:1-10:1
- ◆ Densidad energética proveniente de ácidos grasos esenciales
- ◆ Leche, si posible (en función del costo)
- ◆ Micronutrientes

Los programas efectivos con productos fortificados deben ser integrales, se tiene que considerar: una formulación nutricional adecuada; alianzas públicas y privadas; la participación directa de las comunidades; focalización en los grupos de población más vulnerable, en especial niños de 6 a 36 meses; monitoreo y evaluación, control de calidad; actividades de mercadeo social y comunicación social integrados, en especial consejería dirigida a las madres para que los productos sean proporcionados adecuadamente a los niños que los necesitan evitando que compitan con la lactancia materna.

En Bolivia el alimento complementario fortificado se llama nutrí bebe, el mismo subvencionado con fondos IDH y distribuido por los gobiernos municipales y debe ser distribuido a todo niño o niña de 6 a 24 meses de edad, es un alimento de gran calidad que complementa a la leche materna y, por otro lado, a los alimentos complementarios que recibe el niño/a en el hogar.

Sin duda, los niños y niñas, de 6 a 24 meses de edad, que viven en comunidades de alta vulnerabilidad a la inseguridad alimentaría, serán los que se beneficiaran, en mayor medida, del nutrí bebé.

La composición del Nutribebé es la mejor que existe en la actualidad responde a las necesidades nutricionales de los niños pequeños. La información nutricional del Nutribebé es el siguiente¹¹:

Información nutricional del Nutribebé

	Aporte en 100g	Aporte diario (50g)	*%RDA niños de 6 a 11 meses
Calorías	440 Kcal	220 Kcal	24%
Proteínas	12 g	6 g	43%
Grasa Total	12 g	6 g	17%
Grasa poli saturada	9 g	4 g	
Grasa trans	0 g	0 g	
Colesterol	10 mg	5 mg	
Carbohidratos totales	73 g	37 g	26%
Fibra dietética	0.9 g	0,5 g	
Vitamina A	500 ug RE	250 ugRE	50%
Vitamina C	140 mg	70 mg	140%
Hierro	22 mg	11mg	100%
Vitamina D	2 ug	1 ug	20%
Vitamina E	10 mg	5 mg	100%
Tiamina	0,36 mg	0.18 mg	60%
Riboflavina	0.36 mg	0,18 mg	45%
Niacina	6.6 mg	3.3 mg	83%
Vitamina B6	0,44 mg	0.22 mg	73%
Acido Fólico	83 ug	41.5 ug	52%
Vitamina B12	0.5 ug	0,25 ug	50%
Biotina	209 ug	1,45 ug	24%
Acido pantoténico	0,7 mg	0.35 mg	19%
Calcio	200 mg	100 mg	37%
Fosforo	200 mg	100 mg	36%
Magnesio	80 mg	40 mg	53%
Manganeso	1.2 mg	0.6 mg	100%
Yodo	180 ug	90ug	69%
Zinc	10 mg	5 mg	167%
Cobre	800 ug	400 ug	200%
Selenio	20 ug	10 ug	50 %

RDA (recomendad Dietary allowances

Valor indicado corresponde a la AI (adequate Intake)

Los valores que aparecen en la columna se refieren a equivalentes dietéticos de Folato (EDF) 1ug de EDF=1Ug de folato proveniente de alimentos = 0,5 ug de ácido fólico consumido con el estomago vacío = 0,6 ug de ácido fólico ingerido unto con las comidas.

La ración diaria de Nutribebé es de 50 gramos, dividida en dos porciones de 25 gramos, cada porción debe ser preparada con 50 mililitros de agua fría o tibia previamente hervida. Las porciones deben tener la consistencia de papilla y deben ser administradas al niño/a a media mañana a media tarde (entrecomida).

Las materias primas y los insumos que se utilizan para su elaboración son cereales y el aporte de proteína es proporcionado por la leche entera en polvo.

Chispas nutricionales

La estrategia de introducir las “Chispitas” inició en el 2002, cuando en una reunión de expertos en París se planteó la necesidad de desarrollar nuevas estrategias, nuevos productos para combatir la anemia. En el Hospital de los Niños de la Universidad de Toronto se hicieron los primeros estudios y luego se aplicó en países como Ghana, Indonesia y Bolivia. Los estudios de adherencia y eficacia resultaron positivos, además de demostrar la ventaja de ser un producto de fácil utilización y que logró reducir las prevalencias de anemia.

La ventaja principal del producto es que el fumarato ferroso está encapsulado lo que evita la interacción del hierro con otros alimentos, como el cambio de color, sabor y textura de los alimentos, y que es empaquetado en dosis única.

Las Chispitas nutricionales son presentadas como pequeños sobres que contienen una combinación de micronutrientes en polvo y que puede fácilmente mezclarse con las comidas que preparamos en la casa fortificándolas instantáneamente”.

La composición en Bolivia es¹¹:

- ◆ 12.5 mg de hierro microencapsulado
- ◆ 5 mg zinc como gluconato
- ◆ 300 mcg vitamina A como acetato de retinol
- ◆ 30 mg vitamina C
- ◆ 180 mcg ácido fólico

El costo es bajo; 60 sobres a un costo de compra 18 Bolivianos (aproximadamente USD 2.50 centavos) que son entregados a través de los servicios de salud a la madre una vez al año, ara que las madres añadan un sobrecito en cada comida del niño una vez al día.

La experiencia en Bolivia comenzó en el 2006 cuando se distribuyó a nivel nacional, a través del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) en reemplazo del jarabe que se entregaba y que no demostró efectivo para reducir la anemia. El jarabe tenía sabor y olor metálico, (FERRASOL), teñía los dientes, provocaba dolores gastrointestinales, náuseas y vómitos y no lo consumían. Los costos son cubiertos por el municipio y se entrega gratuitamente.

Chipas nutricionales (Una sola entrega)		
Niños	Dosis	Frecuencia de entradas
6 a 23 meses	1 sobre cada día	60 sobres por cada año de vida.

Las normas de suplementación que se indican al personal de salud son:

- ◆ Entregar 60 sobres en una sola vez
- ◆ Entregarla a toda madre con un niño de 6 a 23 meses
- ◆ Recomendar que se debe tomar un sobre diario y que no se debe diluir en líquidos, pues la grasa puede flotar, quedarse en las paredes, por lo que sólo debe añadirse a comidas tibias
- ◆ A la madre se le recomienda que separe una pequeña porción de comida del plato del niño y allí le agregue el sobre y se asegure de que el niño lo consuma totalmente, a continuación debe continuar con el resto del plato de comida del niño

No existe peligro de sobre dosis, para que provoque toxicidad se requiere ingerir 20 sobres en un día. Se presenta en un sobre pequeño, de polietileno estañado que asegura la estabilidad, puede incorporarse más micronutrientes y su vida en anaquel es de 1 a 2 años almacenado adecuadamente.

Otras ventajas:

- ◆ Costo de almacenaje y transporte reducidos
- ◆ Bajo costo
- ◆ No se precisa tecnología sofisticada
- ◆ El país lo fabrica a partir del 2010 (Lafar®)

2.6.2. Componente comunitario

La estrategia AIEPI con su componente comunitario impulsa un trabajo coordinado entre las familias y los servicios de salud, especialmente promueve el uso extendido de prácticas clave que mejoren las condiciones de salud y desarrollo de los niños (as) menores de cinco años. Estas prácticas protegen su crecimiento y desarrollo sano, ayudan a prevenir sus enfermedades más frecuentes, a brindarles los cuidados adecuados en el hogar cuando están enfermos y a detectar oportunamente los signos de peligro para buscar su tratamiento inmediato.

El marco conceptual de la alianza parte de la premisa que se si efectúa la acción social luego de un dialogo deliberativo de todos los actores sociales de la comunidad promovido por la acción catalizadora del Ministerio de Salud y organizaciones apoyadoras, la capacitación, asistencia técnica y el mismo trabajo comunitario tendrán como resultado el incremento de la capacidad de estas organizaciones especialmente de las organizaciones civiles para proveer servicios de AIEPI comunitario. Esto finalmente incrementara la proporción de familias que aplican las prácticas clave.

Las 16 prácticas claves a ser incorporadas con la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia componente comunitario son¹²:

1. Amamantar a los lactantes de manera exclusiva hasta el sexto mes de edad.
2. Alimentación complementaria persistencia de la lactancia materna.
3. Proporcionar a los niños cantidades suficientes de micro nutrientes (vitamina A, hierro y sal yodada).
4. Promover el crecimiento estimulación temprana.
5. Vacunación completa

6. Disposición de heces y lavado de manos.
7. En las zonas endémicas de la malaria asegúrese de que los niños duerman protegidos por mosquiteros tratados con insecticidas.
8. Adoptar y mantener comportamientos apropiados para la prevención del VIH/SIDA.
9. Cuidados del niño enfermo, lactancia y líquidos.
10. Administrar a los niños enfermos el tratamiento casero apropiado para las infecciones.
11. Tomar medidas adecuadas para prevenir y controlar lesiones y accidentes entre los niños.
12. Evitar maltrato descuido de menores.
13. Participación de los hombres en el cuidado de sus hijos.
14. Reconocer los signos de peligro para buscar ayuda adecuada.
15. Seguir las recomendaciones del trabajador de salud sobre tratamiento, seguimiento y referencia.
16. Asegurar que cada embarazada tenga un adecuado control prenatal. Esto incluye realizar al menos 4 visitas prenatales con el personal de salud calificado y recibir las dosis recomendadas de vacuna contra el tétanos. La madre también necesita el apoyo de la familia y de la comunidad para la búsqueda de atención en el parto, puerperio periodo de lactancia.

2.6.3 Componente del sistema de salud

Se refiere a crear las condiciones que permitan la aplicación de AIEPI; incluye aspectos de mejora de la gestión a todo nivel del sistema, mejora de la disponibilidad de medicamentos, organización de redes de referencia y contra referencia, adecuación de los sistemas de información, etc.

2.7 Principios de comunicación de la estrategia AIEPI (5)

La Organización Mundial de la Salud (Gente Sana 2010, OMS, Volumen I)¹³ señala que la comunicación en salud abarca el estudio y uso de estrategias de comunicación para informar e influir en las decisiones individuales y comunitarias que conduzcan a mejorar la salud. También que posibiliten procesos que permitan a individuos, familias y comunidades ejercer

mayor control sobre su salud. La comunicación se reconoce entonces como un elemento necesario en los esfuerzos encaminados a mejorar la salud pública y personal.

La comunicación en salud puede prestar su contribución en todos los aspectos de la prevención de la enfermedad, a saber: la relación médico-paciente; la adherencia del individuo a recomendaciones clínicas y regímenes terapéuticos; el diseño de mensajes y campañas de salud pública junto con la difusión de información concerniente a riesgos para los individuos y las poblaciones y en los procesos de comunicación encaminados a prevenir las enfermedades⁵.

La comunicación en salud es fundamental cuando se trata de potenciar a la ciudadanía para actuar en los asuntos de la salud que la afectan, mantener temas claves de salud en la agenda pública y promover comportamientos saludables. En los últimos años, diversos autores han hecho hincapié en la necesidad de prestar mayor atención a los entornos y contextos en que ocurren los procesos de comunicación como un primer paso a menudo necesario para poder aspirar a generar cambios de comportamiento en el área de la salud.

Esta percepción ha ido acompañada de una conciencia cada vez mayor sobre la importancia de trabajar no solo en el ámbito de lo individual sino también de lo colectivo, a través de procesos más intensos de participación comunitaria.

Esta observación tiene particular relevancia para una estrategia como AIEPI, dado el papel que comunidades y familias desempeñan en la prevención de las enfermedades de los más pequeños.

Existe experiencia acumulada por más de tres décadas de trabajo en comunicación en salud que ha dejado importantes enseñanzas, de las cuales es posible extraer una serie de principios que deben regir el trabajo en este campo. Piotrow y otros (1997) ofrecen varios principios clave; a éstos se suman otros señalados por los coordinadores del presente documento y en su conjunto deben servir de base para el trabajo en comunicación en salud. En este caso, cada uno de estos principios está ligado a las particularidades de la estrategia AIEPI¹³:

- ◆ *Tener soporte investigativo.*
- ◆ *Centrada en los sujetos.*
- ◆ *Integrada a los servicios.*
- ◆ *Abogacía ante actores clave.*
- ◆ *Ampliación de la escala (scaling up). de manera más efectiva.*
- ◆ *Sostenibilidad.*
- ◆ *Visión de largo plazo*
- ◆ *Diversidad de enfoques*

2.8. Aspectos metodológicos de la implementación de estrategias de comunicación

Si bien existe diversidad de opiniones frente a los enfoques y teorías que soportan el diseño, implementación y evaluación de estrategias de comunicación en salud, existe un mayor consenso en torno a los componentes metodológicos requeridos para ello. En general, el diseño de una estrategia de comunicación debe incorporar los siguientes pasos:

- *Evaluación formativa.*
- *Diseño y mezcla de estrategias comunicativas.*
- *Producción y validación de materiales y mensajes.*
- *Implementación y monitoreo.*
- *Evaluación de proceso e impacto.*

2.9. Estrategias de comunicación para el cambio social

La teoría de la comunicación para el cambio social, se asemeja al marco conceptual de la intervención de la alianza regional AIEPI Comunitario.

