Consejo de Salud Rural Andino
Regional El Alto

Red de Salud Senkata

Sistematización del Proyecto:
"*Mejoramiento del estado nutricional de niños y niñas de la ciudad de El Alto, Bolivia*"



Una experiencia de prevención de la desnutrición en el marco de la SAFCI y las determinantes sociales de la desnutrición.

Versión, Febrero 2011
Ramiro Llanque Torrez

Tabla de contenido

PRESENTACION 4

MODULO I: GENERALIDADES 5
1. CONSIDERACIONES INICIALES 5
1.1. Porque no se ha conseguido aún la Salud Para Todos? 5
1.2. Mitos acerca de la nutrición 6
1.3. La necesidad de un abordaje individual 7
1.4. Prevención vs rehabilitación: Un cambio de enfoque 7
2. MARCO POLITICO PROGRAMÁTICO 8
2.1. El Programa Desnutrición Cero (PDC) 8
2.2. La política de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI) 10
3. LA METODOLOGÍA CON BASE CENSAL ORIENTADA AL IMPACTO (MBCOI) 13
3.1. Objetivo de la MBCOI 13
3.2. Porque se utilizó la MBCOI 14
3.3. Pasos de la MBCOI 15
4. EL PDC EN EL AREA DE SENKATA 17

MODULO II: QUIENES IMPLEMENTARON EL PROYECTO 18
1. Organización de los recursos humanos 18
2. Estructura del recurso humano para la implementación del Proyecto 18
3. Perfil del Agente Comunitario para la implementación del SAFCI (ACS) 19
4. Capacitación básica del Recurso Humano 20

MODULO III: COMO SE IMPLEMENTÓ EL PROYECTO 23
1. ESQUEMA GENERAL DE IMPLEMENTACIÓN 23
2. PROCEDIMIENTOS CLAVE 24
2.1. ESTABLEZCA UN VÍNCULO DE CONFIANZA ENTRE EL PROGRAMA Y LA COMUNIDAD 24
2.2. DIAGNÓSTICO: ESTABLEZCA LOS PROBLEMAS DE SALUD MAS FRECUENTES, GRAVES, PREVENIBLES O TRATABLES E IDENTIFIQUE LAS PERSONAS CON MAYOR RIESGO DE ENFERMAR O MORIR 27
2.2.1 Diagnóstico Inicial Comunitario y Familiar 27
2.2.2 Retroalimentación del diagnóstico Inicial 37
2.3. CONCENTRE SUS ESFUERZOS EN LOS PROBLEMAS DE SALUD MÁS PRIORITARIOS Y EN LAS PERSONAS CON MAYOR RIESGO DE ENFERMAR O MORIR 39
2.3.1. Análisis Participativo de los resultados del censo y Planificación Conjunta 39
2.3.2. Atención de las familias y sus niños en el marco del PDC y la política SAFCI 40

2.3.3. Instancias de atención de las familias 42
2.3.4. Las Visitas Domiciliarias 43
2.3.5. Tipos de Visita Domiciliaria 44
2.3.6. Las Visitas Rutinarias 44
2.3.7. Visitas de Seguimiento 50
2.3.8. Actividades y tareas clave para el desarrollo de las visitas domiciliarias 51
2.3.9. La atención a partir de actividades en concentración 63
2.3.10. La atención desde el establecimiento de salud 64
2.4. MONITOREE Y EVALÚE LOS RESULTADOS, EFECTOS E IMPACTO DEL PROGRAMA 65
2.4.1. MONITOREO DEL PROYECTO 65
a) Acompañamiento 65
b) Gestión de la información. El Sistema de Información de Vigilancia Comunitaria Nutricional (S.I.V.CO.N) 66

PRESENTACION

El Programa Desnutrición Cero (PDC) y la política de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (SAFCI) enfatizan la importancia de la Atención Primaria en Salud cambiando el enfoque de atención en salud asistencialista a un enfoque que aborda las determinantes sociales de la salud o causas de las causas.

Del año 2008 al 2011 el Consejo de Salud Rural Andino (CSRA) implementó, de manera conjunta con el Centro de Salud y la Gerencia de Red de Senkata, un proyecto de mejoramiento nutricional, con enfoque preventivo abordando las determinantes sociales familiares y comunitarias que influyen en la salud y nutrición de los niños, en el área de Senkata parte de la Gerencia de Red del Distrito 8, con apoyo financiero y técnico del Banco Interamericano de Desarrollo (BID)

En esta experiencia se aplicaron los procedimientos y herramientas clave de la Metodología con Base Censal Orientada al Impacto (MBCOI) del CSRA que han servido para la operativización de los principios y objetivos del componente de atención y gestión de la SAFCI. Aplicando la SAFCI se ha logrado identificar y controlar algunos factores de riesgo de salud y sociales familiares potenciales de provocar desnutrición en los niños.

Este documento describe de manera general el *cómo* y *quienes* hicieron posible este proyecto.

Durante el proceso se desarrollaron algunas herramientas técnicas e informáticas que se disponen en este documento y que en conjunto pretenden complementar los esfuerzos de operativización de las actuales políticas nacionales de salud.

El Alto, Febrero 2011

Dra. Irma Condori
Directora CSRA Regional El Alto

MODULO I: GENERALIDADES

1. CONSIDERACIONES INICIALES

1.1. Porque no se ha conseguido aún la Salud Para Todos?



La Declaración de Alma Ata es el mayor pronunciamiento internacional en salud que hasta ahora haya tenido lugar en el mundo. Después de más de 30 años, sigue siendo el marco en el que se reconocen y confluyen la mayor parte de quienes luchan por el derecho a la salud de los pueblos[1]. Alma Ata proclama que la Atención Primaria de la Salud (APS) es la clave para lograr salud para todos los pueblos del mundo en el tiempo de una generación.

En los años siguientes a Alma Ata, muchos países en todos los continentes hicieron progresos extraordinarios en la implementación de la APS. Sin embargo, cuatro factores relacionados entre sí, contribuyeron para que muchos de los logros se fueran perdiendo: 1) Durante los ochenta, con los programas de ajuste estructural de la economía, la reducción del tamaño del Estado y el cambio de su rol, y los noventa con las reformas sectoriales, comienza una era de privatizaciones que afectó la estructura del sector salud considerando a la salud como un bien a adquirir en el mercado. 2) En muchos países se opusieron al llamado a la democratización en salud que realiza Alma Ata. 3) En muchos lugares se distorsiona, el sentido que Alma Ata le dio al término “atención primaria”, que quiere decir esencial, y se le asignó el significado de lo elemental, y que da sustento a los paquetes de servicios basados en la atención primaria selectiva, que contó con gran financiamiento y apoyo de varios organismos internacionales[2]. “La definición original de APS con frecuencia se olvida o se tergiversa, como ocurre en las sucesivas ediciones de la llamada APS selectiva, que termina siendo una pobre atención para los pobres. 4) Y tal vez la distorsión que más se observa es la que reduce a la APS al primer nivel de atención, a una atención médica primaria, sin promover la integración del sistema de servicios de salud ni en los diferentes niveles de complejidad, ni incorporando la acción intersectorial o la comunidad como sujeto de cogestión.

[1] La Conferencia Internacional de Alma Ata, en donde se firmó la Declaración sobre Atención Primaria de la Salud, fue convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF, se desarrolló entre el 6 y el 12 de septiembre de 1978, y contó con la participación de delegados de 134 gobiernos y 67 representantes de agencias de las Naciones Unidas y ONGs que venían trabajando con la OMS. Esta Conferencia es el corolario del trabajo iniciado en la 28 Asamblea Mundial de la Salud de la OMS realizada en 1975 y en la que las ideas del entonces Director de la OMS, Dr. Halfdan Mahler, sobre la necesidad de promover una profunda transformación de los sistemas de salud, ganaron apoyo entre la mayor parte de los delegados.

[2] Tejada de Rivero, David: Alma Ata 25 años después, en. Revista de la OPS, Vol 8 No. 2003

1.2. Mitos acerca de la nutrición

Los factores más importantes que provocan desnutrición son el insuficiente conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna exclusiva, las prácticas de alimentación complementaria y la función de los micronutrientes y los problemas que afectan a las madres durante el embarazo. Sin embargo y contrariamente a lo que se suele creer, la desnutrición no es simplemente resultado de la inseguridad alimentaria, muchos niños provenientes de ambientes que gozan de seguridad alimentaria y de familias que no son pobres tienen un peso inferior al normal o presentan retraso del crecimiento, debido a: la alimentación y atención inapropiadas de los lactantes, el acceso deficiente a los servicios de atención de salud, las malas condiciones de saneamiento o a otros factores que afectan al cuidador de los niños como el alcoholismo, la violencia basada en género, entre otros[3].

Entonces, cuando se implementa un programa para combatir la desnutrición es importante despojarse de algunas barreras de pensamiento o mitos acerca de la nutrición:

Primer mito: La malnutrición es, más que nada, un problema de ingesta insuficiente de alimentos. ***No es así!***

Naturalmente, la alimentación es importante, pero las formas más graves de malnutrición obedecen a malas condiciones de saneamiento y enfermedades, que provocan diarrea, especialmente entre los niños más pequeños. La condición y la educación de la mujer son muy importantes a la hora de mejorar la nutrición (Jolly 1996).



Segundo mito: La malnutrición es un problema estructural que se soluciona con medidas orientadas a la reducción de la pobreza y el progreso económico. ***También esto no es completamente cierto!***

Son aspectos importantes, pero no es posible saltar etapas del proceso! (Jolly 1996).

Tercer mito: El sector salud no tiene la capacidad de resolver los aspectos estructurales que tienen que ver con la nutrición. ***Falso también!***

Si bien para resolver aspectos estructurales como el saneamiento, la violencia, el alcoholismo, se requieren de políticas y esfuerzos que van más allá del sector salud, a través de un trabajo individualizado con las familias donde prime un fuerte vínculo de confianza se pueden dar los pasos iniciales de mejora de estos problemas (CSRA, 2010)

[3] Serie de The Lancet sobre desnutrición materno-infantil



1.3. La necesidad de un abordaje individual

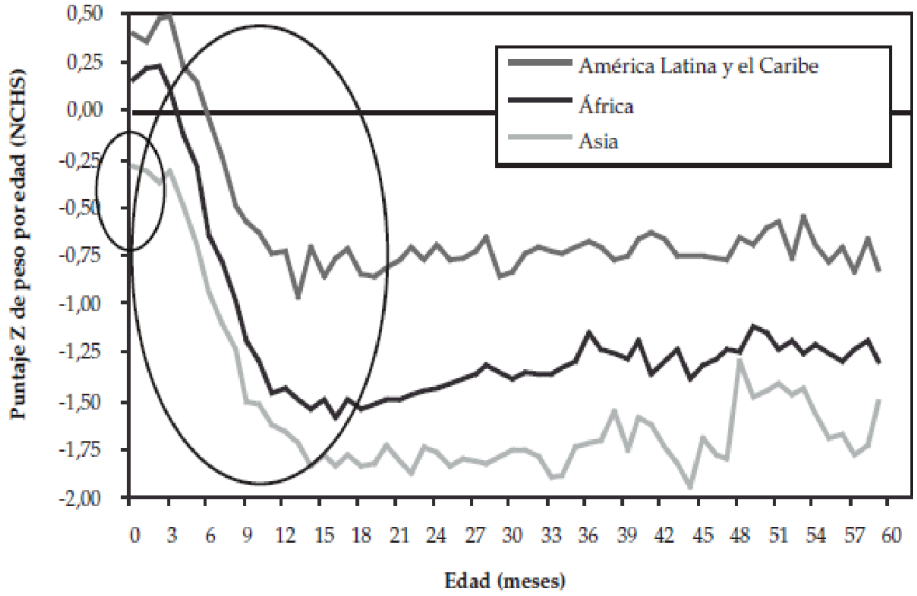
La familia y la comunidad inciden directamente en la dinámica de la población, influyen en el desencadenamiento de la enfermedad y en las decisiones acerca de la utilización de los servicios de salud, al tiempo que se constituyen en la más efectiva fuente de apoyo ante los eventos de salud, enfermedad y muerte. Existe una estrecha relación del funcionamiento familiar como factor predisponente o coadyuvante en la producción y curso de diversas enfermedades y problemas de salud en sus integrantes (Robitschek.1999).

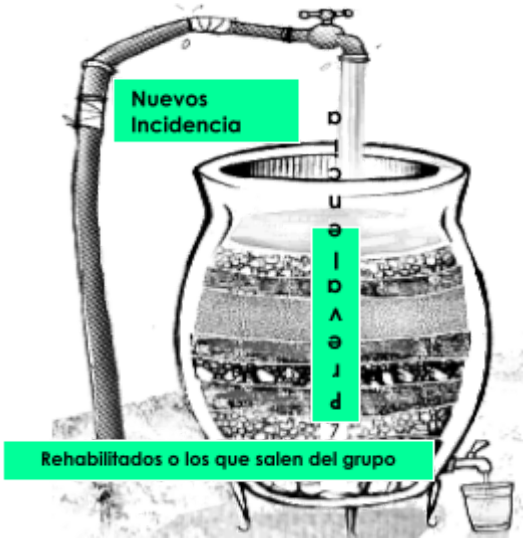
Es bien conocido que varios factores o determinantes familiares y/o comunitarios están relacionados con la nutrición de la familia: factores sociales, económicos, culturales, de conocimiento, etc. En países en desarrollo muchos de estos factores conviven con las familias y son causantes de la aparición o la posible aparición de la desnutrición, pero es fundamental entender que cada familia es un caso diferente, que en cada familia estos factores se combinan de diferente manera y casi nunca esta combinación es similar. Esto es una razón más que suficiente para entender porque es necesario un abordaje individual (familiar) para controlar los riesgos que pueden provocar desnutrición.

1.4. Prevención vs rehabilitación: Un cambio de enfoque

Los estudios sobre nutrición enfatizan en los efectos y consecuencias graves de una mala nutrición temprana. El crecimiento físico, el desarrollo cerebral y la formación del capital humano se ven afectados durante ese lapso, los daños en el desarrollo cerebral, la inteligencia, las posibilidades de beneficiarse de la educación y la productividad son, en gran medida, irreversibles.

La oportunidad de mejorar la nutrición se presenta durante un breve período: desde antes del embarazo hasta los dos primeros años de vida del niño. De ahí que las intervenciones deben orientarse a aprovechar esa oportunidad. Toda inversión que se realice después de este período crítico tiene muchas menos probabilidades de mejorar la nutrición. (Shrimpton y colaboradores 2001). Entonces, si bien es importante trabajar con programas de detección y rehabilitación de niños desnutridos es mucho más efectivo trabajar en prevención de la desnutrición.





La prevalencia en nutrición representa la proporción de niños de una determinada población que presentan desnutrición en un momento o en un período determinado.

De esa manera, bajo un enfoque preventivo, la prevalencia llega a disminuir si es que se han promovido acciones que han permitido controlar los factores que estaban poniendo en riesgo a los niños, evitando que ingresen a la condición de desnutrición.