Se define como **comunicación para el cambio social** el “acto de llegar en conjunto a decidir quienes son los miembros de la comunidad, que quieren, y como obtienen lo que quieren”. Los procesos de este tipo de comunicación se caracterizan por la identificación del problema, la toma de dediciones en grupo, la implementación de la acción.

El centro de programas de capacitación de la universidad de Jhon Hopkins, han desarrollado una teoría para medir los procesos y los resultados de la comunicación para el cambio social.

Esta se basa en un modelo cíclico y relacional destinado a obtener un resultado de cambio mutuo, más que un cambio unilateral. El modelo describe un proceso dinámico e interactivo, que se inicia con un estímulo (catalizador) que puede ser externo o interno a la comunidad. Este catalizador conduce al diálogo y cuando es efectivo, lleva a la acción colectiva y a la resolución de problemas comunes. En el caso del componente comunitario del AIEPI, los agentes catalizadores del cambio fueron los ministerios de salud, Cruz Roja y OPS.

El catalizador, en el modelo, representa en particular gatillo que inicia el diálogo de la comunidad sobre un tema específico de interés y que concierne a todos. Este catalizador es una pieza faltante en la mayor parte de la literatura sobre comunicación para el desarrollo, porque se asume que la comunidad espontáneamente inicia el diálogo y la acción.

El modelo describe el diálogo de la comunidad y la acción como un proceso secuencial o como un serie de pasos que pueden tomar lugar con la comunidad y que conducen a la solución de problemas comunes.

La literatura y experiencias previas indican que si esos pasos completados exitosamente, es más probable que la acción comunitaria sea exitosa.

En un comienzo, la comunicación en salud estuvo influida por enfoques centrados en la difusión de información a través de medios masivos, seguida de actividades de información, educación y comunicación.

Sin embargo, la experiencia ha demostrado que la efectividad de la comunicación en salud reposa en la adecuada integración de diversas formas de comunicación y de procesos y estrategias comunicacionales que incluyen, entre otras técnicas, movilización comunitaria, consejería y comunicación interpersonal centrada en el usuario, intervenciones a través de redes sociales, mercadeo social, edu-entretenimiento, abogacía de medios, potenciación individual y comunitaria, relaciones públicas, disseminación de información, uso de medios masivos, y otros procesos que puedan conducir a la adopción de comportamientos saludables.

A continuación presentamos una breve descripción de algunas de estas formas y estrategias de comunicación, y su aplicación en casos concretos vinculados a la realidad de AIEPI.

2.9.1 Movilización social

La movilización social es una estrategia para los procesos de cambio y transformación social. Su objetivo es llegar a todos los actores sociales con el propósito de que influyan en la comunidad a favor de un determinado tema o problema. Se trata entonces de que entre todos se movilicen, apoyen y acompañen un determinado proceso.

En la definición de movilización social (Toro, 1992) se hace hincapié en el carácter integrador de ésta; por ello se habla de la convocación de voluntades para actuar por la búsqueda de un propósito común. De esta manera, la movilización social tiene como principio básico la participación libre de la población. Sin embargo, un elemento también indispensable es el compromiso, ya que las actividades a las que se convoca deben ser sostenidas en el tiempo¹³.

La movilización social es una estrategia muy utilizada, pues tiene la gran ventaja de que no requiere de mayores recursos o equipos para su implementación, aunque sí exige un componente mayor de compromiso y participación de la población, que se dará en mayor o menor medida según la importancia que le asigne a la causa en cuestión.

Esta estrategia, que plantea el desarrollo de una serie de actividades como marchas, desfiles, plantones, etc. con un propósito definido, puede ser muy útil para promover determinadas decisiones y prácticas clave cuya adopción requiere un nivel elevado de compromiso y apoyo.

2.9.2 Comunicación comunitaria

La comunicación comunitaria permite recuperar los espacios y modos de comunicación autóctonos, convirtiéndolos en oportunidades de compartir mensajes educativos —en este caso referidos a las diferentes prácticas clave priorizadas— y motivando la participación activa y creativa de los diferentes grupos sociales cada localidad.

Por tanto, cuando diseñamos estrategias de comunicación comunitaria, el diagnóstico comunicacional es de mucha utilidad porque en él hemos identificado espacios concretos, grupos y actores que pueden ayudarnos a desarrollar recursos de comunicación como son las ferias educativas, los eventos deportivos y/o recreativos, los desfiles, las actividades en plazas públicas, etc. Estos recursos, conocidos también como actividades “masivo comunitarias”, tienen por objeto sensibilizar y educar a la población. Su diseño y ejecución comprometen necesariamente los esfuerzos y apoyo de la ciudadanía y en ello justamente radica su potencial educativo¹³.

2.9.3. Comunicación interpersonal.

Las intervenciones interpersonales son aquellas en donde dos o más personas se comunican entre sí e interactúan directamente. La comunicación interpersonal se produce “cara a cara” para abordar un problema en particular.

Las comunicaciones interpersonales pueden ser:

- a) Interpersonales personalizadas:
- b) Interpersonales grupales:

Estas dos formas de comunicación interpersonal se adaptan muy bien a la estrategia AIEPI, ya que al tener un fuerte componente educativo y de interacción, permiten trabajar determinadas prácticas clave en forma directa. Un ejemplo lo constituye el inicio de la alimentación espesa y con productos frescos en los pequeños mayores de 6 meses. Esta práctica clave, de importancia significativa para su crecimiento y desarrollo, requiere de un trabajo educativo no solo en el nivel cognitivo, sino en el de las habilidades y prácticas¹³.

2.10 Aspectos legales de apoyo a la lactancia materna

2.10.1 Ley de fomento a la lactancia materna y comercialización de sus sucedáneos (3460)

La ley de fomento a la lactancia materna promulgada el 15 de agosto del 2006¹⁴, la misma tiene como fin “promover, proteger y apoyar la practica de la lactancia materna en forma

exclusiva hasta los seis meses de edad; desde los seis meses hasta los dos años, la lactancia materna continuará con adición de la alimentación complementaria; el segundo fin es el de “coadyuvar a mejorar el estado nutricional y a reducir las tasas de morbilidad de los menores de cinco años y de las madres”.

En los objetivos de ley son los siguientes:

- a) Coadyuvar al bienestar físico-mental del binomio madre niño, mediante la promoción, apoyo, fomento y protección de la lactancia materna natural y la regulación de la comercialización de sucedáneos de la leche materna y otros productos relacionados.
- b) Normar y controlar la información, promoción, distribución, publicidad, venta otros aspectos inherentes a la comercialización de sucedáneos de la leche materna, alimentación complementaria, biberones, chupones y chupones de distracción.

La ley en su artículo 7 menciona que el Ministerio del área salud, a través de las instancias departamentales de salud, será el encargado del control, supervisión y la correcta aplicación de la presente ley su Reglamento.

El artículo 8 reconoce al Comité Nacional de la Lactancia Materna, bajo la presidencia del Ministerio del área de salud, el cual está constituido por entidades involucradas en el fomento, promoción y protección de la lactancia materna y en la comercialización de sucedáneos de la leche materna. Las funciones de este Comité son las:

- a) Asesorar a instancias del Poder Ejecutivo y demás instituciones involucradas en la atención a la mujer el niño(a) menor de cinco años.
- b) Promover, proteger y fomentar la lactancia materna.
- c) Velar por el cumplimiento y aplicación de la presente ley.

En el artículo 12, en lo referente a la etiqueta y envases de todo sucedáneo de la leche materna, fórmula infantil, especial o de seguimiento deberá informar los siguientes:

- a) Anteponer visiblemente y en lugar notorio las palabras “AVISO IMORTANTE”, para afirmar la superioridad de la leche materna en la alimentación de los lactantes como mínimo hasta los seis meses, por ejemplo: “LA LECHE MATERNA ES LOS MEJOR PARA SU BEBE, SE RECOMIENDA SU USO EXCLUSIVO HASTA LOS SEIS MESES” (cerca del nombre del producto, impresa en tamaño y color visible).
- b) Informar sobre la composición analítica, ingredientes, incluyendo aditivos, preservantes otros, así como el uso correcto del producto.
- c) Estar escrito en castellano.
- d) Contener el nombre y la dirección del fabricante.
- e) Estar diseñada de manera que NO SE DESESTIMULE la lactancia materna.
- f) El envase deberá contener la fecha de vencimiento, expiración o calidad, señalando la prohibición de su uso y comercialización en fecha posterior a su caducidad. También contendrá, el número de lote y las condiciones de almacenamiento luego de haberse abierto el producto para su uso, si las hubiere.
- g) Sólo debe llevar fotografías, diseño u otra presentación grafica necesaria ara ilustrar o mostrar la correcta preparación del producto.
- h) Contener instrucciones para la preparación y medidas higiénicas adicionales a seguir, así como la edad del niño para quien este indicado su uso.
- i) Se prohíbe el uso de comercialización de este producto en fecha posterior a la caducidad.

El Artículo 13 menciona que en ningún la etiqueta de sucedáneo de la leche materna, formulas infantiles, especiales o de seguimiento, biberones, chupones, deberá contener información e imágenes de niños lactantes tendientes a desestimular la lactancia materna; leyendas, dibujos o ilustraciones que directa o indirectamente tiendan a crear la convicción de que el producto es equivalente o superior a la leche materna; términos como “maternizada”, “humanizada” u otros análogos.

El artículo 15, menciona aspecto relacionado al alimento complementario donde la etiqueta deberá contener:

- a) Edad, en meses cumplidos, después de la cual se puede usar el producto.
- b) Composición analítica del producto, ingredientes utilizados incluyendo aditivos, preservadores y otros.
- c) Periodo de conservación, después de violado el sellos de seguridad, en caso de ser diferente a la fecha de vencimiento, expiración o caducidad.
- d) requisitos y condiciones de almacenamiento.
- e) Nombre y dirección del fabricante.

El artículo 16 menciona que los envases de biberones, chupones de distracción deberán incluir, en forma obligatoria, clara visible, las siguientes leyendas:

- a) “No existe sustituto para la leche materna”
- b) “El Producto debe ser esterilizado antes de su uso”.
- c) “El chupón interfiere con el patrón de succión, desestimulando la lactancia materna”.

2.11 Percepción en la comunidad

Las intervenciones de salud en la comunidad, parten casi siempre de las estadísticas demográficas, del análisis del perfil epidemiológico y de los datos obtenidos en los servicios de salud. Estos procedimientos son muy valiosos y pueden dar una información precisa, objetiva, pero existen otros métodos como la percepción para conocer el nivel de salud individual o colectiva, incorporando en ellos la observación de la situación, la información que ofrece la experiencia de la comunidad, sobre actitudes y valores y la definición de necesidades percibidas por ellos. Se aprende mucho del contacto con diferentes grupos, líderes de comunidad, maestros, trabajadores de salud tradicionales, brigadistas, grupos de mujeres. Estos grupos pueden señalar las necesidades de la comunidad y frecuentemente descubrir la causa fundamental de un problema que no siempre es aparente para el trabajador de salud¹⁵.

En los estudios de percepción el investigador hace uso del proceso de objetivación de la subjetividad, este proceso comprende dos momentos:

- El primero previo al acercamiento a la comunidad.
- Y el de interacción y diálogo con la comunidad.

- Y finalmente efectuar la investigación con el contacto continuo del grupo, análisis de los datos, síntesis de los resultados, evaluación de los conocimientos y de las experiencias adquiridas.

2.10.1. La Naturaleza de la Percepción

- La percepción es el proceso de extracción de información de un organismo del medio que lo rodea.
- Únicamente los estímulos que tienen trascendencia informativa, que dan origen a algún tipo de acción reactiva o adaptativa del individuo, se les debe denominar información.
- Los programas preceptuales se encuentran encajados en la estructura, conectados internamente o pre conectados desde el nacimiento.
- La información se codifica y en los seres humanos los modifica la experiencia.
- La percepción es un conjunto total del conocimiento humano que incluye los subconjuntos de aprendizaje y del pensamiento.
- Los resultados del aprendizaje facilitan la obtención de una nueva información, puesto que los datos almacenados se convierten en modelos por comparación con los cuales se juzgan los indicios.
- El problema se torna más difícil a medida que la "información potencial" va siendo menos accesible o más abstracta. obtenemos información abstracta u "oculta" aprendiendo a usar conceptos.
- El comportamiento frente a la salud se juzga como el emergente de diversas creencias interactivas, que actúan como determinantes de la probabilidad de actuación individual.
- Estas consisten con la percepción de la amenaza futura, y del atractivo y el valor del beneficio: que se relaciona con el comportamiento integrativo y segregativo en el sentido de y sólo si:
 1. La persona se considera a sí misma vulnerable o susceptible.
 2. La persona se considera que la acción tendrá serias consecuencias para él o ella.
 3. La persona se considera que una acción determinada lo (a) beneficiara.

- Conviene considerar entonces que la percepción es cambiante.

2.10.2. Objetivación de la Subjetividad

En el proceso de objetivación de la subjetividad, propone dos momentos:

- Previo al acercamiento a la comunidad.
- Interacción y diálogo con la comunidad.

La Interacción y Diálogo con la Comunidad implica el trabajo común con los grupos y con la población, para identificar creencias, prácticas y conocimientos en el contexto de las características de los grupos. A esta identificación de necesidades de la población, en conocimientos y en servicios, puede accederse a través de investigaciones sociales sobre la relación de los servicios con los usuarios, mediante el desarrollo de la "capacidad de escucha" sobre las posibilidades y capacidad de organización de la población; teniendo en consecuencia el perfil de la comunidad¹⁵.

Para esto es necesario establecer reuniones con los grupos (barrio, distrito, padres, mujeres...) y analizar:

- El problema que ellos consideran importante.
- Los datos que se tienen.
- Los datos que faltan
- Las cosas que aún se deben de saber
- Seleccionar en conjunto el método para recogerlas
- Implicar a los grupos en la recogida de las informaciones e impresiones de los problemas escogidos.
- Ampliar el compromiso de participación activo de la comunidad.

Los métodos para obtener información con los grupos de la comunidad son:

- Escuchar y observar en la comunidad.
- Comentar con los líderes de la comunidad.

- Hablar con los trabajadores del desarrollo (maestros, líderes religiosos, trabajadores, etc.)
- Platicar con curanderos, parteras u otros.
- Datos o informes de investigaciones en la comunidad.

III. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

III. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

3.1. Revisión bibliográfica en bases de datos

3.1.1. Objetivo general de la búsqueda.

Obtener información acerca de estudios desarrollados sobre conocimientos, prácticas y percepciones de madres o cuidadores primarios de niños(as) de 6 meses a menores de 2 años sobre alimentación, desarrollados en el país (Bolivia) o a nivel internacional.

3.1.2. Identificación del tema central de la búsqueda:

¿Qué población?	<ul style="list-style-type: none">• Cuidadores primarios o madres de familia.• Niños(as) 6 meses a menores de 2 años
¿Qué exposición?	<ul style="list-style-type: none">• Alimentación familiar
¿Qué resultados?	<ul style="list-style-type: none">• Conocimientos, prácticas y percepciones.

3.1.3. Pregunta contestable:

¿Cuáles son los conocimientos, percepciones y prácticas de alimentación familiar de cuidadores primario de la Red Lotes y Servicios, Municipio de El Alto, durante el mes de junio a agosto 2009?

3.1.4. Identificación de tipos de diseño que pueden responder la pregunta de búsqueda:

- Estudios cualitativos
- Estudios mixtos cuali – cuantitativos
- Estudios descriptivos de corte transversal

3.1.5. Bases de datos utilizadas

MedLINE, SciELO, OPS/OMS.

3.1.6. Términos utilizados:

PREGUNTA	VARIABLE	TÉRMINO
¿Qué población?	Cuidadores primarios o madres de niños(as) de 6 meses a menores de 2 años.	<ul style="list-style-type: none"> • Children under two years.
¿Qué exposición?	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Integrated management of childhood illness (IMCI)
¿Qué resultados?	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos. • Percepciones. • Prácticas. 	<ul style="list-style-type: none"> • know [MESH] • Perception [MESH] • Practice[MESH]

Se identificó el término MESH para cada una de las variables y cada variable usando el operador booleano OR se unió todos los términos (conocimientos, percepciones y prácticas). Se limitó la búsqueda para publicaciones en los últimos 5 años, estudios en niños (as) menores de 5 años.

3.1.7. Resultados de la búsqueda: selección final y evaluación crítica

De los trabajos encontrados se escogieron los siguientes artículos:

Título	Mejorando la nutrición infantil a través de una intervención educativa por los servicios de salud ¹
Diseño	Exploratoria /cualitativo
Evaluación y análisis	<p>El diseño del estudio contempló 2 grupos de intervención y dos grupos de control en 6 Establecimientos de Salud, para medir si había diferencias entre las estrategias implementadas por el mismo establecimiento de salud, en zonas peri-urbanas de Trujillo.</p> <p>El estudio aplica la investigación formativa explorando los conocimientos y las percepciones de las madres en cuanto a la</p>

	<p>alimentación de sus hijos, también incluyeron entrevistas a profundidad al personal de salud.</p> <p>Como resultado de la investigación formativa dentro de los servicios de salud, se determinó que hay 3 actores principales que tienen que ver con la alimentación infantil: Pediatra o médico, algunas de las deficiencias encontradas con este recurso humano se relacionan con que tienen un tiempo limitado y están muy enfocados en la enfermedad y sin mucho conocimiento de la nutrición infantil. Aunque se enfocaban más en hablar sobre las alergias y sobre que alimentos no darle al niño, tenían una enorme influencia sobre las madres, las madres respetaban mucho lo que el medico les decía. En el Controles de Crecimiento y desarrollo del Perú, los mensajes que daban las enfermeras y las técnicas, eran muy generales, excelentes recomendaciones en lactancia materna, pero a partir de los 6 meses disminuye la asistencia (por término de las vacunaciones) y los mensajes ya eran muy generales. A las madres si les gustaba ese contacto y les gustaba el enfoque del niño sano. En algunos Establecimientos de salud había una nutricionista que estaba dedicada más a la entrega de los alimentos y sus consejos eran bastante técnicos y no enfocados en la alimentación específica. Posterior a esta evaluación se capacitaron al personal de salud en alimentación y orientación se definieron 3 mensajes claves:</p> <p>Darle a sus hijos purés espesos</p> <p>Agregarle un alimento especial: hígado, huevo o pescado, y enseñar a su hijo a comer con amor, paciencia y buen humor y seguir dando pecho hasta los 2 años.</p> <p>Evaluando:</p> <p>Se logró comprobar que había mayor consumo de hígado el día anterior y un aumento de consumo de energía de fuente animal, comparado al grupo control.</p> <p>Del grupo control, a los 18 meses el 15% tenía desnutrición crónica y en</p>
--	---

	<p>el grupo intervenido se evitó ese problema y solo llegó a 5%. Esto se logró con una intervención temprana y enfoque de prevención.</p> <p>Conclusiones:</p> <p>Intervención educativa llevó a un cambio en los patrones de alimentación complementaria, y un incremento en la ingesta de nutrientes de origen animal y en el crecimiento.</p> <p>La estrategia de trabajar a través de los establecimientos de salud logró cambios en la comunidad en general¹.</p>
--	--

Título	Características del consumo y aporte de energía y nutrientes de una papilla a la dieta de niños de 6 a 36 meses de edad beneficiarios de un programa de complementación alimentaria ¹⁶ .
Tipo de estudio	El diseño fue descriptivo y transversal.
Autores	Carlos Rojas D. y col
Análisis	Se aplicó el método retrospectivo de recordatorio del consumo de alimentos de 24 horas. La muestra estuvo conformada por 432 niños beneficiarios del programa. Los requerimientos y recomendaciones de energía y nutrientes fueron determinados a partir de lo establecido por FAO/OMS/ONU para energía y proteínas, y por RDA para hierro y vitamina A. Resultados: El 42,1% de los beneficiarios de 6 a 11 meses cubrieron en promedio menos de 90% de sus requerimientos energéticos, esta proporción fue 47% entre los beneficiarios de 12 a 23 meses y 64,4% entre los beneficiarios de 24 a 36 meses. La brecha calórica fue directamente proporcional a la edad de los beneficiarios. La mediana del consumo de la papilla osciló entre 30 y 90 g en el grupo de 6 a 11 meses, 45 y 69 g en el grupo de 12 a 23 meses y de 34 a 90 g en el grupo de 24 a 36 meses. Conclusiones: Se evidenció que la papilla mejoró el aporte de energía, vitamina A y hierro en la dieta del niño, llegando a cubrir los requerimientos en la mayoría de los grupos etéreos.

3.2. Conclusión sobre la información encontrada:

Se concluye que los estudios desarrollados respecto al tema de investigación son limitados pese a la búsqueda realizada a nivel internacional y nacional el estudio presentado en la revisión bibliográfica fueron los siguientes:

En el primer estudio consiste en un estudio exploratorio acerca de la alimentación del niño pequeño realizado en el Perú donde se realizó la recolección de datos mediante metodología cualitativa. Dentro del grupo objetivo de investigación se encuentran los cuidadores de los niños y niñas menores de 2 años y personal de salud; las metodologías cualitativas utilizadas para la recolección de datos como ser las entrevistas a profundidad y grupos focales permitieron llegar a los resultados.

El segundo estudio corresponde a un estudio desarrollado en población que recibe el alimento fortificado denominado “papilla”, similar al Nutribebé. Entre las estrategias cualitativas utilizadas en el estudio fueron las entrevistas a profundidad y observación.

IV. JUSTIFICACIÓN

IV. JUSTIFICACIÓN

Durante la gestión 2008, la Red Lotes y Servicios registró un total de 24.550 niños (as) menores de 2 años evaluados en su estado nutricional; de este total 1.875 niños (as) fueron clasificados con desnutrición leve, 185 niños(as) con desnutrición moderada 32 niños(as) con desnutrición severa¹⁷.

Este estudio va dirigido a conocer aspectos de conocimientos, percepciones y prácticas de alimentación en niños (as) de 6 a 24 meses de edad por parte de los cuidadores primarios, entre ellos madres de familia u otros miembros de la familia de la ciudad de El Alto. Los resultados del presente estudio serán de suma importancia para fortalecer las acciones que están siendo implementadas por los servicios de salud de los distritos municipales IV y V de la ciudad de El Alto, para orientar hacia un servicio más acorde a las necesidades de la comunidad.

En base a la búsqueda realizada no se cuenta con un estudio de tipo cualitativo que indague principalmente las percepciones y prácticas de alimentación a niños(as) de 6 meses a menores de 2 años, acerca de las nuevas políticas en vigencia. Existen algunas en este sentido realizadas por agencias internacionales más relacionados a evaluar cuantitativamente los conocimientos en alimentación de las madres en el proceso de intervención con financiamiento externo desarrolladas antes de la incorporación de la nueva política en salud a favor del menor de cinco años.

Esta investigación fortalecerá un vacío no incluido entre los indicadores de evaluación para medir el impacto de la estrategia AIEPI establecidos por el ente rector y en las investigaciones operativas para la estrategia AIEPI promovida por la OMS/OPS, este tema va relacionado a uno de los pilares fundamentales involucrados en la alimentación de un niño(a) menor de dos años, son las acciones desarrolladas por las madres, las cuales son producto de sus conocimientos, principalmente de sus percepciones (objeto de estudio) y otros factores de tipo cultural involucrados.

V. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

V. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

5.1. Pregunta de investigación

¿Cuáles son los conocimientos, percepciones y prácticas de alimentación familiar de cuidadores primarios de niños(as) de 6 a 24 meses de la Red Lotes y Servicios, Municipio de El Alto, de junio a agosto de 2009?

5.2 Objetivo general

Explorar los conocimientos, prácticas y percepciones de los cuidadores primarios acerca de la alimentación familiar de niños (as) de 6 a 24 de la Red Lotes y servicios Municipio de El Alto, de junio a agosto de 2009

5.3 Objetivos específicos

1. Explorar los conocimientos de los cuidadores primarios, acerca de las prácticas de alimentación en niños (as) de 6 meses a menores de 2 años.
2. Describir las percepciones de los cuidadores primarios, acerca de las prácticas de alimentación del niño(a) de 6 a 24 meses de edad.
3. Describir las prácticas de alimentación de los cuidadores primarios con respecto a la alimentación de los niños(as) de 6 a 24 meses de edad.

5.4 Diseño o tipo de estudio

El presente estudio corresponde a una investigación cualitativa – exploratoria que indagará los conocimientos, percepciones y prácticas de alimentación familiar de los cuidadores primarios de niños (as) 6 a 24 meses.

La investigación cualitativa es entendida como una investigación social, que explica fenómenos que no son explicados a través de números e índices, sino que son analizados como

sistemas complejos interrelacionados desde el punto de vista humano, que permite la generación de conocimiento y entender los fenómenos del mundo.¹⁸

Se da el nombre de investigación formativa o exploratoria a toda indagación realizada antes de un programa o investigación científica con el propósito de definir la población seleccionada, crear programa o procedimientos de investigación apropiados asegurar que el programa o estudio que se llevara a cabo será pertinente y aceptable desde el punto de vista cultural.