La combinación de prevención con enfoque familiar y la detección temprana del riesgo para controlar el mismo representa una forma efectiva de disminuir las tasas de desnutrición en los países en desarrollo. (Revalorización del papel fundamental de la nutrición para el desarrollo. Banco Mundial 2006)

2. MARCO POLITICO PROGRAMÁTICO

2.1. El Programa Desnutrición Cero (PDC)

La erradicación de la desnutrición es una prioridad del Gobierno actual, constituye una de las metas globales del Plan Nacional de Desarrollo (PND) y del Plan Sectorial del Ministerio de Salud y Deportes (MSD) y es condición para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, a los cuales Bolivia se ha comprometido.

El MSD ha asumido la responsabilidad técnica y política de la erradicación de la desnutrición en el país y, básicamente se encuentra encaminado en dos tipos de esfuerzos; por un lado, impulsar el Programa en su dimensión multisectorial (Programa Multisectorial Desnutrición Cero), realizando acciones y propuestas para que otros sectores del país se comprometan y realicen esfuerzos para erradicar la desnutrición y, por otro lado, impulsando el Programa de Desnutrición desde el sector salud con un enfoque de derechos humanos.

Desnutrición Cero
Para que nuestros niños y niñas crezcan hasta alcanzar sus sueños

El Programa Multisectorial Desnutrición Cero fue lanzado oficialmente en Junio de 2007 bajo el liderazgo del MSD. El Programa es implementado bajo la responsabilidad política del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN) y conformado por nueve ministerios (Presidencia, Planificación del Desarrollo, Hacienda, Desarrollo Rural, Agropecuario y Medio Ambiente, Salud y Deportes, Educación y Culturas, Producción y Microempresa,

Agua y Justicia). El MSD tiene el rol de Secretaría Técnica, no solamente debe coordinar con los ocho Ministerios sino también con los niveles de gobiernos descentralizados; municipios y prefecturas.

Los resultados estratégicos del PDC son:

RESULTADO 1: Se ha fortalecido la participación comunitaria, mediante las redes sociales y actores sociales, en la promoción de hábitos prácticas nutricionales de mujeres, recién nacidos y niños(as) menores de 5 años, con interculturalidad.

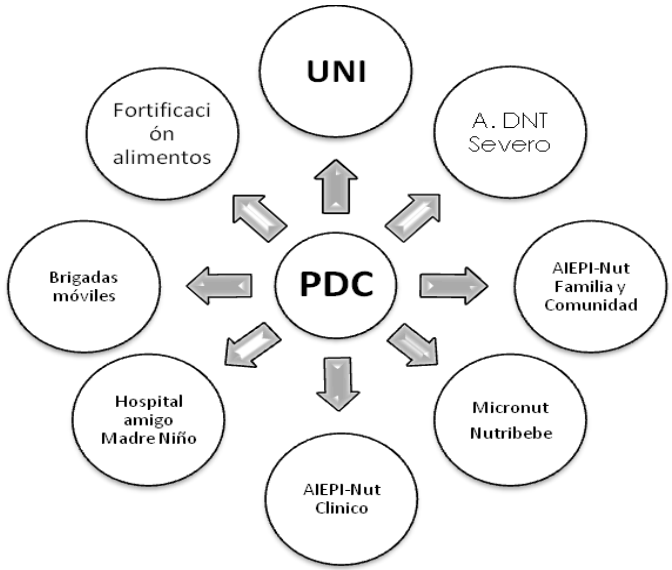
RESULTADO 2: Han disminuido en la población objetivo las deficiencias nutricionales de micronutrientes, aplicando estrategias de suplementación, fortificación y alimentos complementarios.

RESULTADO 3: Fortalecida la capacidad de gestión a nivel nacional, departamental y de las redes de salud en cuanto a la atención integral, nutricional y enfermedades prevalentes de mujeres, recién nacidos y niños(as) menores de 5 años.

RESULTADO 4: Fortalecida la capacidad de vigilancia nutricional a nivel nacional, departamental, de redes de salud y de la comunidad.

El Programa viene trabajando sobre intervenciones claves que pretenden, desde varios ámbitos de salud y nutrición, hacer un trabajo integral.

En el gráfico adjunto se presenta un resumen de las intervenciones más importantes:



Una de las principales estrategias del PDC es la implementación de las Unidades de Nutrición Integral (UNI) en las Redes de Salud de todo el país.
Se pretende que las Unidades de Nutrición Integral, conformadas por equipos de profesionales altamente calificados para enfrentar la problemática nutricional de la niñez y de las embarazadas, desempeñen un rol decisivo en la promoción de prácticas nutricionales de alto impacto, prevención y tratamiento de la desnutrición.

2.2. La política de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI)



La Salud Familiar Comunitaria Intercultural se constituye en la estrategia para lograr el Vivir Bien de las personas, las familias y las comunidades de Bolivia en el marco de las determinantes de la salud.

La SAFCI refleja la política pública del MSD que busca la aplicación de la salud familiar y comunitaria. Esta política busca que la persona, la familia y la comunidad tengan acceso a prestaciones de salud que no se enfoquen únicamente hacia la enfermedad sino, más bien, hacia su relación con la familia, con la comunidad y su entorno, respetando y valorando sus prácticas tradicionales y participando en la toma de decisiones sobre cómo quieren mejorar su salud.

La política SAFCI busca que el derecho a la salud y la vida se ejerza como un derecho social, garantizado por el Estado.

Sus ejes transversales son: Participación Social; Interculturalidad; Integralidad e Intersectorialidad. La principal estrategia es la Promoción de la Salud.

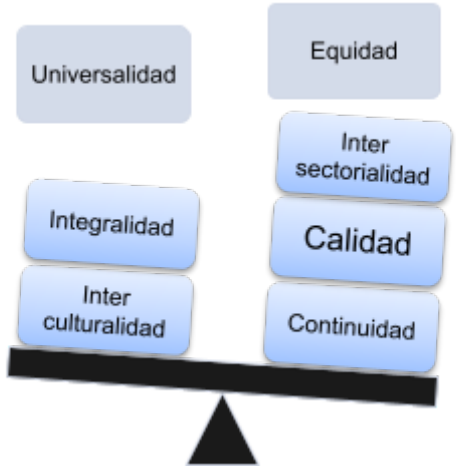
Sus objetivos son: a) Extremar esfuerzos para eliminar toda forma de exclusión social; b) Profundizar la participación social en la gestión Compartida; c) Brindar servicios de calidad para la persona, la familia y la comunidad, promoviendo la articulación de la medicina occidental con la medicina de los pueblos indígenas.



Tiene dos componentes básicos:

La política SAFCI define el componente de atención como *"…el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación de manera eficaz eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio".*

El componente de atención: Tiene los siguientes principios:



- La Universalidad
- La Equidad
- La Inter sectorialidad
- La Integralidad
- La Calidad
- La Continuidad y
- La Interculturalidad

Descansa a su vez en al menos 9 ejes de intervención, de los cuales entre otros están:

a) La Carpetización.
b) La Elaboración de un mapa de riesgo.
c) La Prevención y atención integral (En lo referente al PDC: AIEPI, manejo del desnutrido moderado, las UNI, etc.)
d) La prestación con enfoque de red (de carácter horizontal), con las siguientes características:

Identificar las condiciones de las determinantes de salud de las personas, las familias y las comunidades promoviendo acciones intersectoriales
Enfocarse al riesgo individual, familiar y comunitario
Ofrecer y dar servicios de calidad, logrando la satisfacción de las personas, familias y comunidades, basadas en una atención Integral (promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación), atención Integrada (interrelación e interactuación entre todas las partes del sistema), atención continua (de información, de relación).
Incluir acciones de promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación con carácter integral e intercultural en el establecimiento, en la familia y en la comunidad, teniendo como instrumentos la carpeta familiar y el expediente clínico, el Modulo de Información Básico, el diagnóstico situacional, la investigación participativa, la organización y movilización comunal o barrial, protocolos de atención, guías de la gestión participativa y control social, entre otros.
Establecer mecanismos de referencia y retorno entre la atención biomédica, indígena originaria campesina y otras, en la red de servicios y entre los establecimientos de salud mediante vínculos personales e institucionales, como principales elementos para asegurar la organización de la atención, su integralidad y la continuidad de la misma para la solución de los problemas.
Generar relaciones de confianza entre el equipo de salud y personas, familias y comunidad, a partir de la continuidad de la atención.

El Componente de Gestión participativa y control social en salud

La implementación del modelo de gestión SAFCI implica contar con comunidades que dispongan de Autoridades Locales de Salud (ALS) que desarrollen actividades de Gestión Participativa en Salud, los mismos que deben integrarse en la conformación y el funcionamiento de los Comités Locales de Salud (CLS). Además, los ALS deben gestionar apropiadamente los **intereses sanitarios de**

las comunidades que representan en los Consejos Sociales Municipales (CSM). Esta instancia reviste particular importancia porque es en su seno que se deciden las políticas municipales sanitarias enmarcadas en las nuevas leyes municipales y el concepto descentralización de la salud. Esta estructura de actores sociales de la SAFCI coadyuva a reducción de la exclusión social en salud y garantiza el ejercicio del derecho a la salud de toda la población. Permite elaborar e implementar programas, planes y estrategias de promoción, encaminado a combatir las determinantes de la salud.



3. LA METODOLOGÍA CON BASE CENSAL ORIENTADA AL IMPACTO (MBCOI)

La Metodología con Base Censal Orientada al Impacto (MBCOI) es una tecnología basada en los principios de la Atención Primaria en Salud y en la Salud Familiar y Comunitaria que permite al personal de salud entender mejor, tratar más efectivamente y medir con mayor precisión los resultados y el impacto de las causas más comunes de enfermedad y muerte.



Que quiere decir "entender mejor": Los problemas de salud varían considerablemente de país a país, de departamento a departamento, de comunidad a comunidad y hasta de familia a familia, por lo tanto es necesario conocer exactamente los patrones que causan enfermedad y muerte y sus causas subyacentes, es decir establecer un diagnóstico completo para así dar un tratamiento efectivo. En ese marco, el contacto con las familias en su propio entorno es primordial para establecer este diagnóstico y de ahí se puede entender que los centros de salud con protocolos clínicos y de tratamiento bien elaborados no son suficientes para resolver todos los problemas de las personas que acuden a las unidades de servicio.

Que quiere decir "tratar en forma más efectiva": Las familias no utilizan un servicio de salud cuando se presenta algún problema por diferentes motivos: Porque no tienen conocimiento sobre los signos y síntomas de una determinada enfermedad, o porque piensan que no van a poder pagar por el servicio de salud o porque no están seguros si el servicio de salud les va a solucionar su problema o finalmente porque no confían en el proveedor de salud o porque piensan que van a recibir mal trato. El enfoque con la MBCOI a partir de su diagnóstico inicial intenta superar estas barreras porque identifica específicamente las razones de porque las familias no utilizan los servicios de salud y establece planes específicos de intervención priorizando a familias de "alto riesgo".

Que quiere decir "medir con precisión resultados e impacto": La MBCOI permite medir con mayor exactitud los resultados del programa porque se basa en un censo o conteo de la población lo que permite contar con un "denominador" exacto para la medición de los indicadores.

De esa manera la MBCOI asegura: 1) Que los siempre escasos recursos se canalicen y prioricen hacia las causas más comunes de enfermedad y muertes prevenibles; 2) Que los servicios de salud sean brindados con prioridad (equidad) a las poblaciones que más los necesitan y 3) Que el resultado e impacto sean medidos con precisión.

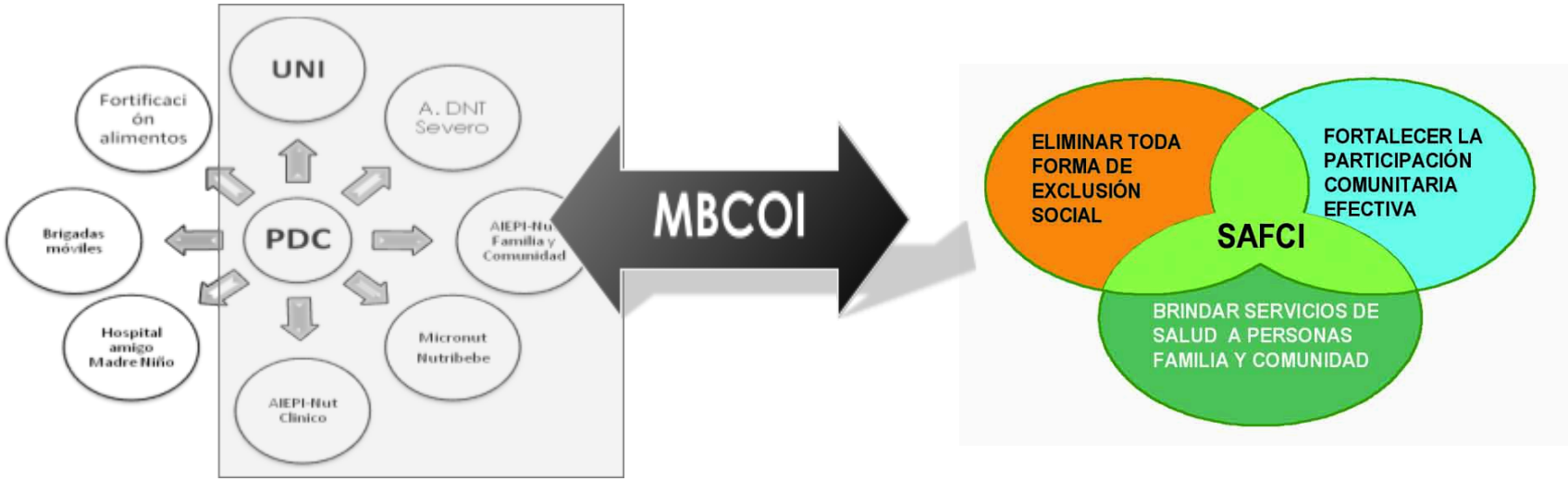
3.1. Objetivo de la MBCOI

Conocer los problemas de salud mas graves, frecuentes, prevenibles y/o tratables en la población y quienes son las personas con mayor riesgo de enfermar y/o morir, e incidir en estos problemas a través de acciones del personal de salud con la comunidad.

3.2. Porque se utilizó la MBCOI

La MBCOI representa un conjunto de procedimientos y herramientas probadas que garantizarán la operativización de los principios y objetivos del componente de atención y gestión de la SAFCI y de estrategias especificas del

En ese marco no se trata de una estrategia o programa paralelo sino más bien una forma o herramienta sistemática.



Como se ve en el gráfico, la MBCOI con su enfoque familiar y comunitario asegura la implementación de las estrategias AIEPI Nut clínico y de la Familia y la Comunidad, la atención del desnutrido grave facilitando su detección temprana y referencia, la distribución sistemática de los micro nutrientes y finalmente apoya y complementa la labor de las UNI.