Las características de la investigación cualitativa son las siguientes:

- Pregunta por qué, cómo y en qué circunstancias suceden las cosas.
- Busca una comprensión profunda.
- Ve los fenómenos sociales en forma holística.
- Explora y descubre.
- Penetra en los significados de las decisiones y acciones.
- Usa métodos interpretativos y otros métodos flexibles.
- Es reiterativa, más que fija.
- Es emergente, antes que preestructurada.
- Involucra a los entrevistados como participantes activos, más que como población objetivo.
- Considera al investigador como un instrumento en el proceso de la investigación.

El presente estudio presenta las características descritas.

5.5 Población y lugar

5.5.1. Definición de cuidador primario

Se define como la persona encargada de cuidar y dar el alimento a los niños(as) del grupo etéreo de estudio que incluye a las madres de familia, padres de familia, abuelos, abuelas, tíos, etc.

5.5.2. Lugar

Para la delimitación de las áreas de investigación se realizaron visitas previas a los varios sectores en la ciudad de El Alto en sus diferentes redes de salud, para hacer una prospección de los escenarios, familiarizarse con las dinámicas y lugares, probar los instrumentos de investigación. Se estableció contacto con madres y pacientes en las salas de espera de los servicios de salud. A la conclusión de estas actividades se seleccionaron cuatro áreas de salud, debido a que en ellas se muestra la diversidad de características sociodemográficas de la ciudad de El Alto y especialmente las áreas correspondientes a la Red Lotes Servicios por sus problemas sociales y de salud. Además estos escenarios proporcionan la viabilidad para realizar la observación etnográfica, la accesibilidad a información clara, suficiente y relevante.

CUADRO 5: AREAS DE ESTUDIO

REDES DE SALUD EL ALTO	AREA DE ESTUDIO
Red Senkata	Senkata 79
Red Corea	1ro de mayo
Red Lotes y servicios	16 de febrero, Brasil

El Municipio de El Alto corresponde a la cuarta Sección municipal del Departamento de La Paz, fue fundada el 6 de Marzo de 1985 y elevada a rango de ciudad mediante Ley 651 de 26 de Septiembre de 1988, sin embargo, cabe recalcar que esta población es muy dinámica, caracterizada por un alto índice de migración de las áreas rurales no solo del departamento de La Paz, sino de otros lugares a nivel nacional. Se encuentra a una altitud de 4.180 m.s.n.m., zona altiplánica donde la vegetación es mínima, con una zona ecológica muy árida, escasa humedad y una precipitación pluvial anual muy baja en comparación a otras regiones de nuestro país, la temperatura promedio anual es de 0 a 15° C. Tiene una extensión territorial de 13.885 hectáreas de las cuales 8193.53 hectáreas corresponde al área urbana y 5.691.47 hectáreas comprende el área rural que comprende tres cantones: Zongo, Asunta Kelwiri y Milluni.

En cuanto a sus características demográficas hubo tiempo en el que contaba con una población de 307.403 habitantes, actualmente y de acuerdo al último Censo la población y vivienda

2001 llega a 649.958 habitantes aproximadamente, según las proyecciones de la población total por año calendario para el 2007 es de 864.575 habitantes, la población masculina corresponde al 48.86% mientras que la población femenina al 51.14%, de los cuales más del 80% están concentrados en áreas urbanas y apenas un 20% se encuentra ubicada en áreas rurales.

La tasa de analfabetismo en la ciudad de El Alto alcanzo a 7.9%, para el género masculino 2.3%, femenino 13.19%. El promedio de años de estudio para El Alto según el censo 2001 es de 7.99 años, hombres 9.30 años y para mujeres 6.79 años.

Datos obtenidos en el censo 2001 mostraba que la actividad económica de mayor porcentaje de la población ocupada fue el comercio por mayor y menor con 28.53%, seguida de la industria manufacturera de 23.06%, transporte, almacenamiento y telecomunicaciones de 10.38%, construcción 8.22%, hoteles y restaurantes 6.29%¹⁷.

En el municipio de El Alto, el porcentaje de población no pobre era de 33,1%

Según Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), el porcentaje de población pobre en el municipio de El Alto el año 2001 era 66,9%, mientras que la población no pobre alcanzaba a 33,1%. El área urbana, la población pobre era 66,8% y la población considerada no pobre 33,2%, y en área rural, 98,9% de la población era pobre y 1,1% no pobre¹⁷.

Según el Censo 2001, de la población alteña considerada no pobre, 7,5% vivía con necesidades básicas satisfechas. El porcentaje de población que se encontraba en umbral de la pobreza era 25,6%, ambos grupos conformaban la población considerada no pobre. Dentro de la población considerada pobre, 49,3% de la población vivía en condiciones de pobreza moderada; 17,1% vivía en condiciones de indigencia; por último, 0,5% de la población se encontraba en condiciones de marginalidad.¹⁷

En el municipio de El Alto se registraron altos porcentajes de NBI

Según datos obtenidos del Censo 2001, los componentes de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) en el municipio de El Alto registraron: insatisfacción en materiales de la

vivienda 29,34%, en área urbana 29,12% y en área rural 82,25%; insuficiencia en espacios de la vivienda 72,36%, con inadecuados insumos energéticos 13,42% e inadecuados servicios de agua y saneamiento 50,75%; insuficiencia en la educación 47,43% e inadecuada atención en salud 68,75%¹⁷.

En área urbana del municipio de El Alto, el porcentaje más alto se presentó en insuficientes espacios en la vivienda con 72,36%, mientras que en área rural, el porcentaje más alto se registró en inadecuados servicios de agua y saneamiento con 99,81%.

En 2001 en el municipio de El Alto, 147.531 hogares tenían procedencia de agua por cañería de red o pileta pública

Según datos del Censo 2001, 147.531 hogares tenían procedencia del agua por cañería de red o pileta pública hogares, 6.101 hogares se proveían de otras formas, 5.694 de carro repartidor, 5.530 de pozo o noria con o sin bomba y 464 de río, vertiente o acequia.

Para la eliminación de aguas servidas en el municipio de El Alto, 75.838 hogares contaban con alcantarillado, 60.599 no tenían baño o sistema de eliminación, 25.521 hogares pozo ciego o a la superficie y otro tipo de desagüe y 3.362 hogares contaban con cámara séptica.

El crecimiento poblacional es acelerado con extensión progresiva del área urbana.

El idioma predominante en la ciudad de El Alto es el Castellano/aymara, justamente por la gran cantidad de migrantes del área rural, seguido del castellano/quechua.

En lo que se refiere a la actividad de la población el 35.2% tiene actividades propias o independientes, sobre todo el comercio informal, ente los cuales resaltan los artesanos y operarios de oficio, siguiendo el porcentaje aquellos trabajadores de servicios y vendedores en un 19.9%, los peones o trabajadores no calificados en un 10.4%, los técnicos medios o profesionales llegan apenas al 7.9%, siendo sólo un 2% aquellos que se dedican a trabajos en cargos directivos dentro el Gobierno Municipal o central.¹⁷

Pese a ser una ciudad con una gran movimiento y gran afluencia de emigrantes, no cuenta en la actualidad con una buena dotación de servicios básicos, hechos que se reflejan en índices como el acceso a los servicios sanitarios que del 100% de los hogares solo el 37% puede contar con ellos, así como el acceso a agua potable que alcanza a solo un 14%, contando con una población pobre según las necesidades insatisfechas que alcanza a un 67%.¹⁷

El municipio de El Alto contaba con 72 establecimientos de salud

Según datos del año 2005, el municipio del El Alto contaba con 79 establecimientos de salud, de un total de 602 en el departamento de La Paz, además disponía de 495 camas hospitalarias, de un total de 3,397 a nivel departamental.

El número de consultas prenatales nuevas en el municipio de El Alto, para el año 2005 fue de 28.574, equivalente a 34,12% del total departamental, de estas 14.786 fueron antes del quinto mes y 13.788 después del quinto mes de embarazo, el número de consultas del cuarto control prenatal fue 10.205 en El Alto y 30.770 en el departamento de La Paz.

Datos del año 2005 muestran que de 12.367 partos, 78 fueron atendidos en domicilio por personal de salud y 1.759 fueron cesáreas; 715 niños registraron bajo peso al nacer, es decir, no superaron los 2.500 grs. de peso al nacimiento; 8.340 mujeres acudieron al primer control post parto y 27.957 mujeres se realizaron muestras cérvico vaginales (PAP).

Para el mismo año el número de consultas externas nuevas en la población menor de cinco años de edad fue de 198.786, con porcentaje de reconsulta de 25,3%; se registraron además, 906 casos de diarrea y 861 casos de neumonía en menores de 5 años atendidos en servicio y se realizaron 49.745 controles nuevos y 80.723 controles repetidos de nutrición y desarrollo infantil en menores de dos años de edad.

De acuerdo DS 26875 de diciembre del 2003, el actual modelo de gestión en salud plantea la conformación de Directorios Locales de Salud (DILOS) como una instancia de conducción tripartita de salud, presidida por el Alcalde del Municipio en integrado por un representante de la Prefectura – SEDES y un representante comunitario del Comité de Vigilancia.

El ámbito de la investigación se halla en los distritos III, VIII y IV, son distritos formados por población migrante del área rural, pero también de las más pobres, según el Censo del Instituto Nacional de Estadística (INE) 2001.¹⁷

Situación de salud en el marco de la meta desnutrición cero – El Alto

En la ciudad de El Alto la implementación del Programa Nacional Desnutrición Cero, fue implementado durante la gestión 2007 y 2008, la misma consistió inicialmente en entrenamiento al personal de salud de sistema de salud de la ciudad de El Alto, en la norma de atención al menor de cinco años en AIEPI nut. Para coordinar acciones intersectoriales de este programa, se formó nueva estructura en los municipios el consejo municipal de alimentación y nutrición (COMAN).

Las diferentes estrategias, destacando las de AEIPI-Nut, la Iniciativa Hospitales Amigos del Niño (IHAN) y las Unidades de Nutrición Integral (UNI), que tienen que ver también con otras estrategias como la promoción del alimento complementario fortificado a partir de los 6 meses de edad hasta los 2 años; las Unidades de Tratamiento del desnutrido agudo severo-Hospital Holandés y el monitoreo de las normas instauradas.

En el marco del AEIPI-Nut en la atención primaria de salud, se fortaleció las siguientes competencias:

- Comunicación interpersonal; se capacita al personal de salud para que oriente eficazmente a la madre, padre o cuidador del niño:
- Incorporación de los indicadores de Peso/Talla y Talla/Edad para la identificación y seguimiento del estado nutricional
- Incorporación de los nuevos estándares de la OMS.
- Promoción de prácticas nutricionales adecuadas, sobre todo en momentos críticos. Antes para alimentación complementaria se tenían mensajes genéricos, ahora se hace orientación/consejería específica, desde la primera semana de los 6 meses cumplidos, tanto en variedad, frecuencia, cantidad, como consistencia, hasta los 12 meses de edad
- Diagnóstico y tratamiento adecuado de la desnutrición aguda moderada y leve.
- Empleo de suplementos nutricionales como las Chispitas.

- Empleo del alimento terapéutico listo para el uso en casos de desnutrición aguda severa, mientras el niño está en tratamiento en la unidad médica y para casos de desnutrición aguda moderada sin complicaciones.
- Promoción del uso del alimento complementario fortificado a través de los gobiernos municipales.
- Manejo de enfermedades prevalentes como ser la anemia, diarrea y neumonía, y se han actualizado sus conceptos y tratamientos con zinc para el tratamiento de diarrea y baja talla, actualización del manejo de la diarrea, salud oral para la madre y niño, hitos del desarrollo, recomendaciones para referencia a hospital de referencia.
- Manejo de materiales de apoyo: Cuadro de Procedimientos, manuales, fichas, videos, cuadernillo para la madre, lineamientos de monitoreo y evaluación, fichas de monitoreo y base de datos.

5. 6 Consideraciones éticas

Respecto al aspecto ético de la investigación y con el objetivo de respetar los derechos de los participantes, se firmó el consentimiento informado de participar en el estudio en el cuaderno de campo al inicio de la aplicación de las técnicas cualitativa. Para la recolección de la información en los grupos focales antes de iniciar se hace conocer a los participantes los siguientes aspectos¹⁸:

- El propósito de la investigación.
- Los beneficios que se tendrá producto de esta investigación.
- Que la participación es voluntaria y si alguien no desea participar es libre de retirarse.
- Las garantías de confidencialidad, que toda información que se recolecte no será divulgada.
- Los procedimientos de recolección de datos (grabación y video).
- A quien a que dirigirse para hacer preguntas o exponer inquietudes.
- Autonomía.
- No daño.

VI. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

VI. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio seguirá la secuencia establecida para los estudios cualitativos, en ello los autores proponen las siguientes fases y tareas: Fase de reflexión y preparación de la investigación, luego durante el estudio la etapa de entrada y realización del campo finalmente la etapa de salida donde se realiza el análisis de la información obtenida y la redacción del documento final¹⁹.

6.1 Fase de reflexión y preparación del tema de estudio

En esta fase de “reflexión” se llevó a cabo un análisis de la situación actual de la salud en nuestro país Bolivia en cuanto a la salud infantil y las actuales políticas de salud planteadas para mejorar esta situación.

En la actualidad el Ministerio de Salud y Deportes como ente rector del Sistema Nacional de Salud, plantea una meta ambiciosa bajo el lema “Desnutrición Cero hasta el 2010” entre los pilares del éxito planteados para cumplir la meta están centrados en mejorar la alimentación de los lactantes, entonces se prioriza las prácticas de la lactancia materna, alimentación complementaria y dotación del alimento complementario (Nutribebé) a los niños menores de 2 años. Con el propósito de conocer más acerca de la normativa del tema, se realizó la revisión minuciosa de documentación referente al tema de investigación, para ello se acudió a las normas actuales de atención al menor de 5 años para establecimientos de primer nivel de atención (versión 2007), donde se encontró muchas áreas susceptibles a ser investigadas, se decidió tomar en cuenta un área no incluida entre los indicadores de evaluación para medir el impacto de la estrategia AIEPI establecidos por el ente rector y tampoco incluido entre las investigaciones operativas para la estrategia AIEPI promovida por la OMS/OPS, este tema va relacionado a uno de los pilares fundamentales involucrados en la alimentación de un niño(a) menor de dos años, son las acciones desarrolladas por las madres, las cuales son producto de

sus conocimientos, principalmente de sus percepciones (objeto de estudio) y otros factores de tipo cultural involucrados.

También se incluyó la definición conceptual de las variables a estudiar:

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN	DEFINICIÓN DE CATEGORÍAS
Conocimiento	Cualitativa	Conocimiento adquirido por una persona a través de la experiencia o educación, la comprensión teórica y práctica de un tema ²⁰ .	<ul style="list-style-type: none"> • Lactancia materna prolongada • Alimentación complementaria: <ul style="list-style-type: none"> ✓ El inicio de alimentación complementaria ✓ Alimentación complementaria actual: <ul style="list-style-type: none"> – De 6 meses a menores de 1 año – De 1 año a menores de 2 años – Nutribebé – Chispas nutricionales
Prácticas	Cualitativa	Habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad. Realización de una actividad en forma continuada y conforme a sus reglas ²⁰ .	
Percepciones	Cualitativas	La percepción es el proceso de extracción de información de un organismo del medio que lo rodea. ²⁰	

Dado que esta norma de atención es aplicada en el ámbito nacional, se eligió para este estudio un ámbito de intervención con las características esenciales mencionadas por la Organización Mundial de la Salud /Organización Panamericana de la Salud el cual indica que la implementación efectiva de la estrategia AIEPI implica que:

- El Personal de los servicios de salud está capacitado en los contenidos teóricos y prácticos de la aplicación de la estrategia, preferentemente por haber asistido a un curso clínico.
- El servicio de salud en que se desempeña el personal capacitado cuenta con los suministros necesarios para la aplicación de las recomendaciones para la evaluación y el tratamiento de los niños(as).
- El personal de salud tiene la posibilidad de analizar los problemas, dificultades e interrogantes respecto a de la correcta aplicación de la estrategia AIEPI, a través de visitas de seguimiento posteriores a la capacitación, y de supervisiones periódicas, tanto directas como indirectas.
- La comunidad que concurre al servicio de salud tiene acceso a actividades educativas, tanto interpersonales durante la consulta (o antes o después de la misma), como en grupos a través de charla, reuniones u otro tipo de actividades similares.

Al mismo tiempo esta fase de reflexión incluyó en torno a las características de esta población en términos de género, edad, etnicidad, clase social, ocupación, ideología y origen, lo cual permitió considerar todos los aspectos del tema de manera más amplia.

Posterior a la definición del objeto de estudio se empezó con el planteamiento de la pregunta de investigación, objetivos, y estrategias metodológicas a ser necesarias para la ejecución de la investigación.

Paralelamente se tuvo contacto con un consultor experto en el diseño y ejecución de la nueva norma de atención (Dr. Dilberth Cordero), miembro que apoyó el tema de investigación considerando que esta área no fue tomada en cuenta en los resultados esperados a medirse durante la evaluación del impacto de la estrategia AIEPI con sus componentes.

Esta primera etapa tuvo una duración de 2 meses.

6.1.1. Durante el estudio: etapa de entrada y realización del trabajo de campo

Esta etapa consistió en realizar tareas de identificación de personas claves en el ámbito de investigación necesarios para la ejecución del proyecto de investigación, entonces se realizó una reunión con la coordinadora de Red Lotes Servicios de la ciudad de El Alto, debido a que los establecimientos de salud de la red constituyen los puntos de distribución del Nutribebé a madres de niños(as) de 6 meses a menores de 2 años. Se estableció un cronograma de visitas a los establecimientos de salud, donde se tuvo contacto con los directores de los establecimientos de salud y se coordinó las invitaciones a las madres a participar de los grupos focales durante los días de distribución del Nutrí bebé.

Otra de las tareas desarrolladas en esta fase fue la validación del instrumento guía, la misma se desarrollo en fecha 20 de mayo en el área de Yunguyo de la red Lotes y Servicios en un grupo de madres de familia, población similar al grupo de estudio, el objetivo fue aplicar el instrumento guía diseñado inicialmente durante el proyecto de investigación para su posterior análisis y corrección de errores de interpretación de preguntas y evitar sesgos de respuesta durante la aplicación de este guía en el presente estudio; también tuvo el propósito fue cumplir con los requisitos de toda investigación con instrumento.

6.1.1.1 Muestreo cualitativo

La selección de las unidades de análisis se realizó mediante el “muestreo a priori”¹⁷, que consiste en definir las características y la estructura de la muestra antes de la recolección de datos. Hay que destacar que la interpretación a priori no excluye adiciones y cambios en el muestreo a medida que progresa el estudio. La consideración más importante en el muestreo cualitativo es la riqueza o el valor explicativo de los datos. La técnica de selección de la muestra fue homogénea, donde las personas básicamente presentan características similares, por lo que escogió a un grupo de cuidadores primarios usuarios de los servicios de salud que reciben el Nutribebé. Para las entrevistas se eligió a las personas que en los grupos focales no participaron activamente.

6.1.1.2 Técnicas de recolección de datos

Las tres técnicas de recolección de datos cualitativas que se usó durante la investigación son: **discusión en grupo, entrevista a profundidad y la observación.**

1. Grupos de discusión o grupos focales

Una de las técnicas de investigación cualitativa preponderantes son los grupos focales; en ellos se aprovecha la dinámica del grupo el cual permite a los participantes ser guiados por un moderador para alcanzar niveles crecientes de comprensión y profundización de los asuntos fundamentales del tema objeto de estudio. El grupo focal es particularmente útil para explorar los conocimientos, las practicas y las opiniones, no solo con el sentido de examinar lo que la gente piensa sino también como y por que piensa como piensa (Kitzinger, 1995)²¹.

Se caracterizan por incentivar la interacción en grupo el cual fomentara generalmente respuestas más ricas permitirá el aporte de ideas nuevas y originales. Permite la observación que permite obtener un conocimiento de comportamientos, actitudes, lenguaje percepciones del grupo²¹⁻²²

Se realizó 3 grupos de discusión, cada grupo, estuvo conformado por 8 a 10 madres de niños(as) de 6 meses a menores de dos años provenientes del área de intervención.

Al inicio de la fase de recolección de los datos, los “grupos focales”, se consideraron como principal método cualitativo para la recolección, pero, durante el proceso de desarrollo de los grupos focales se identificó los siguientes problemas:

- a) La participación de las madres en los grupos focales estuvo a expensas de cuatro a cinco personas, pese a que se fomentaba la participación de otros(as) participantes.
- b) Se percibió temor por parte de las madres especialmente las madres de “pollera” a hablar acerca del tema, pese a que el tema no es tan confidencial y toma el tema de la alimentación de sus niños.

Durante el análisis y la transcripción de los datos obtenidos se consideró el no uso del video empático, debido a que fue considerado como uno de los factores que no permitía la participación de las madres durante el desarrollo del grupo de discusión.

En subsiguientes grupos focales los problemas identificados continuaron, razón por la que se decidió realizar sólo 3 grupos focales y ampliar con las entrevistas a profundidad.

El instrumento que se utilizó durante el desarrollo de los grupos focales fue la guía de discusión la misma fue validada en dos oportunidades antes de su aplicación (anexos). Para eliminar barreras idiomáticas con los participantes, se utilizó los idiomas castellano y aymará debido a las características sociales y culturales de las madres o cuidadores participantes; finalmente para registrar elementos no verbales, se realizó un video dirigido empático durante los grupos focales.

Con el objetivo de mejorar la comunicación en la recolección de datos durante el desarrollo de los grupos focales y para mayor comodidad de los participantes se hizo uso de 2 utensilios de cocina (plato y cuchara) lo cual ayudó bastante al momento de evaluar prácticas alimentarias, también estos objetos fueron codificados bajo la siguiente numeración plato (1) grande, (2) mediano (3) pequeño) y (1) cuchara (2) cucharilla.

2. Entrevistas en profundidad

Las entrevistas a profundidad o entrevistas individuales al igual que los grupos focales, se caracterizan por una extensa indagación y una serie de preguntas abiertas, pero se realizan individualmente entre la persona entrevistada y un entrevistador.

Las circunstancias específicas en las que constituye una técnica especialmente apropiada cuando el tema de estudio es complejo y un público bien informado, ser un tema delicado, tener un grupo geográficamente disperso.

Esta metodología de la investigación cualitativa (entrevistas a profundidad), fue aplicada para la obtención de datos de los conocimientos, percepciones y prácticas de las madres.

Esta metodología permitió recolectar la mayor cantidad de información con las madres o cuidadores de niños(as), ante las debilidades identificadas en la recolección mediante grupos de discusión.

Durante las entrevistas también se hizo el uso de fotos de los objetos usados durante los grupos focales, que de igual manera fueron codificados, plato (1) grande, (2) mediano (3) pequeño) y (1) cuchara (2) cucharilla. (Anexos)

3. Observación

Fue usada durante el desarrollo de los grupos focales mediante el video empático, para identificar el lenguaje no verbal, pero se constituyó en una barrera durante el desarrollo de los grupos de discusión, razón por la que en actividades siguientes no se aplicó.

La observación permitió identificar el lenguaje no verbal durante las entrevistas a profundidad a las madres, lo cual fue documentado en el libro de campo.

La información obtenida fue ordenada, a partir de ella se realizó el análisis preliminar, el cual permitió determinar si los objetivos fueron cumplidos y posteriormente definir otros métodos de recopilación de datos hasta conseguir el logro de los objetivos.

6.1. 2 Etapa de salida análisis y redacción del documento.

Para esta fase se realizó la revisión y análisis de toda la información obtenida

- Grupos focales con madres de niños(as) menores de 2 años.
- Video de grupos focales.
- Literatura referente al tema de estudio.
- Durante la observación.

- Entrevistas a profundidad.

Para el análisis se realizó como estrategia la triangulación en diferentes tiempos, diferentes sujetos, lugares y ambientes. Este análisis fue sistemático y ordenado, que permitió la elaboración del informe final, que describió el proceso de la investigación, los resultados de la misma, conclusiones y recomendaciones pertinentes.

El objetivo de la triangulación de la metodología cualitativa tiene como fin cumplir los criterios de credibilidad y auditabilidad necesarios para evaluar la calidad científica del estudio cualitativo.²³

VII.- RESULTADOS:

Durante las entrevistas y grupos focales se exploró las siguientes categorías:

- La lactancia materna prolongada (hasta los dos años)
- La alimentación complementaria
 - El inicio de alimentación complementaria
 - Alimentación complementaria actual
 - De 6 meses a menores de 1 año
 - De 1 año a menores de 2 años
 - Nutribebé
 - Chispas nutricionales

7.1. Resultados de grupos focales

Se realizó un total de 3 grupos focales, cada grupo estuvo conformado por 8 a 10 madres de niños(as) de 6 meses a menores de dos años provenientes del área de investigación, haciendo un total de 23 participantes. Antes del inicio de cada grupo focal, de la misma forma que para las entrevistas cada participante se registró y al mismo tiempo se le tomó sus datos generales.

7.1.1. Características sociodemográficas de las participantes en grupos focales

El total de madres que participaron en los grupos focales fueron 23, todas eran madres de niño(as) de 6 meses a menor de 2 años. El promedio de edad fue 32 años. El idioma que habla la mayoría es mixto: castellano aymará, solamente una habla el idioma aymará. Todas las entrevistadas eran amas de casa. 6 de ellas eran cuidadoras de niños menores de 1 año, 17 eran madres de niños mayores de 1 año a menores de 2 años.

7.1.2. Resultados de los 3 grupos focales (23 participantes)

Con respecto a la práctica de inicio de la alimentación complementaria fueron codificados según los objetivos planteados para el estudio (conocimientos, prácticas y percepciones).