En relación a la SAFCI en su componente de atención, la MBCOI promueve:

- ✔ *El desarrollo de un diagnóstico inicial comunitario y familiar que orienta las actividades del personal de salud.*
- ✔ *Cada familia durante el diagnostico recibe un folder donde se registra información sobre la situación de salud de la familia y los factores de riesgo que se identificaron en el inicio y durante el desarrollo de las actividades.*
- ✔ *A partir de esta información de base el personal de salud elabora un plan familiar de intervención.*
- ✔ *Luego se inicia un proceso de contacto familiar sistemático, principalmente a partir de visitas a las casas de las familias, lo que permite hacer seguimiento de los problemas o factores identificados durante el diagnóstico e identificar otros que pueden estar o pueden en el futuro afectar la salud de la familia.*
- ✔ *Durante las visitas domiciliarias también se detectan nacimientos, muertes y migraciones que se registran permanentemente y que permiten actualizar la población.*

✔ *Toda esta información es sistematizada electrónicamente para facilitar la disponibilidad de información al nivel del establecimiento de salud y de las autoridades municipales y vecinales para facilitar procesos de análisis participativos.*

3.3. Pasos de la MBCOI

La MBCOI se compone de 4 pasos macro, cada uno de los cuales incluye actividades y tareas clave:



I. ESTABLEZCA UN VÍNCULO DE CONFIANZA CON LAS FAMILIAS Y LA COMUNIDAD

Establecer una relación de confianza significa conseguir legitimidad dentro de la comunidad, entre sus autoridades y en las familias a quienes se esta beneficiando. Desde el punto de vista operativo el desafío es construir una relación cercana, de “amistad” entre el personal de salud que implementa el programa y los actores locales para iniciar un proceso que busque co responsabilidad y compromiso compartido individual o comunitario. Al nivel familiar la confianza mutua es requisito clave para que el programa se pueda implementar y pueda progresar; es fundamental para que exista cambio y/o reforzamiento de comportamientos saludables y es necesario para evitar rechazo al programa.

Este paso esta descrito como el primero, sin embargo en la práctica transcurre por todas las etapas del proceso, porque el mismo resulta en la generalidad de los casos de un acercamiento permanente y prolongado entre el programa y las familias y otros actores locales.

II. DIAGNOSTICO: Establezca los problemas de salud más frecuentes, graves, prevenibles o tratables e identifique quienes son las personas con mayor riesgos de enfermar o morir.

La efectividad de un programa esta directamente relacionada a su pertinencia, en ese marco, los programas que tienen enfoque familiar requieren de un diagnóstico inicial como paso primordial antes de iniciar la implementación del programa. El diagnóstico debe ser general que recoja información sobre la situación de salud del conjunto de la población beneficiaria pero también y especialmente información al nivel individual o familiar que permita entender la situación de salud de cada familia, identificar los factores específicos que la están influyendo, así como también los recursos existentes disponibles, base fundamental para establecer un plan individual de apoyo. Implementar actividades sin contar con un diagnóstico completo previo disminuye las posibilidades de efectividad del programa. La familia y la comunidad son entidades dinámicas sujetas a permanentes cambios, razón suficiente para pensar que el diagnostico en si es algo dinámico que demanda tiempo y que por otro lado esta sujeto a permanentes cambios.

III. IMPLEMENTACION: Concentre sus esfuerzos en los problemas de salud más prioritarios y en las personas con mayor riesgo de enfermar o morir.

Implementación se refiere al conjunto de servicios de salud que se proveen a la comunidad. Estos servicios se brindan a través de actividades en el establecimiento de salud o de actividades de extensión de servicios de salud hacia las familias en los barrios y/o comunidades, como las visitas domiciliarias o las actividades en concentración. Para cualquier forma de provisión de servicios, a MBCOI considera y propone un principio clave en este paso que es la priorización, concentración o enfoque, considerando los pocos recursos con los que cuentan los servicios para la implementación de las actividades. Esta priorización puede aplicarse para las personas o familias, "*algunas personas o familias requieren los servicios mas que otras*", puede aplicarse en el diagnostico inicial, "*algunos problemas de salud requieren mas atención que otros*" o incluso dentro de las familias priorizadas, "*algunos conocimientos y/o prácticas son mas prioritarias que otros*".

La implementación de las actividades requiere de pasos de planificación previos que la MBCOI promueve con participación activa de los actores locales y a partir de la socialización de los resultados del diagnóstico inicial.

IV. EVALUACION: Monitoree y evalúe los resultados, efectos e impacto del programa

El monitoreo y la medición de los resultados, efecto e impacto del programa son aspectos cruciales de la MBCOI. El monitoreo considera la medición de indicadores de proceso y la verificación de la calidad de los procesos. La evaluación se realiza periódicamente a partir de la medición y análisis de indicadores de proceso, efecto e impacto por lo meno trimestralmente. Una veza cada año se realiza una evaluación de efectos y del impacto a partir de la medición de la morbilidad, la mortalidad y a partir de indicadores socio demográficos. La evaluación es participativa y a partir de ella se procede a realizar un re diagnóstico de la situación de salud de la comunidad donde se esta interviniendo.

4. EL PDC EN EL AREA DE SENKATA

La Red de Salud de Senkata del Distrito Municipal 8 de la ciudad de El Alto está conformada por 5 establecimientos de primer nivel atendidos por médicos generales, licenciadas de enfermería y auxiliares de enfermería. El Centro de Salud de Senkata es uno de esos 5 centros, considerado de referencia dentro del Distrito debido a que cuenta con un laboratorio básico y 24 horas de atención, con internación de partos normales.

El Proyecto de Mejoramiento Nutricional con enfoque familiar del CSRA fue implementado para fortalecer la implementación del PDC en el área de salud de Senkata a partir del año 2008. Se promovió la capacitación y reforzamiento de todo el personal de salud en el AIEPI Nut Clínico y el de la Familia y la Comunidad, el AIEPI Neonatal, se adquirió instrumentos de antropometría y equipos de computación entre otros insumos.

El MSD contrató a una nutricionista para la Unidad de Nutrición Integral (UNI), aunque todavía no cuenta con infraestructura propia para funcionar. El Hospital de Referencia para casos de enfermedad es el Hospital Holandés y los niños con desnutrición aguda moderada y grave son referidos al Centro Albina Patiño.

Dentro del área de Senkata el Proyecto del CSRA implementó contacto regular con familias a través de visitas domiciliarias y actividades grupales en un área considerable de más de 9.000 habitantes en 16 urbanizaciones peri urbanas. Esta área a su vez fue sub dividida en 6 Sub áreas atendidas cada una de ellas por un auxiliar de enfermería. El Proyecto del CSRA se inició en Marzo del 2008 y hasta el momento se ha logrado disminuir la prevalencia de desnutrición en niños menores de 2 años de 29% (línea de base 2008) a 23%[4].



[4] Sistema de Información. CSRA, 2010

MODULO II: QUIENES IMPLEMENTARON EL PROYECTO

Este módulo explica inicialmente, de manera general, el recurso humano que participó de este proyecto, sin embargo luego enfatiza en el perfil y rol del personal de salud que promovió contacto familiar y que representó el valor agregado del proyecto.



1. Organización de los recursos humanos

La política SAFCI establece que el trabajo del equipo de salud debe incluir acciones dentro del establecimiento de salud y en la comunidad para otorgar atención a personas y familias mediante actividades de promoción, prevención y tratamiento con enfoque inter cultural.

El personal del centro de salud de Senkata ha estado encargado de la atención en el Establecimiento de Salud. Debido a la alta demanda de pacientes el personal de este establecimiento atiende las 24 horas, con imposibilidad de realizar actividades en la comunidad. Por esa razón, durante el desarrollo del Proyecto se contrataron recursos humanos adicionales (especialmente los auxiliares de enfermería y un supervisor técnico) con recursos del Proyecto, para que se hagan cargo de las actividades en comunidad, básicamente para el contacto con las familias, (visitas domiciliarias y actividades con grupos de madres y/o cuidadores). Estos auxiliares de enfermería fueron denominados Agentes Comunitarios para la implementación del SAFCI (ACS).

La Unidad de Nutrición Integral (UNI) tiene base en el establecimiento de salud, aunque sus acciones se han llevado a cabo tanto en el establecimiento como en la comunidad. Una Nutricionista fue designada para el trabajo en la UNI, con quien los ACS han estado coordinando las acciones de promoción y prevención.

La estrategia para asegurar continuidad de la atención a las familias (en el centro de salud y las visitas domiciliarias) fue un sistema informático que vincula la información que desarrollan los ACS en la comunidad con las atenciones realizadas en el establecimiento de salud. Este sistema informático consolida la información de las carpetas familiares que están a cargo de los ACS con las historias clínicas del establecimiento de salud. De esta manera tanto el personal SAFCI como el personal del establecimiento de salud conocen las acciones de salud que se han realizado tanto en la visita domiciliaria como en el establecimiento de salud. De esta manera se conocen los diagnósticos de salud y sociales de cada familia. (En la sección Monitoreo y Evaluación se describe el sistema informático)

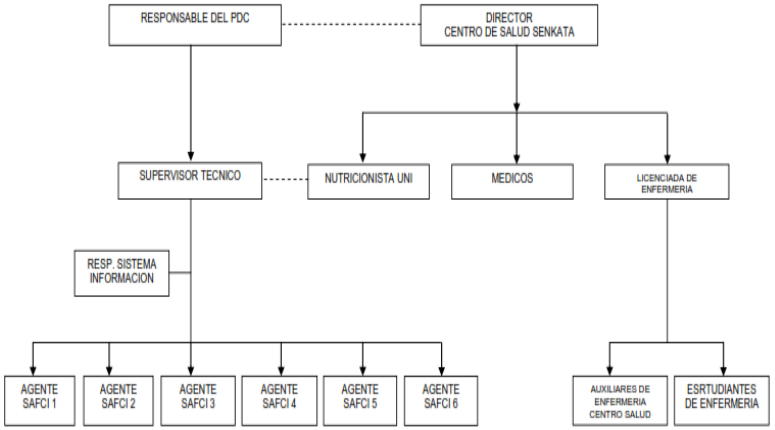
2. Estructura del recurso humano para la implementación del Proyecto

Durante el desarrollo del Proyecto, la directora del CSRA, Regional El Alto cumplió la responsabilidad de liderar la implementación del mismo (Responsable del PDC). Esta responsabilidad fue transfiriéndose gradualmente a la dirección del Centro de Salud de Senkata, bajo supervisión de la Gerencia de Red.

Bajo la Responsable del PDC una Supervisora Técnica con perfil de Licenciada de enfermería monitoreaba la calidad del trabajo cotidiano de los ACS en la comunidad.

Debajo del Director del Centro de Salud de Senkata la Nutricionista de la UNI coordinaba las acciones de promoción y prevención de los ACS en forma conjunta con la Supervisora Técnica. Una licenciada de enfermería en el centro de salud de Senkata organizaba y supervisaba la atención y el control de crecimiento y desarrollo de niños que acudían al establecimiento de salud atendidos por los Auxiliares de enfermería del Centro de Salud y de estudiantes que realizan su pasantía temporal.

Personal responsable de la información estaba a cargo de organizar, vincular y sistematizar la información estadística generada tanto a nivel del establecimiento de salud como de las actividades desarrolladas en las visitas domiciliarias y de las actividades con grupos de madres.



3. Perfil del Agente Comunitario para la implementación del SAFCI (ACS)

Los ACS son auxiliares de enfermería con formación básica en salud integral y sobre todo experiencia de convivencia con las familias en el campo. Para su selección no hubo preferencia por género y edad, actualmente 4 de ellos son mujeres y 2 hombres. Se valoró la experiencia de los ACS en otros proyectos de desarrollo.

Algunos de ellos ya tenían experiencia de trabajo con el CSRA de entre 10 a 20 años, algunos otros vienen de otras experiencias en otros contextos. Todos ellos fueron sometidos a un periodo de prueba, tiempo en el cual se analizó más que su capacidad técnica, su habilidad de empatía y de ganarse la confianza de las familias que está en estrecha relación con su experiencia de vivencia de campo. Se evaluó su capacidad de trato cálido y con respeto hacia las personas. Se valoró aunque no era un requisito primordial, su capacidad de algún idioma nativo como el aymara o quechua.

El rol del ACS en su contacto con las familias ha sido principalmente el de promoción, el de asegurar el acceso de las familias a la información y vincular a las mismas al establecimiento de salud. La información en salud y nutrición en particular e información sobre otros aspectos que la familia hubiera podido necesitar.

Para la implementación del proyecto se decidió que los ACS puedan medir y tallar, durante las visitas domiciliarias, a los niños de las familias que NO hubieran recibido medición antropométrica en el establecimiento de salud, por diferentes motivos. De igual manera llevaban algunos micronutrientes para los niños que no hubieran recibido sus micronutrientes según norma. De esa manera su rol era el asegurar que los niños hayan recibido regularmente los servicios de salud y nutrición.

Sin embargo el principal rol de los ACS era el de establecer diagnósticos familiar sociales y de salud para hacer seguimiento rutinario sistemático de ellos. No se esperaba que ellos resuelvan todos los problemas sociales presentes en las familias, porque en muchos casos los problemas presentes en cada familia sobrepasaban su capacidad, pero al menos se aseguraban de conocer casi con

exactitud las determinantes sociales, para resolverlos o para canalizarlos. Ellos han promovido la utilización de otros servicios, incluso legales.

Durante este proyecto se reafirmó la idea de que para hacer un diagnóstico social preciso es necesario tener conocimiento teórico técnico social o psicológico, pero igual de importante es ganarse la confianza de la familia e incluso vivir las mismas necesidades de la gente y sentir sus mismas preocupaciones. Una de las ACS contó que en una casa el niño estaba desnutrido y la mamá atribuía ese hecho a que su hijo no quería comer, y poco impacto hacia las recomendaciones que le dejaba la ACS Con el tiempo la ACS confirmó que el niño se había desnutrido porque entre la madre y su esposo había problemas de relacionamiento. El esposo movido por su actitud machista tomaba rencillas con la madre, privándola de alimentos:

…… "Había una señora que no me permitía ingresar a su casa cuando la visitaba, y solo me mostraba al niño en su puerta, hablábamos poco, pero yo insistía en entablar una conversación hablándole con amabilidad…así pasó tiempo, hasta que un día la señora comenzó a llorar y comenzó a contarme sobre su vida, la señora me contó que su esposo la dejaba con arroz para su alimentación y la de su hijo, y él [el esposo] salía a comer afuera"….. (ACS)

En la experiencia del CSRA un auxiliar de enfermería puede asegurar un trabajo efectivo a una población de entre 1.300 a 2.000 habitantes dependiendo de las características de acceso geográfico de la zona de trabajo. En ese marco se contrataron 6 ACS para el total de la población (9.460 habitantes[5]) quienes sostuvieron contacto cercano con sus familias.