Haciendo uso de la guía para el desarrollo de los grupos focales, muchas de las madres contestaban con respuestas cerradas, además se notó cierta incomodidad, entonces para crear un ambiente de confianza se les habló en idioma nativo (aymará), lo que facilitó la comunicación.

7.1.3. CAP de las madres con respecto a la lactancia materna prolongada

Respecto a la lactancia materna prolongada. Algunas madres mencionaron que ellas no dan hasta los 2 años porque creen que sus hijos(as) serán flojos o muy inquietos *Yo no le doy a mi wawa porque me han dicho que las wawas se vuelven flojos o muy tijuas (inquietos).* Algunas mencionaron a sus madres, abuelas, esposos, cuyas opiniones influyen en sus prácticas de alimentación.

7.1.4. CAP de las madres con respecto a la alimentación complementaria de los niños(as)

CONOCIMIENTO	PRACTICAS	PERCEPCIONES
<p>¿A qué edad las wawas deben comer comida?</p> <p>-La mayoría indica a los 6 meses.</p> <p>- 5 meses.</p> <p>- 4 meses.</p>	<p>¿Cuántas veces comen sus wawas?</p> <p>– (2) madres responden 5 veces.</p> <p>– (2) indican 4 veces.</p> <p>– (2) madres indican 3 veces.</p> <p>– (1) indica 2 veces.</p>	<p>¿Por qué las wawas empiezan a comer a esa edad?</p> <p>- Desde esa edad las wawas quieren comer.</p> <p>- A esa edad se dan cuenta, entonces hay que dar vitaminas a las wawas.</p> <p>- Nosotros comemos la wawa quiere comer.</p> <p>- ¡Huevo! no ha de poder hablar, no hay que dar huevo dice mi esposo (madre de niña 1 año).</p> <p>- A mi wawa no le gusta hígado, no quiere comer.</p> <p>Me han dicho que el hígado tiene muchas vitaminas.</p>
<p>¿Para qué sirve la wawamankaña (Nutrí bebé)?</p> <p>Una mayoría de las opiniones menciona</p>	<p>¿Qué alimentos dan a sus wawas?</p> <p>Verduras, papa, zanahoria, repollo, arroz, pescado, huevo.</p> <p><i>La wawamankaña le doy con yogurt, agua hervida 2 veces así me ha dicho la doctora.</i></p>	

<p>indican que es para la alimentación de sus niños(as).</p>	<p>¿Quién prepara la comida? La mayoría de las participantes preparan el alimento de sus niños (as).</p> <p>¿Quién hace comer a sus wawa? - La mayoría de de las madres responde que cada una se encarga de esta labor. Sólo una indica lo contrario. <i>Mi hija come solita.</i></p> <p>¿Cuánto o qué cantidad de comida come su wawa? - La mayoría señala el objeto No 2 (plato mediano). - (5) señala el objeto No 3 (plato pequeño).</p> <p>¿Cuántas cucharas o cucharillas comen sus wawas? - 3 cucharillas</p> <p>¿Cómo beneficia las chispas al niño? - En el grupo focal No1 (4) de las participantes reconoce las chispas cuando se les muestra el sobre e indican que son vitaminas.</p>	<p>¿Por qué damos chispas a nuestras wawas?</p> <p>-Una mayoría de las madres indica que sirven para el tratamiento de enfermedades como ser la desnutrición, gripe u otros.</p> <p><i>- La doctora me ha dicho que es para que no le de enfermedades, gripe.</i></p> <p><i>- Yo le daba a mi wawa porque estaba desnutrido.</i></p> <p><i>- Tiene vitaminas para las wawas.</i></p>
--	---	---

Otro factor presente durante los grupos focales y que no permitió recolectar la información adecuadamente fue que las madres se encontraban ansiosas y con sus niños pequeños, ya que

la mayoría no tiene con quien dejarlos a cuidado en casa, este factor provocó tensión por el llanto e inquietud de algunos niños durante el grupo focal.

7.2. Resultados de las entrevistas a profundidad

Se realizaron 33 entrevistas a profundidad.

7.2.1. Características sociodemográficas de las participantes en las entrevistas

Antes del inicio de cada entrevista, cada participante se registró y al mismo tiempo se le tomó sus datos generales, esto con el objetivo de describir sus características sociodemográficas.

La mayoría de los cuidadores primarios fueron las madres, el promedio de edad de las participantes fue de 35 años, la mayoría habla castellano y aymarará, unas cuantas sólo castellano y sólo una castellano y quechua. La ocupación de la mayoría de amas de casa, habiendo 8 que se dedicaban al comercio informal, 7 profesionales, 4 estudiantes de universidad o colegio, y 3 dependen de sus padres; 31 madres saben leer y escribir y 2 no. 15 eran madres de niños menores de 1 año y 18 eran madres de niños mayores de 1 año a menores de 2 años.

7.2.2. CAP de las madres con respecto a la lactancia materna

Los resultados fueron codificados según los objetivos planteados para el estudio (conocimientos, prácticas y percepciones) y se indican los comentarios textuales relevantes de las participantes:

CONOCIMIENTO	PRACTICAS	PERCEPCIONES
<p>¿Hasta qué edad damos el pecho a las wawas?</p> <ul style="list-style-type: none"> - (16 madres) hasta los 1 año y medio. - (1 madre) 9 meses. -(8 madres) hasta 1 año. - (8 madres) hasta 2 años 	<p>¿Quiénes dan leche a sus wawas? ¿Por qué?</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Porque así me dicen las señoras.</i> - <i>Para que no se enferme, mi mama igual me ha dicho.</i> <p>Hasta los 9 meses como</p>	<p>¿Por qué le das el pecho hasta esa edad?</p> <p>Las madres mencionan que sólo se debe dar hasta los 1 y medio años.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Después de esta edad la leche cambia de color y a no es</i>

	<p>refuerzo.</p> <p>- Porque como ya come tengo poca leche</p> <p>Hasta los 1 año de edad</p> <p>- Porque así me ha dicho el doctor del hospital.</p> <p>- Se escuchar hablar así a las mamas.</p> <p>Porque ya me he embarazado.</p> <p>Hasta los 2 años.</p> <p>- Para que se formen los huesos, además pueden ser débiles.</p> <p>- Para que sea bien nutrido.</p> <p>- Así me ha dicho el doctor.</p>	<p>nutritivo.</p> <p>- Yo no creo que hasta los 1 año se haga lactar, máximo 1 año y medio, porque la leche ya es agua no mas, ya no tiene vitaminas.</p> <p>- Le doy poco, como la wawa ya come, ya tengo poca leche y se va secando.</p>
--	---	--

7.2.3. CAP de las madres con respecto al inicio de la alimentación complementaria:

CONOCIMIENTO	PRACTICAS	PERCEPCIONES
<p>¿Desde qué edad damos comida a los niños (as)?</p> <p>- La mayoría (18 madres) menciona a los 6 meses.</p> <p>- (4 madres) a los 9 meses.</p> <p>- (2) a los 8 meses.</p> <p>- (1) a los 7 meses.</p> <p>- (2) a los cuatro meses.</p> <p>- (2) 5 meses</p> <p>- (3) a los 3 meses.</p>	<p>- La mayoría manifiesta que inició la alimentación a los 6 meses.</p> <p>- 9 indican antes de los 6 meses</p> <p>¿Qué alimentos o comidas empezaste a darle?</p> <p>- La mayoría de las madres indican que iniciaron con gelatina, calditos, maicena,</p>	<p>¿Por qué damos comida a los niños (as) a esa edad?</p> <p>- Parte de las madres indican que iniciaron su alimentación de su niño(a) porque percibían que el niño(a) deseaba el alimento “<i>se antoja la wawa</i>” los alimentos que la familia por eso iniciaron la alimentación antes de los 6</p>

	<p>sopitas claritas, zapallo, galletitas, yogurt, mandarina, leche, papilla de manzana y plátano.</p> <p>- Mi bebe empezó a comer a los 6 meses, le llevado al doctor, y él me ha dicho que tengo que dar papillas, cosas suaves que pueda tragar y he comenzado con yogurt, gelatina, zapallo.</p> <p>- He empezado a dar pescado a los 8 meses, naranjas a los 6 meses, es que las mamás las suegras me dicen hay que darle</p>	<p>meses.</p> <p>- Yo le he dado a mi wawa porque cundo yo comía me agarraba la cuchara entonces la wawa se antoja”</p> <p>- una de ellas indica que le dio al 1er año, porque Cuando le dí comida, la wawa rechazaba el alimento y desde entonces sólo le doy mi leche.</p>
--	---	--

7.2.4. CAP de las madres con respecto a la alimentación complementaria actual, de 6 meses a menores de 1 año.

CONOCIMIENTO	PRACTICAS	PERCEPCIONES
<p>¿Cuántas veces debe comer su wawa?</p> <p>- 3 veces. - 5 veces</p> <p>¿Para qué sirve la wawamankaña (Nutri bebé)?</p> <p>- Me han dicho que es nutritivo para la wawa. - Para su nutrición es, me han dicho.</p>	<p>¿Qué alimentos damos a los niños?</p> <p>Té con pan, avena con leche. Sopa de verduras, chuño, arroz, fideo, pescado, huevo duro, queso. Otros: gelatina, yogurt Carnes: Pollo, llama, vaca. Verduras: habas, repollo, acelga, lechuga. Frutas: manzana, plátano, papaya , mandarina, naranja</p>	<p><i>Le doy wawamankaña, he visto que lo ha hecho engordar, le hizo vomitar me dijeron que eso es bueno (vómito).</i></p> <p>¿Por qué damos chispas a las wawas?</p> <p>Una gran mayoría de las madres indican que es para que crezca.</p>

<p>¿Desde qué edad damos la leche Wawamakana o Nutri bebé a las wawas?, ¿cuántas veces al día? ¿Por qué?</p> <p>- Una mayoría indica desde que empieza a comer la wawa y mencionan diferentes edades 6 meses, 1 año hasta dos años.</p>	<p>¿Con cuchara o cucharilla?</p> <p>La mayoría alimenta a su niño(a) con cucharilla.</p> <p>(1) <i>A veces mi esposo pero más yo le hago comer.</i></p> <p>¿Cuántas cucharas o cucharillas comen su wawas?</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>5 cucharillas.</i> - <i>No he contado cuantas cucharillas pero le hago comer con cucharilla.</i> - <i>La wawamankaña le doy día por medio, porque a veces no quiere, en la mañana y a veces en la tarde.</i> <p>¿Cómo beneficia las chispas al niño? ¿Por qué?</p> <p>Se le muestra la foto</p> <p>La mayoría de las madres menciona que es una vitamina no especifican para qué sirve.</p>	
--	---	--

7.2.5. CAP de las madres con respecto a la alimentación complementaria actual de 1 año a menores de 2 años.

CONOCIMIENTO	PRACTICAS	PERCEPCIONES
¿Cuántas veces debe comer su wawa?	¿Qué alimentos damos a los niños?	¿Qué alimentos no le gusta dar a su wawa?

<p>– 4 veces, pero el doctor me ha dicho 5.</p> <p>– Generalmente 5 veces.</p> <p>¿Cómo beneficia las chispas al niño? ¿Por qué damos a nuestras wawas?</p> <p>Son vitaminas para los niños.</p> <p><i>Yo le di a mi wawa 30 pero luego a no le gustó las vitaminas así que ya no le di.</i></p>	<p>– Gelatina con galletas, plátano o manzana raspada, sopita, galletas, papaya.</p> <p>– Pan con chocolate.</p> <p>– Sopa de quinua</p> <p><i>Sopa de quinua, mayormente eso le gusta, pura sopa le doy.</i></p> <p>– Papillas de papa, camote, zanahoria.</p> <p>– Frutas: plátano, mandarina, sandia, papaya.</p> <p>¿Con cuchara o cucharilla hace comer a la wawa?</p> <p>La mayoría (30 madres) indican que hacer comer con la cucharilla.</p> <p>¿Cuántas cucharas o cucharillas comen su wawa?</p> <p>- (1 madre) 15 cucharas.</p> <p>-(1 madre) más o menos 12 cucharillas.</p> <p>(1) 8 cucharas</p> <p>- Una mayoría de las madres indica no contar la cantidad de cucharas o cucharillas.</p> <p><i>-No podría decir cuantas cucharas, pero come hasta la</i></p>	<p>5 madres no dan alimentos como hígado o huevo, porque la introducción de estos alimentos provocaría que el niño(a) no desarrollara su lenguaje.</p> <p><i>Mi mamá me ha dicho que si le doy hígado mi wawa no va poder hablar.</i></p> <p><i>Le hecho comer hígado de pollo, pero rechaza no quiere, llora.</i></p> <p>¿Porque damos chispas?</p> <p><i>Una mayoría de las madres para que sea fuerte la wawa.</i></p>
---	---	--

	<p><i>mitad de su plato.</i></p> <p>¿Quién le da de comer?</p> <p>La mayoría indica que ellas personalmente hacen comer a sus niños(as).</p> <p>- (1) <i>conmigo come.</i></p> <p>¿Cuánto o que cantidad de comida come su wawa?</p> <p>- La mayoría señala el objeto No 2 (plato mediano).</p> <p>- 3 señalan el objeto No 3 (plato pequeño).</p>	
--	---	--

7.3 Resultados de la observación

La observación permitió ver los aspectos como:

- Ver que las madres toman más confianza cuando se les pregunta en el idioma aymará.
- Tomando el contexto cultural de las participantes por su condición de mujeres de pollera y vestido la información fue casi similar.

VIII.DISCUSIÓN

VIII.DISCUSIÓN

Es claro que uno de los principales desafíos planteados dentro de las actuales políticas nacionales en tema de salud, corresponde a erradicar la desnutrición en el territorio boliviano, para cumplir este objetivo el programa sectorial Desnutrición cero, ha establecido tres resultados para el sector salud prioritaria que deben ser alcanzadas hasta el 2010:

1. Promoción del alimento complementario o Nutribebé para niños(as) de 6 meses a menores de 2 años, y de mujeres embarazadas desnutridas, la suplementación y el consumo de alimentos fortificados con micro nutrientes.
2. Mejora de prácticas de alimentación de cuidado de los niños(as) menores de 5 años.
3. Se ha fortalecido la capacidad institucional para la atención nutricional y de las enfermedades prevalentes de los niños(as) menores de cinco años.

Tomando en cuenta estos resultados, los mismos deben ser materializados por el sector salud o sistema de salud mediante diferentes actividades. Podemos definir que el presente estudio se exploró el primero y segundo, o sea prácticas alimentarias, micro nutrientes (chispas nutricionales) y alimento complementario (Nutribebé).

La triangulación²⁵ de las técnicas de recolección de datos: grupos focales, entrevistas a profundidad y la observación, permitió el análisis de los resultados.

LACTANCIA MATERNA

El conocimiento por parte de las madres acerca de la lactancia y el inicio del destete son importantes desde el punto de vista de la salud infantil, porque permiten conocer en qué momento los niños empiezan a ser expuestos al riesgo de contraer ciertas enfermedades por ingerir agua, que generalmente no es de buena calidad, u otras sustancias o alimentos sin tomar las precauciones adecuadas.

UNICEF, OMS y las Normas nacionales de atención al menor de cinco años recomiendan que los niños reciban lactancia exclusiva (sin líquidos o sólidos complementarios) durante los primeros seis meses de vida y que se les dé alimentación complementaria (sólida o semisólida) a partir del sexto mes continuando la lactancia hasta los 2 años.

En los resultados observamos que la mayoría de las entrevistadas no cumple con la lactancia materna prolongada (25 de 33 entrevistadas).

- **El conocimiento** de las madres acerca de la edad exacta hasta la que se debe continuar la lactancia materna no es claro, la mayoría de las madres mencionaron diferentes edades de destete antes de los dos años de edad, como promedio en el presente estudio fue de 15 meses; según resultados publicados en la encuesta de demografía y salud (ENDSA 2008) 18,8 meses.
- Para la **práctica** de la lactancia materna prolongada existe influencia de la sociedad ya que las entrevistadas toman como punto de referencia, para hacer o no hacer, a sus madres, suegras o a recomendaciones de sus pares (*Porque así me dicen las señoras, Se escuchar hablar así a las mamás*) pero también algunas de las madres que cumplen con la práctica tuvieron la influencia del personal de salud (*Para que se formen los huesos,..... Para que sea bien nutrido.....así me ha dicho el doctor*).
- **Las percepciones** de las madres acerca de la lactancia materna prolongada se encuentran influenciadas por las características que presenta la leche materna, muchas madres deciden continuar o no con la lactancia por esta causa (*Yo no creo que hasta los 1 año se haga lactar, máximo 1 año y medio, porque la leche ya es agua no mas, ya no tiene vitaminas*), también existe creencias culturales acerca de continuar con la lactancia materna hasta los dos años... *Yo no le doy a mi wawa porque me han dicho que las wawas se vuelven flojos o muy tijuas (inquietos).. así mi mamá sabe decir ...*

Los conocimientos, prácticas y las percepciones de la lactancia materna prolongada en la red Lotes y Servicios de la ciudad de El Alto se encuentra influenciada por múltiples integrantes de la comunidad, debido a que existe diversas creencias sobre la lactancia materna, las mismas instauradas culturalmente por años, creencias transmitidas de generación en generación; ello

amerita realizar mayor exploración en esta población emigrante del área rural, para trabajar posteriormente en ellas.

La actual política de salud oficial “Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI)”, apoyará estos procesos de integración de la participación social e interculturalidad en la salud, pero aun hasta la conclusión del presente estudio este modelo no era claramente entendido por el personal de salud.

En los servicios de salud del ámbito de investigación la norma de atención al menor de cinco años (AIEPI nut) viene implementándose durante dos años y será preciso ver los resultados en tres años para evaluar el impacto de la aplicación, además otro de los problemas identificados es la continua rotación del personal de salud que como consecuencia no permite identificarse con las características culturales de sus usuarios para brindar una atención de calidad.

Alimentación complementaria

En la alimentación complementaria de los niños(as), observamos que el conocimiento sobre la edad específica de inicio de introducción de alimentos no está clara, tomando en cuenta la actual norma de atención al menor de cinco años (AIEPI nut clínico) establece que debe ser a partir de los 6 meses, en los resultados encontramos una divergencia de opiniones acerca de esta edad, el promedio encontrado en el presente estudio es de 5 meses; de acuerdo a los resultados de la ENDSA 2008 es de 3,5 meses.

Es importante establecer que la alimentación complementaria en lactantes es prioritaria ya que el inicio temprano o tardío de la alimentación viene asociada a múltiples complicaciones como ser la desnutrición y enfermedades prevalentes.

La práctica de inicio de la alimentación depende muchas veces de la percepción de las madres con respecto al deseo de alimentarse de sus niños(as).... *Se antoja la wawa (madre que inicio a los 5 mese)... Yo le he dado a mi wawa porque cuando yo comía me agarraba la cuchara entonces la wawa se antoja (madre que inicio a sus 4 meses).* También hay madres que retrasaron este inicio de alimentación debido a que percibieron que sus niños(as) evitan alimentarse, una madre indica

lo siguiente.... *Cuando le dí comida, la wawa rechazaba el alimento y desde entonces solo le doy mi leche (madre que inicio la alimentación complementaria a los 8 meses)*, esta última percepción de la madre se trata de un reflejo que presentan normalmente los lactantes de esta edad.

Tomando en cuenta la triangulación de datos de las metodologías empleadas, también vemos que estos conocimientos y percepciones se presentaron tanto en los grupos focales como en las entrevistas a profundidad.

Las Prácticas Apropriadas de Niños y Niñas e Infantes incluyen la lactancia materna hasta los dos años, la introducción de alimentos sólidos y semisólidos a la edad de 6 meses, y un incremento gradual en la cantidad del alimento dado y en la frecuencia de alimentación mientras el niño o la niña crece. Un niño o niña promedio saludable que lacta debe recibir alimentos sólidos y semisólidos 2-3 veces al día a las edades de 6-8 meses y 3-4 veces al día a las edades 9-23 meses, adicionando una pequeña merienda 1-2 veces por día.

Una nutrición apropiada incluye alimentar a los niños y niñas con una diversidad de alimentos que aseguren se llenen los requisitos de nutrientes. Diversos estudios han mostrado que alimentos complementarios basados en plantas por sí mismos no son suficientes para suplir las necesidades de ciertos micronutrientes para algunos niños y niñas (OMS/UNICEF, 1998). De manera que se aconseja que los niños coman carne, aves, pescado, o huevos diariamente, o tan frecuentemente como sea posible.

En el presente estudio las prácticas de alimentación en cuanto a frecuencia y empleo de alimentos, la mayoría de las madres utilizan diferentes alimentos entre ellos verduras, cereales, tubérculos y frutas, usando la combinación de estos en papillas como lo indica la norma, pero también se debe mencionar que algunos de estos alimentos no son permitidos para menores de 1 año de acuerdo a la norma entre ellos las frutas cítricas, huevo, pescado, yogurt, gelatina que son los no permitidos pero más usados especialmente para iniciar la alimentación, una madre decía... *He empezado a dar pescado a los 8 meses, naranjas a los 6 meses, es que las mamas las suegras me dicen hay que darle...*, en ello evidenciamos la influencia del núcleo familiar con los que convive a diario.

Otra práctica a tomar en cuenta es la alimentación con cucharilla y no con cuchara como lo indica la norma, por ser más práctico para las madres, además no se realiza el recuento de la cantidad, sólo se guían por el deseo de sus hijos a alimentarse, algunas utilizan como medida los platos de sus niños y la cantidad de cucharones que sirven a sus wawas.

Al ser una población emigrante del área rural, la movilidad geográfica permitió a las madres tener acceso a diversos productos existentes en el mercado urbano; entre estos, productos elaborados industrialmente, transgénicos y muchos de ellos con conservantes y de uso fácil, lo cual asociado a la desorientación en prácticas saludables de alimentación hacen fácilmente su uso durante la alimentación de los lactantes. De esta manera se produce el cambio del consumo de alimentos nativos naturalmente elaborados y producidos en su comunidad por alimentos no saludables.

NUTRIBEBE

El alimento complementario o Nutribebé, promovida por las actuales normas de atención y subvencionada por recursos procedente de IDH; tenemos que la mayoría de las madres no tienen un conocimiento claro acerca de los beneficios de este alimento ni de la edad exacta donde la madre debe solicitar este producto, tiene la percepción que es sólo para niños que tienen peso bajo, en la práctica existe un mal preparado del alimento ya que son administrados en forma líquida y en frecuencia no recomendada de día por medio. De acuerdo a la norma el Nutribebé debe ser dotado a las madres de niño(as) a partir de los 6 meses hasta los 2 años, administrado como merienda en forma de papilla 2 veces al día.

Hablamos de un producto que es elaborado industrialmente, autorizado por el Ministerio de Salud y distribuido por los gobiernos municipales; una crítica a este alimento es con respecto a uno elemento de su composición “leche entera”, lo cual de acuerdo a la norma es prohibido hasta los 1 año de edad, de esta manera existe una contradicción con las recomendaciones alimentarias del menor de 1 año establecidas de acuerdo a la norma.

MICRONUTRIENTES

Los programas de alimentos generalmente contemplan la fortificación en cuatro micronutrientes que producen las deficiencias nutricionales de mayor trascendencia en los grupos vulnerables de la población: el yodo en la sal; el hierro y el ácido fólico en la harina; y la vitamina A en el azúcar.

En el presente estudio el conocimiento de las madres acerca de los beneficios y usos de las chispas nutricionales, la mayoría los desconocen; sin embargo las conocen como vitaminas que curan enfermedades, de acuerdo a la norma todo niño(a) debe recibir 60 sobres gratuitamente cada año previa orientación, una madre decía... *Yo le di a mi wawa 30 pero luego ya no le gustó las vitaminas así que ya no le di,....*

Hablamos de madres con nivel de instrucción en su mayoría básica e intermedia, muchas de ellas subestimadas por el personal de salud porque no se les indica claramente que es para prevenir la anemia y/o curar la anemia, tampoco se les menciona los efectos negativos en el desarrollo neurológico de los niños(as) en ausencia de este micronutriente, razones por la que el producto no es demandado en los servicios de salud. En Bolivia hace más de diez años que se desarrolla la suplementación de este micronutriente, pero en la actualidad continúan las prevalencias de anemia, 61% según la ENDSA 2008.

IX. CONCLUSIONES

Las conclusiones están organizadas bajo los objetivos que se formuló al inicio de esta investigación y en base a las dimensiones exploradas: lactancia materna prolongada, alimentación complementaria y uso de micronutrientes:

Lactancia materna:

Se concluye que los conocimientos acerca de la lactancia materna prolongada en los cuidadores primarios no está claramente establecido; su práctica es desarrollada en base a la influencia de grupos de la sociedad principalmente madres, abuelas, suegras, mientras que las percepciones se basan en las características físicas de la leche.

Alimentación complementaria:

Se determinó que las prácticas de alimentación de los cuidadores primarios con respecto a la alimentación de los niños(as) de 6 a 24 meses de edad, difieren con relación a su conocimiento varias de las madres que participaron en el estudio durante la entrevista a profundidad mencionaron prácticas diferentes a las que mencionaron durante la evaluación de conocimientos y percepciones; sin embargo se debe mencionar que muchas madres inician la alimentación sin orientación previa acerca de alimentos que inciden a mediano o largo plazo en la salud de sus niños, como ser el uso de alimentos alergénicos antes de los 1 años de edad. Los conocimientos acerca de la edad exacta de inicio de alimentación es desconocido por algunas madres, en la práctica usan alimentos no recomendados en la norma y en base a la experiencia de cuidado y alimentación en anteriores hijos en madres con más de un hijo mientras que los cuidadores primarios con su primer hijo y madres adolescentes son influenciadas por sus esposos, madres, abuelas otros grupos de la sociedad.