En el siguiente cuadro se describe la cantidad de población que recibió cada ACS en una determinada zona o Sub aérea:

Sub Área	Responsable ACS	Población asignada	
		No. habitantes	No. Familias
1	ACS 1 (BC)	1359	295
2	ACS 2 (GH)	1358	330
3	ACS 3 (IA)	1505	358
4	ACS 4 (LT)	1322	296
5	ACS 5 (TCh)	1943	423
6	ACS 6 (UQ)	1973	454
Total		**9.460**	**2.156**

4. Capacitación básica del Recurso Humano

La capacitación del recurso humano fue uno de los aspectos clave para la implementación del Proyecto y transcurrió durante todo el proceso.

[5] Sistema de Información CSRA 2010

En el marco de los principios del componente de atención de la SAFCI se llevaron cabo, en general, dos tipos de capacitaciones para el personal. Un primer tipo de capacitación dirigido a mejorar su capacidad técnica y resolutiva y un segundo tipo de capacitaciones dirigido a mejorar sus habilidades de relacionamiento humano. A continuación se describen las capacitaciones básicas y el recurso humano que participó de cada una de ellas:

4.1. Capacitaciones técnicas

Capacitación	ACS	Médicos	Auxiliares de enfermería del CS	Licenciadas de enfermería	Personal UNI	Personal administrativo
AIEPI Nut Clínico	X	X	x	x	x	
AIEPI-Nut para la familia y la comunidad	X		x	x	x	
AIEPI Neonatal Clínico	X	X	x	x	x	
AIEPI Neonatal Comunitario	X		x	x	x	
Antropometría, cuidado y calibración de instrumentos	X		x	x	x	
Consejería Alimentaria	X	X	x	x	x	
Política SAFCI	X	X	x	x	x	x
Salud Sexual y Reproductiva	X	X	x	x	x	
Género	X	X	x	x	x	
LQAS	X			x	X	
Metodología con Base Censal Orientada al Impacto	X			x	x	x
Alimentos y preparación de recetas	X			x	x	

4.2. Otras capacitaciones

Capacitación	ACS	Médicos	Auxiliares de enfermería del CS	Licenciadas de enfermería	Personal UNI	Personal administrativo
Comunicación interpersonal	X	X	x	x	x	x
Talleres de Inter culturalidad sobre la cosmovisión andina	X	X	x	x	x	x
Capacitación en otros aspectos del desarrollo comunitario (veterinaria, producción, manejo de recursos naturales, etc)	X*					

*No todos los ACS recibieron esta capacitación.

Lecciones aprendidas

a) Los ACS (auxiliares de enfermería) son recurso menos caro que los médicos o sociólogos o psicólogos y con la misma capacidad de llegar a las familias.
b) Un entrenamiento básico en salud integral puede ayudarles a abrir su perspectiva y habilitarlos para abordar la salud de una manera más integral.
c) Los auxiliares de enfermería representan el recurso mayoritario del sistema de salud boliviano y por esa razón esta experiencia ha enfocado su atención en prepararlos para implementar la SAFCI.

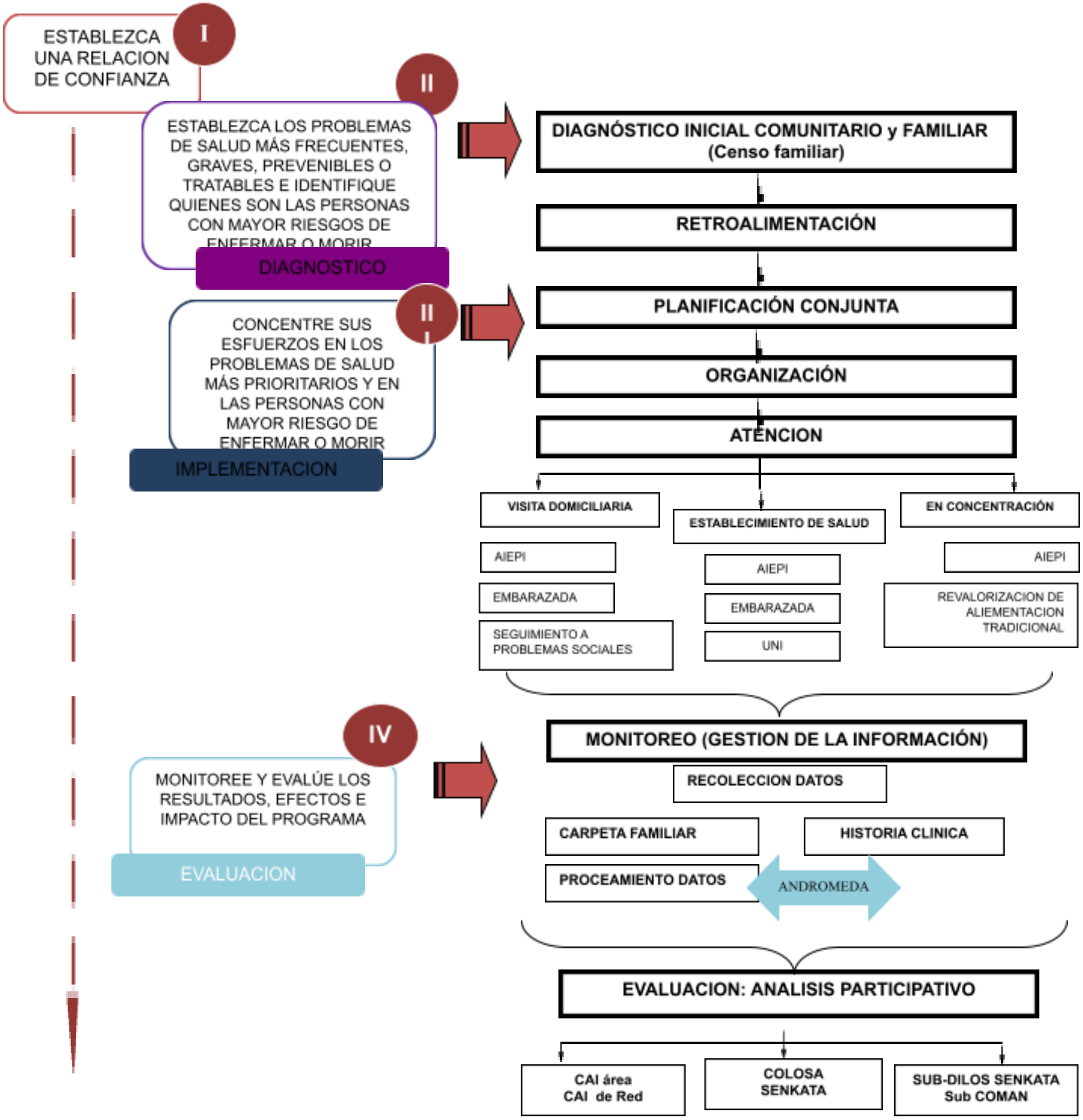




MODULO III: COMO SE IMPLEMENTÓ EL PROYECTO

En esta sección se describen las actividades y herramientas que se aplicaron durante el Proyecto de Nutrición del CSRA (de aquí en adelante Proyecto) en el marco del PDC y la SAFCI y las lecciones que se han aprendido en el proceso:

1. ESQUEMA GENERAL DE IMPLEMENTACIÓN



Las actividades y tareas que se describen en esta sección son el resultado de lo aprendido por cada una de las personas del equipo de implementación del Proyecto. La MBCOI mantiene firme sus principios pero es flexible en cuanto a sus actividades. En ese marco algunas de estas lecciones son particulares de alguna de las personas del equipo:

2. PROCEDIMIENTOS CLAVE

2.1. ESTABLEZCA UN VÍNCULO DE CONFIANZA ENTRE EL PROGRAMA Y LA COMUNIDAD



La construcción de confianza no fue precisamente un primer paso, sino más bien algo que transcurrió durante todo el proceso.

En esta sección se describen las actividades y herramientas clave que se ejecutaron para construir la relación de confianza con los actores locales, cuando se estaba iniciando el Proyecto. Por otro lado la construcción de la confianza con las familias también puede iniciarse en este momento sin embargo por fines didácticos ese proceso se describirá más adelante:

Actividades clave

a) Identificación de los actores locales clave[6] dentro del área de intervención.
b) Identificación de las preferencias, intereses y expectativas así como las relaciones de poder entre los actores locales clave.
c) Información a los actores sobre los problemas de salud del área de jurisdicción, las actividades de salud que se pretenden promover o las que se están realizando, los logros y dificultades.
d) Formalización de responsabilidades a través de acuerdos escritos.

Tareas mínimas realizadas para cada actividad clave

a) Identificación de los actores locales clave dentro del área de intervención.

Reconocimiento general rápido de la zona de intervención, para conocer su geografía y principalmente entender su organización y la presencia de entidades que trabajan en salud y en otros sectores.

Elaboración de listas de las principales autoridades locales y entidades presentes: ONGs, juntas vecinales, etc. Se averiguaron nombres y otras referencias para contactos futuros.

Reflexión sobre las personas y/o entidades potenciales para apoyo al Proyecto. Varias personas con alto compromiso fueron identificadas y participaron de diferentes actividades.

[6] Actor local clave es todo líder, mujer u hombre que esta asumiendo algún cargo en la zona de jurisdicción o que sin haber asumido algún cargo ejerce influencia importante en las decisiones.

b) Identificación de las preferencias, intereses y expectativas así como las relaciones de poder entre los actores locales.

Participación en las reuniones ordinarias de los actores locales.
Participación en sus actividades comunitarias formales o informales (festividades, encuentros deportivos, etc.)
Responderse permanentemente a las preguntas: Cómo favorecerían o afectarían ellos (sociales, económicos, políticos, etc.) en la implementación del Proyecto; Con que recursos cuentan; qué efectos negativos o positivos tendrían sobre la implementación del Proyecto?

c) Información a los actores sobre los problemas de salud del área de jurisdicción, las actividades de salud que se pretenden promover o las que se están realizando, los logros y dificultades.

Al inicio del Proyecto no se contaba con información local sobre el estado nutricional de la población del área de intervención, por lo que se utilizó información disponible general sobre indicadores de salud en el Distrito municipal 8 y algunos otros indicadores de nivel regional (ciudad de El Alto).
Análisis y preparación de cuadros de los principales indicadores de salud.
Presentación de los datos en forma gráfica, lo que facilitó la comprensión de los actores locales.
Presentación de las actividades en salud que se pretendían implementar.

d) Formalización de las responsabilidades a través de acuerdos escritos.

Todos los responsables consiguieron acuerdos verbales de parte de las autoridades locales, sin embargo algunos otros lograron establecer acuerdos escritos firmados entre el personal del Proyecto, en representación del personal de salud, con las autoridades locales, donde se estipulan los derechos así como las responsabilidades de cada parte.



Herramientas

1. Formulario Registro Actores: Sus principales preferencias y oportunidades (Anexo 1)
2. Ejemplo de convenio de trabajo conjunto (Anexo 2)

Lecciones aprendidas:

d) El construir una relación de confianza demanda de tiempo, paciencia y constancia. Necesitamos aceptar que tenemos que movernos al ritmo de la Comunidad!

e) Es muy común sufrir de alta rotación en los actores locales, por lo que una tarea continua es iniciar este proceso cuantas veces sea necesario con las personas nuevas, lo que exige entrar en contacto en varias ocasiones con ellos. Es parte de las tareas de gestión del personal a cargo de la implementación del Proyecto.



f) Este proceso requiere mucha creatividad porque no hay fórmulas únicas específicas, sino una estrategia para cada caso, porque cada caso es distinto!

g) El acercamiento a las familias y autoridades tiene que ser honesto, no solamente para ejecutar de manera efectiva el Proyecto.

h) No nos olvidemos que el Proyecto llega con determinadas prioridades, en cambio en la Comunidad puede que existan otras en ese momento. En ese marco, es importante tratar de ser lo mas flexibles posibles y para ello una estrategia clave es identificar una necesidad urgente, algo que las autoridades o las familias perciban como prioritario. Esta necesidad debe ser solucionable a corto plazo utilizando recursos comunitarios existentes. Si se promueven este tipo de actividades y se dan soluciones conjuntas hay más posibilidades de construir esa relación de confianza.

i) Mientras más confianza hayas ganado, mas posibilidades de éxito y continuidad tendrá el Proyecto

2.2. DIAGNÓSTICO: ESTABLEZCA LOS PROBLEMAS DE SALUD MAS FRECUENTES, GRAVES, PREVENIBLES O TRATABLES E IDENTIFIQUE LAS PERSONAS CON MAYOR RIESGO DE ENFERMAR O MORIR

2.2.1 Diagnóstico Inicial Comunitario y Familiar

A través de este proceso se logra identificar los problemas de salud más frecuentes, graves, prevenibles o tratables, las personas con mayor riesgo de enfermar o morir, su ubicación geográfica dentro de la comunidad, los factores o determinantes responsables de la aparición de esos problemas de salud a nivel individual (*familiar*) y/o general (*comunitario*) y las principales necesidades de salud desde la perspectiva de la comunidad.

El diagnóstico debe ser *comunitario* para entender de manera general la incidencia de un determinado problema en la población general, pero también debe ser *familiar* para conocer los problemas específicos en el contexto de cada hogar y familia.

En el marco del Proyecto, a través del diagnóstico inicial se logró conocer la prevalencia de la desnutrición de la población de niños menores de 2 años, las proporciones de madres o cuidadores de niños que conocen y practican determinadas prácticas de alimentación y cuidados clave. Por otro lado, se logró identificar las familias u hogares que tienen mayores riesgos, que están afectando o son potenciales de afectar el estado nutricional y el desarrollo de sus hijos.

El diagnóstico incluyó los siguientes aspectos:

a) **Aspectos demográficos**: Se refiere a un conteo de la población para conocer la cantidad de personas que existen en cada familia u hogar y a nivel general.



La información demográfica a nivel general ha brindado un denominador adecuado para calcular la prevalencia de la desnutrición, la cobertura de los servicios, las tasas de mortalidad para las diferentes categorías de edad y/o sexo, entre otras mediciones.

La información demográfica a nivel familiar permitió analizar la relación que guarda la cantidad de miembros con la cantidad y calidad de alimentación de la familia. Permitió analizar el número de miembros en un hogar con el nivel de hacinamiento y la aparición e incidencia de enfermedades. Se ha podido evidenciar que en algunos casos existe más valoración cuando el niño es único. Cuando hay gran cantidad de miembros familiares, exige a ambos: padre y madre abandonar el hogar para buscar trabajo y dejar a los hermanos(as) mayores a cargo de los niños pequeños.

a) **Aspectos económicos:** Se refiere a la recolección de información que permite entender de mejor manera la capacidad económica de la familia. Ante la dificultad de conseguir información directa como ingresos mensuales, durante el desarrollo del Proyecto se consideraron algunos proxys como la posesión de bienes materiales, las características de



la vivienda (número de habitaciones, tipo y material del techo, piso y las paredes), electricidad, la ocupación (de la pareja o de un solo miembro), el tipo de trabajo, etc.