Existen percepciones al inicio de la alimentación complementaria y en el tipo de alimento a ser administrado al niño(a).

Nutribebé/ Micronutrientes

Por otra parte el conocimiento de los beneficios del Nutribebé y chispas nutricionales en las madres o cuidadores primarios es casi nulo, razón por la que muchas madres no demandan estos productos a los servicios de salud y en algunos casos donde fueron ofertados por el personal de salud no terminaron con la dosis total de administración.

En la práctica no son correctamente administradas y existe una errada percepción acerca de sus beneficios.

Los conocimientos, prácticas y las percepciones de los cuidadores primarios, acerca de las prácticas de alimentación de los niño(a) de 6 a 24 meses de edad, presentan gran influencia de su entorno familiar y social.

X. RECOMENDACIONES

La alimentación complementaria está relacionada con aspectos culturales, sociales y económicos, incluyendo la disponibilidad y acceso a alimentos inocuos y de alta calidad. Para lograr una alimentación complementaria adecuada y oportuna, el componente educativo e informativo -en especial la consejería hacia las madres, padres y otros cuidadores del niño- es fundamental en la Atención Primaria en Salud. Dentro de este componente, es necesario adecuar, simplificar y dosificar los mensajes e incorporar el componente de identidad cultural local por lo que se recomienda focalizar en la calidad, cantidad, frecuencia, densidad, tipo de alimentos y oportunidad de la alimentación.

Se están implementado programas sociales que incluyen como uno de sus componentes la alimentación infantil mediante la entrega del alimento complementario (nutribebe), en los cuales se destina la mayoría de los fondos para la producción, adquisición y/o distribución de estos productos. Sin embargo, no se destinan recursos para el desarrollo de estrategias e intervenciones de información, educación y comunicación social, particularmente para promover la consejería, lo que permitiría potenciar la inversión. Tampoco se destinan los recursos necesarios para el monitoreo y la evaluación de estos programas. Por lo tanto, se recomienda asegurar una línea presupuestaria –al formular los programas- para la consejería en lactancia materna y alimentación complementaria al igual que para acciones de monitoreo y evaluación, dándole la misma prioridad que a la entrega del producto.

Se requiere un abordaje integral para disminuir la deficiencia de hierro y la anemia, al igual que otras deficiencias de micro nutrientes debido al rol que tiene fundamentalmente el hierro en el desarrollo cognitivo e intelectual óptimo desde la primera etapa de la vida, así como el impacto negativo que su deficiencia causa en el desarrollo mental, el aprendizaje y la productividad. En nuestro país en la actualidad se incorporan diversas estrategias, como la suplementación con hierro mediante las chipas nutricionales; pero se debe poner énfasis en la promoción del consumo de alimentos ricos en hierro y otros micronutrientes.

Para garantizar la sostenibilidad de las intervenciones se necesita crear y/o fortalecer la demanda de la población hacia los servicios de salud y nutrición, a través de una estrategia de comunicación social; inclusión del enfoque intercultural; perspectiva de género y participación comunitaria, para contribuir al mejoramiento de prácticas de salud y nutrición del menor de 2 años en el ámbito familiar y comunitario. Se sugiere involucrar a los medios de comunicación masivos.

Se requiere incluir acciones a favor de la nutrición a los responsables de salud del niño. Me refiero no solo a personal de salud (nutricionistas, médicos y enfermeras), sino es de prioridad incluir a los otros sectores y actores de la sociedad para lograr la integración desarrollando alianzas con otros grupos de la sociedad (clubes de madres), abuelas u otros grupos para un mejor alcance de la información respecto a la alimentación de los niño(as) menores de 2 años y de esta manera aclarar mitos existentes en la sociedad acerca de la alimentación de niños (as) de 6 meses a menores de 2 años.

Desarrollar investigaciones similares en poblaciones cautivas y dependientes de las diferentes cajas de salud, familias que son beneficiarias del subsidio de lactancia, para definir sus practicas de alimentación y también se incluya los aspectos acerca de la calidad de los productos dotados del subsidio.

Desarrollar investigaciones que fortalezcan las prácticas de lactancia materna prolongada hasta los dos años de edad; en el presente estudio se identifico la necesidad de identificar el volumen de leche que produce una madre en este grupo poblacional, ello permitirá tomar medidas para mejorar la alimentación en el menor de 2 años.

Establecer alianzas con grupos organizados de la sociedad como ser los colegios profesionales de salud para fortalecer el trabajo se viene desarrollando.

Desarrollar evaluaciones cualitativas en los servicios de atención, para verificar si los mensajes dados por el personal de salud fueron claramente entendidos.

XI ADMINISTRACIÓN Y PRESUPUESTO

XI ADMINISTRACIÓN Y PRESUPUESTO

11.1. Cronograma

OBJETIVO	ACTIVIDAD	Gestión 2010 (meses)						
		4	5	6	7	8	9	10
Formulación del proyecto	Formulación pregunta, objetivos	X						
	Desarrollo del marco conceptual	X						
	Búsqueda de la literatura		X					
	Diseño de investigación		X					
Elaboración de cartas a autoridad locales.	Contacto con autoridades locales y regionales.		X					
Conformación del equipo de los grupos focales	Selección de participantes.			X				
	Aplicación del instrumento guía para grupo focal.			X				
	Validación de guías			X				
Realización de grupos focales.	Mediciones físicas y muestras de sangre			X				
Elaboración de resultados de los resultados.	Transcripción.				X			
Análisis de los datos	Limpieza de los datos				X			
	Análisis cualitativo				X			
	Análisis de asociación con transcriptores.				X	X		
Presentación de los resultados	Confeción de resultados en metodología cualitativa						X	
Difusión de los resultados	Publicación							X

11.2. Presupuesto

RUBROS	COSTOS (bs)
Material escritorio	200.-
Equipos audiovisuales	1000.-
Alimentación	300.-

XII BIBLIOGRAFÍA

XII.BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud, Programa Mundial de Alimentos, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. “Alimentación y Nutrición del niño pequeño: Memoria de la Reunión Subregional de los Países de Sudamérica, 2-4 diciembre 2008. Lima, Perú”. Washington, DC; 2009.
2. Leiva B y Col. Algunas consideraciones sobre el impacto de la desnutrición en el desarrollo cerebral, inteligencia y rendimiento escolar. Arch Latinoam Nutr 2001.p 64 – 71.
3. Programa Mundial de Alimentos (PMA) de las Naciones Unidas. El costo del Hambre en Bolivia Impacto Social Económico de la Desnutrición. Bolivia 2009.
4. Aguilar AM, Oller MC, Bacallao J. Encuesta Nacional de Nutrición según Niveles de Vulnerabilidad a la Inseguridad Alimentaria. Publicación 34. La Paz-Bolivia: Editora Presencia 2007.
5. Bolivia, Instituto Nacional de Estadística, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008.
6. Aguilar AM. Programa “Desnutrición Cero”, primera edición, La Paz, Bolivia; 18 de junio 2007.
7. Benguigui Y, Bossio JC, Fernández HR. Investigaciones operativas sobre Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia – AIEPI -, Serie HCT/AIEPI-27.E-2000, Washington, DC, EE.UU. Abril 2001.
8. Zalles J. Crespo, Mantilla J. Salud Familiar Comunitario Intercultural. Serie documentos técnico normativos. La Paz Bolivia 2007.
9. Cordero D, Mejía M, Cornejo C, Ramírez N, Manual del facilitador de las Unidades nutricionales integrales, publicación 4, La Paz – Bolivia ;2007.

10. Cordero D, Mejía M, Cornejo C, Ramírez N. Cuadro de procedimiento de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia en el marco de la meta desnutrición cero AIEPI nut, 4ed, La Paz – Bolivia; 2007.
11. Cordero D, Mejía M, Mansilla G, Mejía H. AIEPI nut Clínico Bases Técnicas, Publicación 96. La Paz Bolivia: Editora Presencia; 2008.
12. La Fuente L, Siñani J, Tenorio A, Gonzales O. Manual del agente comunitario de salud. Publicación 101, serie: Documentos técnicos normativos. La Paz, Bolivia; 2009.
13. OPS/OMS, Estrategias de comunicación para la salud integral en la infancia, serie OPS/FCH/CA/05.13.E Organización Panamericana de la Salud, D.C., 2005.
14. Ley 3460, de fomento a la lactancia materna comercialización de sus sucedáneos, 15 de agosto del 2006.
15. Erazo G y col. percepción de usuarias del programa de atención integral a la mujer, área urbana, Danli, El Paraíso, Honduras, I semestre 2004, ocotal, Nueva Segovia, Agosto 2004.
16. Rojas C. y col. Características del consumo y aporte de energía y nutrientes de una papilla a la dieta de niños de 6 a 36 meses de edad beneficiarios de un programa de complementación alimentaría Perú. Revista Medicina Experimental de Salud Pública 2004; 21: 118-125.
17. INE (instituto Nacional de Estadística), estadística Municipio El Alto 2007. No24.
18. Ulin PR, Robinsón ET, Tolley EE, Investigación aplicada en salud pública métodos cualitativos, publicación científica y técnica No 614, Washington D. C: OPS, 2006.
19. Valles M, Técnicas de investigación social. Reflexión metodológica y practica profesional. Madrid 20. Síntesis, pp. 82.
20. Diccionario manual de la lengua española Vox 2007, Larouse Editorial, S.L.
21. Viloro J. crear, saber conocer; siglo XXI Editores, México DF, 1982.
22. Debus M. Manual para Excelencia en la Investigación Mediante Grupos Focales. Washinton, DC: Academia para el Desarrollo Educativo HEALTCOM: 1986.
23. Petrucci M. La Agenda de la Opinión Publica a través de la Discusión Grupal Una Técnica de Investigación Cualitativa: el grupo focal. P. 77-89.
24. Calderón C. Criterios de Calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario. Rev. Esp. Salud Pública 2002;76: 473-482.

25. Bilbao I y col .Diez Aportaciones del Empleo de la Metodología Cualitativa en una Auditoria de Comunicación Interna en la Atención Primaria. Rev. Esp. Salud Pública 2002; 76: 483-492.
26. Amezcua M. y col. Los Modos de Análisis en Investigación Cualitativa en Salud: Perspectiva crítica y Reflexiones en Voz Alta; Rev. Esp. Salud Pública 2002; 76: 423-436.

XIII. ANEXOS

ANEXO 1

GUÍA PARA DESARROLLO DE GRUPO DE DISCUSION Y ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD CON MADRES O CUIDADORES DE NIÑOS(AS) MENORES DE DOS AÑOS EL ALTO.

GUIA VALIDADA 1 (fecha 20 de mayo 2009)

Área: Yunguyo

Participantes: 10 madres de familia.

La validación del instrumento guía, fue realiza en fecha 20 de mayo en el área de Yunguyo de la red Lotes y Servicios en un grupo de madres de familia, población similar al grupo de estudio, el objetivo fue aplicar el instrumento guía diseñado inicialmente durante el proyecto de investigación para su posterior análisis y corrección de errores de interpretación de preguntas y evitar sesgos de respuesta durante la aplicación de este guía en el presente estudio. Para el diseño y revisión del instrumento se recurrió a expertos con experiencia en el desarrollo de grupos focales Dr. Dilberth Cordero Valdivia (Medico pediatra MPH) y Dr. Ronald Gutiérrez (medico especialista en salud infantil), por falta de disponibilidad de tiempo por parte de los expertos no fue posible su presencia en campo.

1. Introducción.

- **Presentación de la moderadora y relatora:** Mi nombre es Ruth Coaquira. El Motivo de esta sesión es para conocer sus conocimientos, actitudes y percepciones que ustedes como madres o cuidadores de niños menores de dos años acerca de la práctica de alimentación en el distrito municipal VIII, el objetivo es rescatar las opiniones que ustedes tienen sobre este tema y además esto nos servirá para mejorar la atención en los centros de salud de la ciudad de El Alto.

- **Explicación de las reglas:** Toda información que proporcionan es absolutamente confidencial. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Esta sesión durará sesenta minutos. No necesitan que se les dé la palabra para opinar, pero hablen uno a la vez. Todo lo que digan es muy importante. Siéntanse lo más cómodamente posible para hablar.
- **Presentación de los participantes:** A través de la dinámica grupal conociéndonos.

1.- ¿Quiénes dan leche a sus wawas? ¿Hasta qué edad damos el pecho a las wawas?

2.- ¿Qué alimentos damos a los niños y desde que edad y porque?

3.- ¿Cuántas veces al día damos comida a las wawas ? ¿Por qué?

4.- ¿Desde qué edad damos la leche Wawamakana o Nutrí bebé a las wawas?, ¿cuántas veces al día? ¿Por qué?

5.- ¿Quién prepara la comida de la wawa?, ¿quién le da de comer? ¿Qué cantidad y ¿por qué?

6.- ¿Cómo beneficia las chipas al niño? ¿Por qué?