Conocer la capacidad económica de la familia permitió comprender, en el marco de los pilares de la seguridad alimentaria, la capacidad de la familia para acceder a los alimentos. Mientras mejores condiciones económicas, mejor la capacidad de acceder a los alimentos básicos y mejor estado nutricional de los miembros de la familia. A su vez, una nutrición mejorada de la familia estaba relacionada a una mejor generación de ingresos.

b) **Aspectos sociales:** Los aspectos sociales engloban una serie de elementos como el nivel educativo, el idioma, las creencias culturales de las familias pero principalmente de las madres o cuidadores de niños. Dentro de este ámbito también se considera la funcionalidad familiar que se ve afectada cuando factores como el alcoholismo, la violencia intrafamiliar contra la muer o los niños, la ausencia de algún miembro de la familia, están presentes.

En el marco del Proyecto, muchos de estos aspectos fueron recogidos durante el diagnóstico inicial, sin embargo muchos otros requirieron de varios otros contactos y principalmente de haber ganado la confianza de la familia para precisarlos, como la funcionaliad familiar. Se ha podido entender la relación entre el nivel educativo con la presencia de la desnurición. En muchas familias que muestran inestabilidad familiar por algún factor como el alcoholismo o la violencia intra familiar contra la madre y/o los niños, la presencia de los hijos con algun grado de desnutrición fue frecuente. Las creencias culturales que tienen generamente su origen en las madres, suegras o abuelas fueron fuente de influencia en las madres o cuiadadores de niños.

c) **Aspectos ambientales:** Se refiere a la información relacionada al abastecimiento de agua, a la disposición de las excretas y la basura a nivel familiar y general. Una forma de recolectar esta información fue preguntando a la familia durante la visita de diagnóstico, sin embargo este diagnóstico fue perfeccionándose durante el desarrollo del Proyecto cuando la familia había ganado algo de confianza con el técnico permitiéndole ingresar a la casa para verificar esta información de manera objetiva.

Conocer estos aspectos ha permitido analizar el grado de vulnerabilidad de la familia y principalmente de los niños a procesos infecciosos potenciales de causar enfermedades y a su vez las enfermedades causar desnutrición.

d) **El estado de la morbilidad y mortalidad:** A través de analizar estos eventos fue posible comprender mejor el patrón local de las muertes y de enfermedades en el área de jurisdicción del Proyecto y en cada familia. Se priorizó analizar las muertes ocurridas en niños o niñas menores de cinco años, así como también en mujeres en edad reproductiva.

Durante el desarrollo del Proyecto se implementó un sistema de detección y monitoreo de los eventos vitales que permitió al programa precisar mejor los patrones de mortalidad.

e) **El estado de los Conocimientos y Prácticas:** Se refiere al levantamiento de información sobre el nivel de conocimientos y el estado de las prácticas de la población sobre salud primaria y en este caso sobre aspectos relacionados a nutrición.



f) **Los problemas de salud desde la perspectiva de la comunidad:** Se refiere a la recolección de información sobre la opinión de los actores de la comunidad: autoridades y las familias sobre su situación de salud y sus prioridades en salud.

Actividades clave:

Para el desarrollo del diagnóstico inicial estas fueron las actividades y tareas clave que se realizaron:

a) **Censo familiar y Encuesta de Conocimientos y Prácticas Nutricionales en madres y/o cuidadores de niños menores de 2 años:**

El censo es un procedimiento que ha implicado la visita de cada vivienda y hogar en el área de implementación del Proyecto. Esta actividad permitió levantar la información demográfica, social, económica, ambiental, de conocimientos y prácticas y de salud y nutrición de cada familia y niño(a). Durante el mismo se aplicó un formulario específico o Ficha Familiar (hoja de censo), la Encuesta de Conocimientos y Prácticas y se procedió a la medición antropométrica de los niños.

b) Identificación de los principales problemas de salud desde la perspectiva de la comunidad

Tareas mínimas por actividad clave

a) **Para el Censo familiar y Encuesta de Conocimientos y Prácticas Nutricionales en madres y/o cuidadores de niños menores de 2 años:** Las tareas básicas para el desarrollo del censo fueron:

Información inicial sobre las actividades del censo a las familias y autoridades locales.

Una política importante institucional es la información sobre sus actividades a los actores locales. Toda la planificación que incluyen los objetivos y las fechas para la recolección de la información fue informada a las juntas vecinales y a las familias. Esta actividad fue considerada como clave sobre todo en el contexto de El Alto donde existe alta incidencia de delincuencia y robos a los domicilios, permitiendo asegurar que muchas familias esperen al personal con sus documentos de identidad, para precisar sus datos de identificación durante el censo.

Elaboración de mapas o croquis

La zona de intervención fue dividida en sub áreas, a partir de criterios geográficos y de población principalmente. A cada sub área se asignó un responsable a quien se encargó la preparación de un croquis de su área específicamente. Este croquis fue laborado con información recogida de las autoridades locales, principalmente de las Juntas Vecinales y contiene información sobre los manzanos, viviendas (habitadas y no habitadas), calles y puntos de referencia clave. Estos croquis fueron utilizados inicialmente para organizar los

circuitos de visitas para el desarrollo del censo y para precisar la delimitación geográfica de las áreas de cada responsable y luego, durante la ejecución del Proyecto para identificar a las familias y niños que requieren mayor atención por presentar mayores factores de riesgo.

Diseño (ajuste) de instrumentos de recolección de la información

La base de instrumentos de la MBCOI es un folder o carpeta familiar, compuesta por varios instrumentos, entre los cuales están:

i. Una hoja de censo o Ficha Familiar que representa el principal documento donde se registran la mayor parte de los datos obtenidos durante el censo;
ii. Una hoja de visitas domiciliarias donde se registran todos los eventos que se realizan en el hogar cuando el personal responsable de salud está implementando las actividades;
iii. Los carnets de salud infantil y de la mujer, así como una copia del carnet prenatal en caso de que la mujer estuviera embarazada.
iv. Una copia de la Encuesta de Conocimientos y Prácticas que se aplican a la madre y/ cuidadora de niños.
v. En esta carpeta también se archivan otros documentos como los formularios para la valoración con la estrategia AIEPI o copias de los formularios con los que se refirió al niño (si es el caso)
vi. Los formularios para la clasificación de riesgo familiar.



Estos instrumentos fueron revisados y ajustados a las necesidades de información del Proyecto. La carpeta familiar en general fue ajustada en base a la Carpeta Familiar propuesta por la política SAFCI, la Encuesta de Conocimientos y Prácticas se ajustó en el marco de los instrumentos del SNIS Comunitario.

Capacitación

El personal encargado del Proyecto recibió intensa capacitación en diferentes aspectos técnicos y otras destrezas requeridas para la implementación del Programa, sin embargo para la realización del censo la capacitación se centró en:

- Capacitación/Reforzamiento en la MBCOI, sus objetivos y sus pasos clave, principalmente en el desarrollo del censo.

- Capacitación/Reforzamiento en las técnicas de entrevistas y el correcto de los instrumentos de la carpeta familiar. Para facilitar la estandarización de los conocimientos para el desarrollo del censo, el personal desarrolló un instructivo para el llenado de la hoja de censo o Ficha Familiar.

- Capacitación/Reforzamiento en antropometría. En este punto se realizó estandarización de sus habilidades de antropometría, a partir de evaluar su Precisión o habilidad de repetir una medición en el mismo sujeto con una variación mínima y la Exactitud o habilidad de obtener una medición que replique o se acerque los más posible al valor “verdadero-patrón” (*gold estándar*). En este caso se consideró como patrón al medidor más preciso de una anterior oportunidad

Levantamiento de la información

- Organización para el recorrido sistemático de las urbanizaciones para visitar al 100% de las viviendas.
- Asignación de la responsabilidad para el desarrollo del censo a cada responsable en sus respectivas sub áreas. Esta visita de censo a sus respectivas familias se constituyó en el primer momento de contacto oficial que les ha permitido conocer parte de la realidad de cada una de sus familias.
- Organización y asignación de supervisores para asegurar la calidad de los datos que se relevaron. El CSRA destinó personas responsables con experiencia en la MBCOI para la verificación de la calidad de los procesos de recolección de la información. Cada Supervisor monitoreó el trabajo de cada 2 Responsables de Sub área.

- Cada Responsable al llegar a la casa identificó al jefe de familia que en la mayor parte de los casos fue el padre de familia o en otros la mamá, abuelo o abuela. Luego de identificar al mismo, la secuencia de actividades fue la siguiente:

  * Identificación y presentación del (los) entrevistador(es).

  * Información sobre los objetivos del censo y consulta para ver si la familia acepta iniciar el proceso.

  * Una vez recibido el consentimiento principalmente del jefe de familia, se procedió a:

  * Solicitud de documentos de identificación de cada miembro de la familia como Carnets de identidad, Libreta familiar, certificado de nacimiento, libreta de servicio militar, carnet de salud infantil, carnet de mujer no gestante, de control prenatal, libreta de colegio, entre otros.

  * Para cada hogar de familia se abrió una carpeta familiar, explicando al jefe que ese será el principal instrumento que permitirá hacer el seguimiento integral de la salud de la familia. En varios casos encontraron familias en una misma vivienda compuesta por hasta más de dos hogares. En este caso hogar es una unidad más pequeña de la familia, tomando en consideración que un hogar está compuesto por miembros de una familia que comparten una olla común. La hija de una madre puede conformar un hogar nuevo al casarse. En este sentido se aseguraron de que cada hogar recibiera su carpeta respectiva.

  * Con la carpeta familiar en mano y los documentos otorgados por la familia se procedió a llenar los formularios de Ficha Familiar y la misma carpeta de cada hogar.

* Los formularios de Encuestas de Conocimientos y Prácticas Nutricionales fueron aplicados y los formularios fueron mantenidos como parte de los componentes de la Carpeta Familiar como documento de diagnóstico inicial sobre los conocimientos y prácticas nutricionales de la madre o cuidador del niño menor de 2 años y para que el mismo sirva para la planificación de los temas a orientar a la madre o cuidador y para el ulterior seguimiento de la adopción del conocimiento y prácticas nutricionales.

* Para la identificación de la carpeta se asignó un código familiar (explicado en la sección sistema de información) y se respetó la numeración de la casa que había sido asignado por la alcaldía de la ciudad de El Alto.

* Luego se procedió a aplicar la Encuesta de Conocimientos y Prácticas exclusivamente a la madre o cuidador del niño(a)

* Se procedió a realizar antropometría de todos los niños menores de 2 años de la familia. Para la medición del peso se utilizaron las balanzas Salter, con capacidad de hasta 25kg. Para la longitud (talla) se utilizaron infantómetros, fabricados de madera y venesta, compuestos básicamente de 3 piezas: Un tope fijo para la cabeza, uno móvil para los pies y una base donde reposa el cuerpo del niño. La calidad y precisión de ambos instrumentos fueron verificadas por una de las supervisoras nacionales del Ministerio de Salud. Los Auxiliares de Enfermería registraron el peso en gramos redondeando las cifras a los 100 gramos más próximos y la longitud en centímetros y milímetros redondeando las cifras al milímetro más próximo. Las balanzas fueron calibradas cada día con un peso conocido (5kg).

* Antes de abandonar el Responsable y el Supervisor (si estaba presente) revisaron que los formularios estén los más completo posibles y el llenado correcto. En caso de existir algún error o ausencia de datos estos fueron corregidos o completados antes de abandonar la vivienda. En muchos casos, los Responsables tuvieron que regresar a la casa en otros momentos para completar la información.

* Se consideró el tiempo de residencia de los miembros de cada hogar para ver si serían considerados como parte de la población permanente o si es considerara población “flotante” en cuyo caso se decidió no considerarlos como parte de la población permanente (ver instructivo de llenado de la Ficha Familiar).

* El tiempo total de cada visita de censo (diagnóstico) oscilo duró en promedio 45 minutos.

Tabulación de datos

Al final de la fase de trabajo de campo y antes de la introducción de los datos, los supervisores clasificaron el estado nutricional de cada niño en gabinete. Se empleó los nuevos estándares de crecimiento de la OMS. El software Anthro (calculador antropométrico) fue utilizado para este efecto. El mismo relaciona electrónicamente información sobre el peso, talla, presencia de edema en ambos pies o no, sexo y edad del niño para clasificar nutricionalmente a los niños según los indicadores antropométricos de peso/edad (P/E), peso/talla (P/T) y talla/edad (T/E). Para la clasificación nutricional de los niños que presentaban edema en ambos pies, el software Anthro solamente consideró el dato de talla como válido, el dato de peso quedaba invalidado, por lo que las clasificaciones de P/E y P/T resultaron No Aplicables.

Inicialmente, toda la información fue introducida inicialmente al SPSS, para luego migrar esta información al Microsoft SQL Server (sistema de gestión de bases de datos relacionales capaz de manejar grandes cantidades de datos de manera estable y segura). Luego, durante el desarrollo de las actividades del Programa se diseñó un sistema informático que ha permitido agilizar y precisar los datos mejorando la calidad del manejo de los datos a través del sistema computarizado Andromeda que organiza y dispone oportunamente la información para la toma de decisiones de manera electrónica (descrito en la sección de sistema de información).

Como resultado final de los procesos de tabulación se obtuvieron cuadros que muestran:

Aspectos demográficos:	Cuadros de población por grupos de edad, por sexo, consolidado de todo el área y por sub áreas; pirámides poblacionales.
Aspectos económicos:	Cuadros sobre las condiciones de pobreza a nivel del área como consolidado.
Aspectos sociales:	Cuadros sobre niveles educativos, idioma, a nivel general y por sub áreas. Cada familia fue clasificada en alto riesgo, mediano, bajo o sin riesgo según presencia de factores que afectan en diferentes grados la funcionalidad familiar.
Aspectos ambientales:	Cuadros y gráficos a nivel general para analizar el porcentaje de familias con acceso a servicios básicos.
Estado nutricional:	Cuadros del estado nutricional de los niños menores de 2 años.
Estado de la morbilidad y mortalidad:	Estos datos fueron recolectados de manera prospectiva y no durante el censo.
Estado de Conocimientos y Prácticas:	Cuadros consolidados del área en general. Cada familia tiene diagnóstico de Conocimientos y Prácticas nutricionales y de cuidado de los niños que sirve como base para la planificación y priorización de los mensajes clave nutricionales.

La tabulación de los datos permitió analizar los resultados desde dos perspectivas. Desde el punto de vista de área en general (como consolidado) o desde el punto de vista familiar.

En el cuadro siguiente se explica con algunos ejemplos la importancia de haber diferenciado la información en estos dos niveles o ámbitos, en el marco del programa de nutrición. En los cuadros se ve la relación de algunos factores con algunos riesgos de salud y nutrición:

Diagnóstico general	Diagnóstico familiar

Porcentaje de familias con menores de 5 años	• Número de miembros en el hogar (hacinamiento, calidad de la alimentación, espacio intergenésico, etc) • Presencia de padre y madre • Calidad del cuidador
Prevalencia de desnutrición en niños menores de 5 años	• Determinantes en el hogar que impiden el acceso a los alimentos: escasos recursos económicos, desinformación, etc.
Porcentaje de familias con acceso a agua segura	• Calidad del consumo de agua • Práctica de lavado de manos • Practicas de higiene
Incidencia de diarreas	• Causas ambientales de morbilidad por diarrea en el hogar (disposición de basuras, excretas)

Actualización del diagnóstico inicial

La información sobre población o las enfermedades, así como los factores de riesgo, entre otros, fueron periódicamente actualizados. Identificar estos cambios fue una tarea cotidiana dentro del sistema de vigilancia de salud, lo que contribuyó a tener claramente identificados y actualizados los grupos y personas de riesgo, los problemas y factores de riesgo de estas personas para así tomar las acciones necesarias y oportunas.

Se llevaron a cabos dos tipos de estrategias para actualizar los datos del diagnóstico inicial:

Actualización a través de revisión de las carpetas familiares

Este tipo de actualización consistió en realizar una revisión de los datos que se habían ido obteniendo en un tiempo determinado y se habían ido registrando en las carpetas familiares, principalmente en las Fichas Familiares y Hojas de visita domiciliaria donde se registraron los casos de nacimientos, incorporaciones o muertes o migraciones. Este procedimiento de tabulación de datos se realizó en gabinete a través del Andrómeda. Esta alternativa de actualización de información se utilizó cuando se estaba consciente y seguro de que existió regularidad en las visitas domiciliarias hasta el momento en el que se realizó la tabulación.

Antes de la tabulación de los datos de carpetas se depuraban carpetas que habían tenido contacto regular por diferentes motivos.

Actualización a través de visitas y entrevistas

En este caso para realizar la actualización de datos del diagnóstico se siguieron los mismos procedimientos descritos para el levantamiento de censo. Las visitas domiciliarias a las familias fueron organizadas exclusivamente para la actualización de la información. El proceso fue más rápido ya que durante la entrevista solo era necesario, confirmar la permanencia de todos los componentes de la familia o la incorporación de nuevos miembros en la Ficha familiar, recalcular los datos de edad y escolaridad,

preguntar si algún miembro fue afectado con alguna enfermedad, etc. Solo se solicitó documentos de identidad para los nuevos miembros.



El tiempo destinado a la realización de este procedimiento no fue más de un mes para evitar que los datos se des actualicen de nuevo. La ciudad de El Alto está considerada como un sitio de alto movimiento poblacional.

En este caso también fue utilizado el Andrómeda para sistematizar la información.

b) Identificación de los principales problemas de salud desde la perspectiva de la comunidad

Las opiniones y preferencias de salud desde el punto de vista de las autoridades locales y de las familias pueden incluir preguntas como:

- *De que se enferma mas las personas en su familia o barrio?*
- *A donde acude cuando se enferma usted o su familia?*
- *Qué opina sobre los servicios de salud?*
- *Como le han tratado a usted y/o su familia cuando utilizó los servicios de salud?*
- *Que recomendaciones haría para mejorar el servicio de salud existente?*

Esta información puede obtenerse de diferentes maneras, en momentos de contacto con las familias y las autoridades locales. Se pueden obtener durante el desarrollo del censo inicial, en el momento en el que se hacen las visitas domiciliarias, incorporando algunas en la Encuesta de Conocimientos y Prácticas. O se pueden organizar reuniones de grupos o desarrollar grupos focales para consultas específicas.

Durante el desarrollo del Proyecto se consultó a las familias durante el mismo desarrollo de las visitas domiciliarias rutinarias. En este caso el personal responsable llegaba a las casas con un plan determinado para desarrollar en la casa, sin embargo cuando escuchaba de la madre o algún otro familiar de algún otro problema de salud que en ese momento estaba aquejando a la familia el personal enfocaba su atención a ese problema. En este sentido la identificación de prioridades desde el punto de vista de las familias fue algo dinámico y continuo.

Por otro lado, se realizaron consultas sobre las opiniones de parte de las autoridades locales sobre problemas de salud durante los momentos de retroalimentación de los resultados del diagnóstico inicial a las autoridades (que será descrito con más detalle más adelante).

Herramientas:

1. Ficha Familiar u Hoja de Censo (Anexo 3)
2. Instructivo de llenado de la Hoja de Censo (Anexo 4)

3. Hoja de Visita Domiciliaria (Anexo 5)
4. Encuestas de Conocimientos y Prácticas (Anexo 6)
5. Hoja de Clasificación de riesgos familiares (Anexo 7)
6. Cuadros de población (Anexo 8)

Lecciones aprendidas

i. El censo ha sido erróneamente confundido, como el fin de la metodología. EL CENSO ES UN INSTRUMENTO de la MBCOI, en uno de los cuales se basa el DIAGNOSTICO

ii. El diagnóstico es un *proceso* que demanda tiempo, mucho más si se trata de ser lo más precisos posibles. Por esa razón no debe esperarse completarlo en una sola etapa, es decir solamente durante la visita de censo.

iii. Diagnóstico: No se trata solamente de elaborar una lista de problemas actuales de salud por cada familia sino, y con una visión de proyección, también debe considerarse algunos factores que potencialmente podrían provocar a mediano o largo plazo algún problema de salud en la familia o en el niño, de tal manera que pondrían en riesgo su salud y nutrición. Este aspecto fue clave durante el desarrollo del Programa porque el personal trataba de adelantarse a los problemas.

iv. En la práctica el diagnóstico necesita actualizarse casi permanentemente ya que ni los problemas de salud, ni los factores que los causan son estáticos. Una familia aparentemente sin ningún problema hoy puede aparecer con uno de mañana.



v. El diagnóstico puede ser simple como cuando se analiza la parte demográfica contando a la población en un momento determinado pero puede tornarse complejo como cuando se habla de la parte social, lo que requiere de al menos tres aspectos clave: 1) destreza del técnico (observación principalmente); 2) de promover contacto con la familia en su casa (su contexto) y; 3) de haber ganado una base mínima de confianza con la familia.

vi. El diagnóstico desde la perspectiva del personal responsable, con el diagnóstico desde la perspectiva de las autoridades y las familias deben ser muy bien analizados y combinados, porque ello garantiza mayor efectividad del Proyecto y mayor aceptación por parte de la comunidad.

vii. Si no tenemos un diagnóstico inicial preciso y no conocemos las prioridades de la comunidad no se puede proceder a los otros pasos. La MBCOI es una herramienta para priorizar las intervenciones en base a un diagnóstico.

viii. El estudio de Conocimientos y Prácticas realizado durante el censo tiene la ventaja de recolectar información de cada familia. Esta información se convirtió en línea de base para la implementación de un plan familiar de información y capacitación.

ix. La recolección de la información de mortalidad de manera durante el censo ha tenido la limitación de que se preguntaba sobre información retrospectiva. Esta información ha sufrido cierto sesgo de sub estimación por la información imprecisa que se recogía al preguntar a la madre haciendo preguntas sobre su pasado. Sin embargo esta información a la vez dio una idea general de la situación que luego durante el desarrollo del Programa se logró perfeccionar a través de la implementación de un registro de eventos vitales.

2.2.2 Retroalimentación del diagnóstico Inicial

Dentro de la MBCOI, compartir la información con la comunidad constituye uno de los pasos más relevantes que contribuyen en el fomento de la relación de confianza. Transparentar o hacer visible la información permite generar análisis, discusión y motiva el interés de la comunidad para participar en la solución de los problemas de salud identificados. La MBCOI considera que esta actividad no es una opción, sino una obligación que debe cumplirse permanentemente ya que la información "le pertenece" a la comunidad.

Retroalimentar la información a la comunidad (autoridades locales y/o familias beneficiarias) es un proceso continuo que transcurre durante todo el desarrollo del Proyecto. Al principio para informar sobre los resultados del diagnóstico inicial y luego para informar sobre el progreso de las actividades y para monitorear el cumplimiento de los acuerdos establecidos en el convenio inicial o los planes de acción conjunta que se establecen al inicio.



En esta sección se describen las actividades que llevaron a cabo los Responsables de cada Sub área para retroalimentar la información del diagnóstico inicial.

Actividades clave:

Preparación y organización de los resultados

La tabulación de los datos generalmente produce una gran cantidad de información. Considerando de que el tiempo para el desarrollo de las reuniones de retroalimentación con la comunidad es, en la mayor parte de los casos, corto se priorizaron los indicadores y se prepararon los resultados de tal manera que los mismos sean lo más prácticos para entender.

La mayor parte de los Responsables de Sub área prepararon cuadros de indicadores clave priorizando los mismos. Los cuadros mostraron más gráficos o fotografías que datos numéricos o porcentuales. Dependiendo del nivel educativo de las audiencias en otros casos se definió mantener los datos numéricos o porcentuales.

Planificación de la actividad

Algunos Responsables planificaron fechas específicas para la presentación de los resultados, sin embargo en otros casos se utilizaron las mismas reuniones ordinarias de las juntas vecinales para el desarrollo de las reuniones. Los Responsables que presentaron sus resultados durante las reuniones ordinarias de la comunidad, estaban obligados a priorizar más la información a presentar debido a que el tiempo asignado para la actividad fue en general corto. En cambio los Responsables que lograron conseguir reuniones exclusivas tenían más flexibilidad de tiempo. En cuanto a la asistencia de autoridades, las reuniones ordinarias de la comunidad gozaban de mayor presencia de autoridades.

En la mayor parte de los casos las reuniones se llevaron a cabo durante las noches o los días domingos que son los momentos de mayor disponibilidad de tiempo de las autoridades.

Las autoridades como directivas de las juntas de vecinos eran las autoridades que prioritariamente se invitaron.

2.3. CONCENTRE SUS ESFUERZOS EN LOS PROBLEMAS DE SALUD MÁS PRIORITARIOS Y EN LAS PERSONAS CON MAYOR RIESGO DE ENFERMAR O MORIR

Un principio fundamental de la MBCOI es la priorización o focalización de las acciones, mismo que por un lado asegura la operativización de la equidad, es decir la orientación de los esfuerzos hacia las personas que más necesitan los servicios de salud y por otro lado, contribuye a hacer más eficientes las acciones ya que una realidad de muchos de los establecimientos de salud en el país es su disponibilidad escasa de recursos para el desarrollo de las actividades.



Al ser un principio, la priorización de las actividades, se aplicó en varios de los pasos o actividades clave del Proyecto. Se aplicó priorización durante la retroalimentación y planificación conjunta, durante la organización de las actividades de atención a las familias, etc.

Al inicio del Proyecto fue importante durante la Retroalimentación y Planificación Conjunta.

2.3.1. Análisis Participativo de los resultados del censo y Planificación Conjunta

Los resultados del censo fueron analizados de manera participativa con las juntas de vecinos, el personal de salud, entre otros actores locales. Los métodos que utilizaron para promover un análisis de la información fueron diversos. En algunos casos promovieron la participación activa de los presidentes de las juntas o en algunos casos otros líderes de la comunidad para que ellos presenten los datos. En otros casos, los mismos Responsables fueron quienes a través de métodos lúdicos presentaron los resultados motivando a que los actores presentes participen dando sus puntos de vista. En este sentido los métodos de análisis fueron cambiando de acuerdo a la creatividad de los Responsables sin embargo un común denominador entre ellos fue el proceso de Planificación Conjunta.

Uno de los objetivos de la presentación de resultados o retroalimentación de datos a la comunidad es generar dentro de la comunidad un espíritu de co responsabilidad para con los problemas de salud identificados. La MBCOI ha ido desarrollando instrumentos simples que han permitido lograr este objetivo. En la experiencia de El Alto y la implementación del Proyecto, este momento también fue utilizado para conocer las opiniones de la comunidad para recoger desde sus perspectivas los principales problemas de salud y también para priorizar junto con ellos los principales problemas que están afectando la salud y nutrición de las familias del área y principalmente de los niños y promover acciones conjuntas con ellos a partir de una planificación conjunta.

El momento de análisis de datos en este caso se abrevió para luego proceder a elaborar un plan conjunto de actividades simple en el marco de las variables del instrumento de Planificación Conjunta que se tiene para este efecto.

Para desarrollar un plan conjunto se consideró como instrumento guía al cuadro de Análisis y Planificación Conjunta que se fue llenado en estas reuniones a partir de lanzar a los participantes preguntas generadoras como: ¿Por qué? ¿Cuándo? ¿Cómo? ¿Entonces esta

información que quiere decir? ¿Alguien ha tenido algún problema parecido? ¿Por qué está pasando esto? Como resultado de este proceso se identificaron los principales problemas de salud que se van a abordar en forma conjunta con la comunidad estableciendo cuales serán los principales roles y responsabilidades del personal de salud, de los Responsables de Sub área y de la misma comunidad.

Herramientas:



Cuadro de Análisis y Planificación Conjunta (Anexo 9)

2.3.2. Atención de las familias y sus niños en el marco del PDC y la política SAFCI

Para la organización del componente de atención del PDC, se tomó como marco de referencia los principios fundamentales del componente de atención de la política SAFCI: La Universalidad; La Equidad; La Inter sectorialidad; La Calidad; La Continuidad; La Integralidad y La Interculturalidad.

Para facilitar su operativización se analizaron los principios en el marco del Proyecto de nutrición:

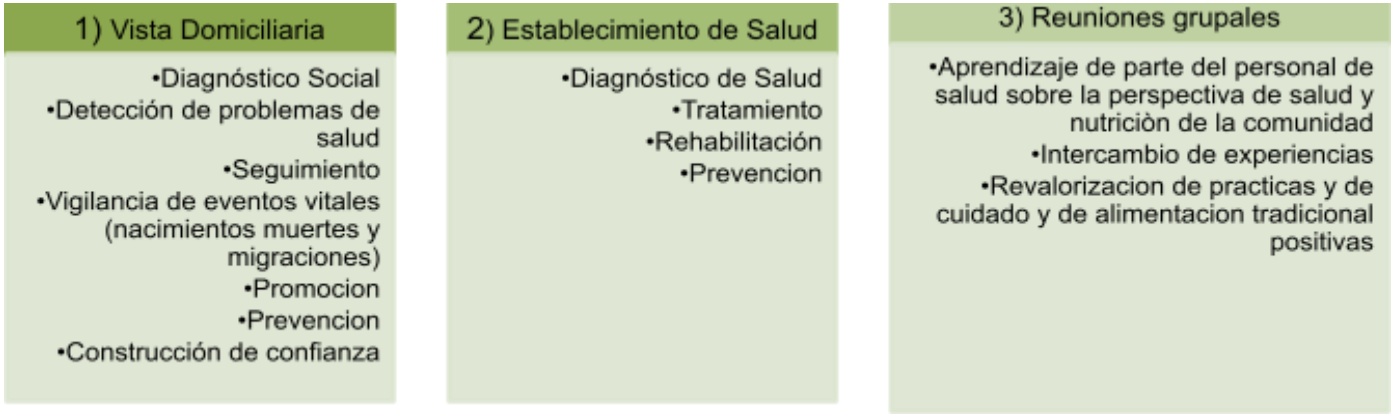
Principio	Como se entiende en el marco del PDC	Como se verificaría su cumplimiento
Universalidad	Se trata de conocer a la totalidad de las madres y/o cuidadores y a los niños (as) menores de 2 años del área y asegurar que todas ellos gocen de acceso a los servicios del PDC en el área.	El 100% de madres y sus niños cuentan con una carpeta familiar y seguimiento según frecuencia establecida. Todas las madres y/o cuidadores conocen sobre los mensajes clave del AIEPI Nut
Equidad	Se trata de enfocar los esfuerzos a las familias con niños menores de 2 años que tienen mayores riesgos de enfermar, desnutrirse o morir.	Las familias y/ o personas con mayores problemas o factores de riesgo se han identificado y están recibiendo mas visitas domiciliarias para seguimiento de sus problemas de salud. El personal de salud mantiene listas o mapas de riesgo actualizados para identificar estas familias.
Inter sectorialidad	Se trata del abordaje del tema de salud y específicamente de nutrición desde una perspectiva más amplia, más allá del tema de salud.	El personal en el establecimiento y los que hacen visita domiciliaria tienen pleno conocimiento de los factores o determinantes sociales que están afectando o podrían afectar en el futuro la salud y el estado nutricional de cada familia. El personal en el establecimiento y los que hacen visita domiciliaria abordan su orientación y consejería a la madre y/o cuidador del niño considerando el diagnóstico inicial integral, considerando otros

Principio	Como se entiende en el marco del PDC	Como se verificaría su cumplimiento
		aspectos fuera del tema salud. Se les escucha hablar de la relación de la violencia, acceso a agua, higiene saneamiento básico, educación de la familia, empleo del padre, alcoholismo, etc. con la nutrición de la familia, la embarazada y principalmente los niños, según sea el caso. El personal gerencial esta articulando esfuerzos con otros sectores y otras entidades para viabilizar respuestas intersectoriales a los problemas de salud y nutrición.
Continuidad	Se trata de hacer esfuerzos para que las mismas personas del equipo de salud ofrezcan atención de manera continuada a un determinado grupo de familias, asegurando atención continuada de promoción de la salud- prevención de la enfermedad o del estado nutricional, tratamiento y rehabilitación.	Un medico en coordinación con un auxiliar de enfermería están haciéndose cargo de dar atención continua y permanente a un número establecido de familias en el área. A ambos se les ha asignado un grupo de familias de quienes ellos establecen un diagnóstico inicial de salud y nutrición con enfoque en las determinantes sociales. El auxiliar de enfermería mantiene un contacto periódico con las familias y los niños para hacer seguimiento a los factores de riesgo familiares identificados haciendo uso de la carpeta familiar. Algunos factores son identificados y controlados por el mismo auxiliar de enfermería y en coordinación con el médico resuelven otros como los de enfermedad o desnutrición. Para problemas que van mas allá de su alcance canalizan contactos de la familia con instancias que corresponden. El médico otorga servicios a esas familias de manera sistemática en el establecimiento de salud y mantiene un contacto mínimo con las familias en sus casas para conocer su entorno familiar.
Integralidad	Se trata de ofrecer a la madre, embarazada o niño atención integral. En el caso del niño el instrumento que operativiza este aspecto es el AIEPI Nut o el enfoque del Continuo de atención para la madre.	Todos los niños son evaluados con el AIEPI Nut. En la casa o en el establecimiento de salud ambos, madre y niño, son atendidos cuando se está evaluando la nutrición y salud.
Interculturalidad	Se trata de tener respeto a los conocimientos de la familia, respecto a cómo conciben la nutrición y la salud del niño, desde su perspectiva tradicional, ancestral. Se trata de hacer esfuerzos a que como personal de salud conozcamos más profundamente sobre esa forma de ver la salud y nutrición para que a partir de ello podamos hacerles conocer sobre nuestro conocimiento académico y de identificar espacios donde se pueden articular ambos.	Todo el personal de salud habla con respeto a las familias que acuden al establecimiento de salud. Si es posible en su mismo idioma. El personal de salud ha cambiado su forma de dirigirse a la madre, utilizando "*Usted* en reemplazo de *vos*", evitando frases como: Por que llegas tan tarde? Porque no les ha bañado a tu hijo? etc. El personal de salud hace esfuerzos para buscar espacios de conversación con las madres para conocer sobre su forma de ver la salud y nutrición. Promueve reuniones, talleres no solamente para

Principio	Como se entiende en el marco del PDC	Como se verificaría su cumplimiento
	Se trata de que como personal de salud cambiemos de actitud pensando de que sabemos todo y que eso nos da derecho a sub estimar al otro (a). Se trata de tener respeto a las personas, sin importar su condición social, evitando tono discriminador cuando nos dirigimos a ellos y ofreciéndole amplia información cuando llega al servicio o cuando se llega a su casa.	impartir "sus conocimientos" sino para abrir los oídos y aprender de las madres. A partir de ello el personal de salud incorpora en su orientación prácticas y conocimientos de las madres con experiencia. Durante la visita domiciliaria, en algunos momentos, deja a un lado lo técnico académico y se dedica a solamente escuchar y hablar de lo que a la madre le interesa hablar. Las sesiones de "capacitación a las madres", el personal de salud, las convierte en espacios de diálogo de saberes. No ordena el salón al estilo tradicional con sillas y pizarra, con las personas escuchando y el "experto" hablando, sino más bien se entremezcla entre ellas en un círculo.
Calidad	Se trata de ser efectivos pero también cálidos	El personal de salud hace esfuerzos para analizar y dar solución a comentarios como: "me hacen esperar mucho", "no me han curado", "he ido en vano". etc.

2.3.3. Instancias de atención de las familias

En el marco del enfoque familiar y los principios del componente de atención de la política SAFCI, las madres y/o cuidadores de niños y las mujeres embarazadas fueron atendidos en 3 ámbitos o instancias básicas: La visita domiciliaria, el Establecimiento de Salud y las reuniones grupales. Cada una de estas recibió orientaciones diferentes, tal como se ve en el cuadro adjunto:



2.3.4. Las Visitas Domiciliarias



Se ha desarrollado visita periódica de todas las casas, principalmente de aquellas donde hay niños menores de 2 años y mujeres embarazadas, en el área geográfica del Proyecto.

La visita domiciliaria ha sido la estrategia de contacto familiar más importante.

La insistencia de mantener un contacto regular con las familias a través de visitas domiciliarias se basó en los siguientes hechos:

✔ *Una gran proporción de nacimientos y muertes ocurren generalmente en las casas con poco o ningún contacto con el establecimiento de salud. Entonces una forma práctica de mantener registros de los eventos vitales que ocurrieron en una familia, de una visita a otra, fue realizando visitas regulares a las familias en sus casas.*

✔ *Como resultado de las visitas domiciliaras se logró conocer mejor a las familias en su propio contexto, se logró identificar los factores de riesgo que están afectando o que ponen en serio riesgo de producir enfermedad, desnutrición y/o muerte a los niños o las madres, se logró identificar las personas o niños con mayor necesidad y riesgos y a partir de ello se logró establecer planes de atención individuales (familiares).*

Durante la Visita domiciliaria el ACS se asegura que el niño o mujer embarazada cuenten con controles periódicos en el establecimiento de salud. Promociona el Seguro Materno Infantil y el Bono Juana Azurduy para incentivar la asistencia de la madre al establecimiento. Solamente en los casos en que la madre o el niño no podían asistir a un control, realizaban evaluación del estado nutricional, de crecimiento y desarrollo en sus casas, proporcionaban los micronutrientes y el Nutribebé y principalmente se aseguraban de que los consuman. Los casos de niños detectados con enfermedad o desnutrición aguda moderada y grave eran referidos al Centro de Salud Senkata, al Hospital Holandés o al Centro de Rehabilitación de niños con desnutrición de la Fundación Albina Patiño, según era el caso.

Las visitas domiciliarias servían también de seguimiento para verificar el cumplimiento de los esquemas de tratamiento cuando los niños regresaban después de ser dados de alta de los respectivos servicios a donde se los había referido.

Las visitas domiciliarias se fueron espaciando en las familias donde los factores de riesgo se iban controlando, de tal manera que se evita la creación de dependencia y más bien se promueve el uso de los servicios en el establecimiento de salud. En muchos casos, la sobre demanda de atención en el establecimiento era suficiente justificación para realizar control en la casa. La atención de la madre o embarazada se hacía exclusivamente en el establecimiento de salud.

2.3.5. Tipos de Visita Domiciliaria

Dos tipos de visitas domiciliarias se llevaron a cabo: Las visitas rutinarias y las de seguimiento:



2.3.6. Las Visitas Rutinarias

Se refiere a las visitas que tienen una frecuencia establecida, que depende principalmente de los factores de riesgo que se identificaron en la familia durante el diagnóstico inicial o durante los siguientes contactos con la familia.

La frecuencia de visitas realizadas durante el desarrollo del Proyecto no necesariamente coincidía con el esquema de control de crecimiento y desarrollo que se recomienda para niños en diferentes grupos de edad.

En muchos casos cuando el factor de riesgo lo ameritaba la frecuencia de visitas era intensa, hasta tratar de controlar el factor de riesgo que podría poner en riesgo la salud y el estado nutricional del niño. Estos son algunos ejemplos:

- ✔ ***Caso 1**: En una familia con un lactante de 9 meses de edad y estado nutricional normal, ocurrió que la madre se había separado recientemente de su esposo, entonces para cubrir las necesidades económicas de la familia la madre tuvo que comenzar a trabajar fuera de la casa, delegando la custodia de su lactante al hijo mayor de 10 años. En este caso el ACS definió realizar visitas frecuentes (una vez por semana) hasta conseguir que la madre decida delegar la responsabilidad de atención de su lactante a una persona mayor. El niño al final logró ser admitido en una guardería donde es atendido por una persona mayor responsable.*

- ✔ ***Caso 2:** Un niño menor de 6 meses corría serio riesgo de desnutrirse porque la madre tenía ya varios hijos, el último de ellos con desnutrición crónica, y espacios entre hijo a hijo muy cortos. El ACS inició orientación en planificación familiar con visitas mensuales consiguiendo que la madre adopte un método de manera voluntaria. Hasta el momento el niño, de 16 meses ya, se mantiene con buen estado nutricional.*

Factores de Riesgo Familiar

Los factores de riesgo familiar son todas aquellas determinantes que de manera directa o indirecta pueden influir en el estado nutricional y de salud del niño, de la mujer embarazada y/o de otro miembro de la familia: la falta de acceso a los alimentos, el alcoholismo, la violencia intrafamiliar, la baja escolaridad de la madre o el padre, la carencia de agua, de saneamiento básico, los aspectos culturales como creencias negativas son solo algunos ejemplos.

Clasificación de los factores de riesgo

Durante el desarrollo del Proyecto se ha tratado de estandarizar y dar pesos específicos a cada determinante social o factor para clasificar a las familias según factores de riesgo de una manera más normalizada.

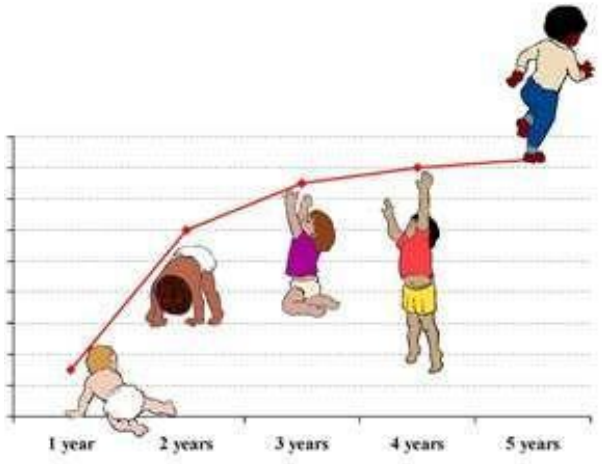
Sin embargo, durante el proceso se ha aprendido que un factor determinado puede comportarse de diferente manera en cada familia, lo que depende del poder de resistencia y/o adaptación que tienen las familias a diferentes factores (Robitschek.1999). Por ejemplo la ausencia del padre en una familia puede afectar de diferente manera porque en algunas familias puede rápidamente aparecer una nueva figura como los abuelos, suegros, entre otros, en cambio en otras familias puede que ese factor sea suficiente determinante para

que el niño llegue a desnutrirse.

En ese marco cada ACS, con su experiencia de "convivencia" con sus familias, evaluó la potencialidad de daño de cada factor o determinante identificado y más bien clasificó los factores de la siguiente manera:

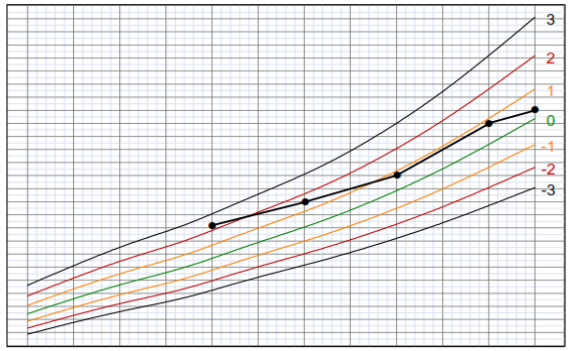
Clasificación	Que significa
Factores de alto riesgo	Son factores con potencial alto de provocar rápidamente desnutrición y/o enfermedad en el niño(a) o la mujer embarazada en un momento dado. Es probable que sean factores que van más allá del alcance del tema salud.
Factores de mediano riesgo	Son factores que no tendrían influencia muy directa en la salud o nutrición del niño o la embarazada. Podrían ser factores que para afectar requieran de otras condiciones y que el ACS podría controlar a mediano plazo.
Factores de bajo riesgo	Son factores que no tendrán influencia directa en la salud y nutrición del niño o la mujer embazada o que podrían hacerlo a largo plazo y que son factores fácilmente controlables por el ACS.
Factores sin riesgo	Son factores sin ninguna posibilidad de afectar la salud o estado nutricional del niño o la embarazada.

El ***ritmo de crecimiento*** de un niño y el estado nutricional de una mujer embarazada están supeditados a los factores de riesgos presentes en una familia.



En lo que respecta al ritmo de crecimiento de los niños, el Programa ha incluido dentro de su proceso de monitoreo del crecimiento de los niños, el análisis de las tendencias o líneas de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud[7]:

- ✔ El cruce de una línea Z
- ✔ La caída abrupta de la línea de crecimiento
- ✔ El estancamiento de la línea de crecimiento y
- ✔ El crecimiento esperado de la talla



El cruce de una línea Z

Si la línea de crecimiento de un niño cruza un z –score (de arriba o abajo), significa que se ha producido un cambio significativo en el crecimiento del niño.

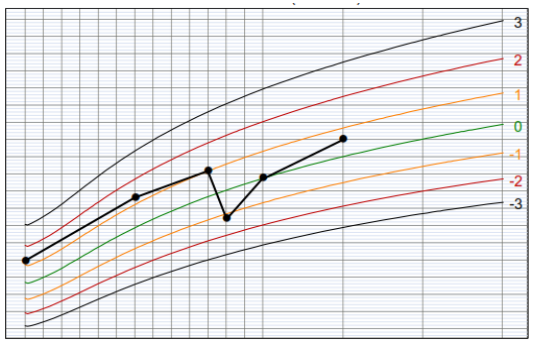
Si el cambio de tendencia se dirigiera de abajo hacia la media, significa un cambio positivo

tandards. World Health Organization.2006

pero si la línea mas bien se aleja de la media definitivamente no es un buen cambio y refleja la presencia de algún factor de riego que podría afectar el estado nutricional del niño.

Si el cambio es detectado a tiempo y los factores de riesgo familiares responsables de ello son identificados oportunamente se puede prevenir la desnutrición.

Caída abrupta de la línea de crecimiento



Este criterio es particularmente importante en el análisis del índice peso/talla o peso/edad ya que cualquier caída brusca de la línea de crecimiento debería estar seguida de una también abrupta ganancia del peso sobre todo después de un periodo de enfermedad. Durante el periodo de re alimentación la ganancia abrupta de peso es de “recuperación”. Si un niño ha ganado peso rápidamente se debe ver también la talla. Si el niño ganó en peso solamente puede significar un problema pero si lo hizo proporcionalmente en peso y talla es probablemente un proceso de recuperación de crecimiento luego de un periodo de enfermedad. Aún si el niño tiene sobre peso la caída abrupta de la línea debe ser investigada.



El estancamiento de la línea de crecimiento

El estancamiento de una línea de crecimiento generalmente indica algún problema. Si el peso del niño se mantiene el mismo durante un tiempo mientras la talla y la edad se van incrementando el niño probablemente tiene un problema.

La excepción es cuando un niño con sobre peso u obeso se mantiene en su peso en un determinado tiempo llevando al niño a un más saludable índice peso para la talla. Si un niño no experimenta incremento de talla en un tiempo existe un problema. Para niños en periodos de crecimiento acelerado (ej: durante los primeros 6 meses de vida) aún un estancamiento de crecimiento en talla de un mes puede representar un problema.

El crecimiento esperado de la talla

El CSRA ha incluido como propuesta otro criterio que se refiere al crecimiento que se espera calculado en base al ritmo de crecimiento o promedio de crecimiento en talla de un niño. Si un niño goza de un influjo constante de ciertas condiciones favorables (internas y externas) su tendencia de crecimiento se mantiene constante. Cuando alguna de estas condiciones se alterna por algún motivo, el ritmo de crecimiento en talla se altera, lo que repercute en su línea o tendencia de crecimiento.
Este criterio se consigue calculando un promedio de talla que un niño crece mensualmente a partir de al menos tres de sus últimos

controles de talla. El CSRA ha estado consciente de que este dato no es científico y que está influenciado por otros factores como los influjos hormonales en diferentes momentos de la vida, como durante los primeros 6 meses, pero ha servido como un insumo mas para predecir el estado del ritmo de crecimiento de la talla de los niños que se están evaluando. Estos cálculos son realizados por el sistema informático de manera automática y están dispuestos para el personal de campo para la toma de decisiones.

*Todos estos criterios fueron utilizados como **signos** predictivos del estado nutricional próximo del niño indicándoles a los ACS la presencia de un problema o factor de riesgo en la familia.*

Clasificación de las familias según riesgos

El desafío durante el desarrollo del Proyecto fue fortalecer las capacidades del equipo de implementación, principalmente los ACS y el personal del establecimiento de salud encargado del monitoreo del crecimiento y desarrollo de los niños, en:

- ✔ *Analizar las tendencias de crecimiento de los niños (sin desnutrición) como predictivos de su estado de nutrición mediato o inmediato*
- ✔ *Identificar, lo más precisamente posible, los factores de riesgo familiares*
- ✔ *Vincular el análisis de la línea o tendencia de crecimiento de un niño con los factores de riesgo familiares identificados.*
- ✔ *Establecer planes individuales (familiares) de control de los riesgos en base al diagnóstico integral inicial.*

Cada ACS, en cada familia combinó la información sobre la tendencia de crecimiento y la presencia de factores de riesgo de acuerdo al siguiente cuadro:

Clasificación	Que significa
Familias con alto riesgo	Son familias cuyos niños no están desnutridos pero han mostrado alguno de los criterios de problemas en la tendencia de crecimiento. Estas familias han mostrado varios factores o uno en especial que se considera como responsable o con potencial alto de provocar rápidamente desnutrición y/o enfermedad en el niño(a) en ese momento dado. Mayormente son factores que van más allá del alcance del tema salud. (falta de recursos económicos, violencia intrafamiliar, madre soltera, etc.) Muchas madres en el área de implementación del Programa estaban clasificadas en este grupo.
Familias con mediano riesgo	Son familias cuyos niños no están desnutridos pero han mostrado alguno de los criterios de problemas en la tendencia de crecimiento. Estas familias han mostrado varios factores de riesgo o uno en especial pero que se considera que no tendrían influencia muy directa en la salud o nutrición del niño. Podrían ser factores que para afectar requieran de otras condiciones y que el ACS podría controlar a mediano plazo.
Familias con bajo riesgo	Son familias cuyos niños no están desnutridos pero han mostrado alguno de los criterios de problemas en la tendencia de crecimiento. Estas familias han mostrado factores de riesgo que no tendrán influencia directa en la salud y nutrición del niño o que quizás podrían hacerlo a largo plazo. Son factores fácilmente controlables por el ACS.

Familias sin riesgo	Son familias que no tienen factores de riesgo o los factores existentes no tendrían ninguna posibilidad de afectar la salud o estado nutricional del niño.

A continuación se muestran algunos ejemplos de clasificación de familias según riesgo identificados:

Ejemplos	Clasificación	Fundamentación (aspectos relevantes)
Familia 1	Alto Riesgo	**Aspectos demográficos**: 3 hijos: 6 años; 4 años y uno de 1 año y 2 meses **Aspectos de salud y nutrición:** Niño menor de 2 años con buen estado de nutrición. Madre conoce mensajes clave de nutrición. El niño no ha mostrado problemas de salud y enfermedad en el último mes. **Aspectos sociales y económicos:** Madre recientemente separada del esposo. Solo el esposo generaba recursos para la familia Madre inició un trabajo fuera de la casa, dejando la custodia de los niños menores al mayor de ellos. Padres inquilinos. Ambientes: piso de cemento, paredes con algunas paredes revocadas. **Aspectos ambientales** Mantienen limpia la casa. **Diagnóstico general de salud y social:** Niño menor de 2 años con buen estado de nutrición. Familia de alto riesgo por la reciente separación del esposo, que obligó a la madre a delegar el cuidado de su menor de 2 años al hijo mayor. **Plan de intervención familiar:** El ACS estableció un plan de seguimiento con visitas de rutina frecuentes hasta convencer a la madre de que deje el cuidado del niño a una persona mayor responsable. Poco tiempo después la madre acudió a una guardería donde el niño está siendo controlado en su alimentación.
Familia 2	Alto Riesgo	**Aspectos demográficos**: 5 miembros en la familia (padre, madre, 1 niño de 2 mes de nacido, un niño de 3 años y una suegra) **Aspectos de salud y nutrición:** El niño de 3 años con desnutrición crónica. Este niño había sufrido de episodios de diarrea frecuentes en la gestión pasada según la madre mencionaba El niño de 2 meses tenía buen estado nutricional. La madre no conocía 8 de los 16 mensajes clave del AIEPI. No practica lavado de manos.

Ejemplos	Clasificación	Fundamentación (aspectos relevantes)
		Aspectos sociales y económicos: El padre es la principal fuente de recursos para la familia. Es chofer asalariado y está ausente durante todo el día de la casa. El parto de sus dos hijos se había producido en su domicilio debido a la influencia de la suegra quien había convencido a la nuera a no asistir al establecimiento de salud. El niño mayor que muestra desnutrición no fue atendido en el establecimiento de salud debido a que la suegra aplicaba algunas medidas tradicionales de "tratamiento" de la diarrea, que incluía la abstinencia de alimentos líquidos para evitar que sigan las deposiciones. **Aspectos ambientales** Su patio mostraba basuras y algunos utensilios de cocina en el patio. Había cerdos en el patio. **Diagnóstico general de salud y social:** El niño menor de 2 años no tenia desnutrición pero había riesgo alto de tenerlo no solamente por la poca información de la madre sobre los mensajes clave de salud sino también y principalmente porque había influencia alta de la suegra de hábitos y costumbres poco beneficiosas para la salud del niño. **Plan de intervención familiar:** Además de información sobre los mensajes clave el ACS estableció un plan de información y negociación con la suegra en el marco de los mensajes clave de salud.

Identificación de las familias con riesgo

Mapa de riesgos



Un mapa de cada Sub área fue trabajado por cada ACS donde se muestra los límites geográficos y la situación de las casas donde las familias con niños menores de 2 años están viviendo. Estas familias están identificadas con un color específico.

Al inicio del Proyecto se tenía previsto que los mapas muestren la ubicación geográfica de las familias con riesgos o por lo menos aquellas que tienen alto riesgo para poder identificarlos rápidamente, sin embargo con el tiempo se fue cambiando la estrategia de identificación ya que los factores de riesgo son muy dinámicos y como co-existen varios en una misma familia, la gran cantidad de información en el mapa dificultó conseguir el objetivo de identificar y planificar acciones en base a la identificación geográfica de los riesgos familiares. Esta actividad además demandaba mucho tiempo del ACS. Actualmente los mapas solamente tienen identificados a las familias con niños menores de dos años y se ha dejado para que el sistema computarizado Andrómeda signifique una alternativa de apoyo para identificar gráficamente a las familias con riesgos. En el futuro se espera que el sistema computarizado Andrómeda pueda generar información geo referenciada que

reemplace al mapeo manual de riesgos.



Clasificación de las carpetas familiares por riesgos

Cada ACS tiene bajo su custodia la totalidad de las carpetas familiares de su sub área. Estas carpetas fueron ordenadas por urbanización (unidad más pequeña que la Sub área) y a su vez en cada sub área, las carpetas están clasificadas por Alto, Mediano, Bajo y Sin riesgo según los criterios de tendencia de crecimiento identificados en los niños y los factores de riesgos de las familias.

El sistema informático Andrómeda clasifica a los niños de manera automática según los cuatro criterios descritos anteriormente y los ACS por su parte clasifican la familia según los factores de riesgo que ellos han identificado.

2.3.7. Visitas de Seguimiento

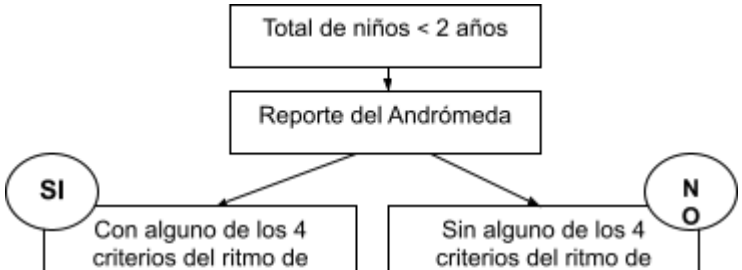
Se refiere a las visitas que se requieren para monitorear en la familia el progreso del cumplimiento de recomendaciones relacionadas a tratamientos, recomendaciones alimentarias, de prácticas clave, de conocimientos, etc. Las recomendaciones generalmente se generaron de la parte médica, de la nutricionista de la UNI, del centro de rehabilitación nutricional o de los mismos ACS quienes durante sus visitas domiciliarias de rutina dejaron orientación y ciertas recomendaciones. Estas visitas en general no tienen una frecuencia de tiempo establecida, aunque los casos normalizados como las establecidas en el AIEPI Nut como seguimiento a los casos de diarrea, neumonía, etc. fueron respetados:

Neumonía: Después de 2 días
Diarrea: Después de 5 días (si es diarrea sin deshidratación) y después de 2 días (si es disentería)

En los otros casos, los ACS definían con la madre y/o cuidador del niño la frecuencia de las visitas.

2.3.8. Actividades y tareas clave para el desarrollo de las visitas domiciliarias

1. Planificación de las visitas



La planificación de las visitas se inicia a principios de mes cuando cada ACS establece un calendario de visitas destinando un determinado tiempo a cada urbanización de manera general.

Para la planificación de las visitas domiciliarias dentro de cada urbanización, el ACS revisa el sistema informático Andrómeda que reporta el estado nutricional actual de la totalidad de los niños con sus respectivas tendencias o ritmo de crecimiento.

El sistema alerta al ACS de cualquier problema en el ritmo de crecimiento de los niños, en base a los cuatro criterios antes descritos. Todos aquellos niños que son reportados con algún problema en el ritmo de crecimiento, aun cuando todavía no están desnutridos, son priorizados y seleccionados por el ACS. Por el otro lado, los niños que no tienen ningún problema de ritmo de crecimiento son apartados y sus visitas domiciliarias se programan luego de visitar los otros casos de niños reportados con algún problema.

Del grupo de niños que el Andrómeda ha reportado con algún problema en el ritmo de crecimiento, el ACS revisa exhaustivamente su carpeta familiar y verifica si la familia tiene algún factor de riesgo. Una vez revisados los factores de riesgo el ACS vincula los datos de tendencias con los factores y la clasificación de riesgo de la familia que normalmente se lo habría realizado durante el diagnóstico inicial y luego de las visitas domiciliarias que se hubieran realizado a la familia.

La información del diagnóstico inicial registrado en la carpeta familiar y los antecedentes del niño ayudan al ACS a organizar las actividades que se necesitan hacer en la familia. En base al diagnóstico inicial el ACS sabe que práctica clave del AIEPI la madre no ha logrado adoptar hasta el momento o que factores sociales pueden haber provocado la afectación del ritmo de crecimiento del niño. En ese marco el personal organiza su visita domiciliaria. De esta forma procede con cada niño en las diferentes urbanizaciones de su sub área.

La premisa del Proyecto era cambiar el enfoque de atención de los niños, cambiando la priorización de los niños con desnutrición a los niños que No tienen desnutrición. Tradicionalmente se identificaban a los niños con algún problema ya establecido que había provocado desnutrición para hacerle seguimiento hasta su recuperación.En este Proyecto los niños SIN desnutrición fueron priorizados y el desafío era mantenerlos con buen estado nutricional DESDE EL EMBARAZO HASTA SUS DOS AÑOS DE EDAD, para lo cual debían adelantarse a los acontecimientos utilizando herramientas predictivas del estado nutricional de los niños.

2. Realización de las visitas

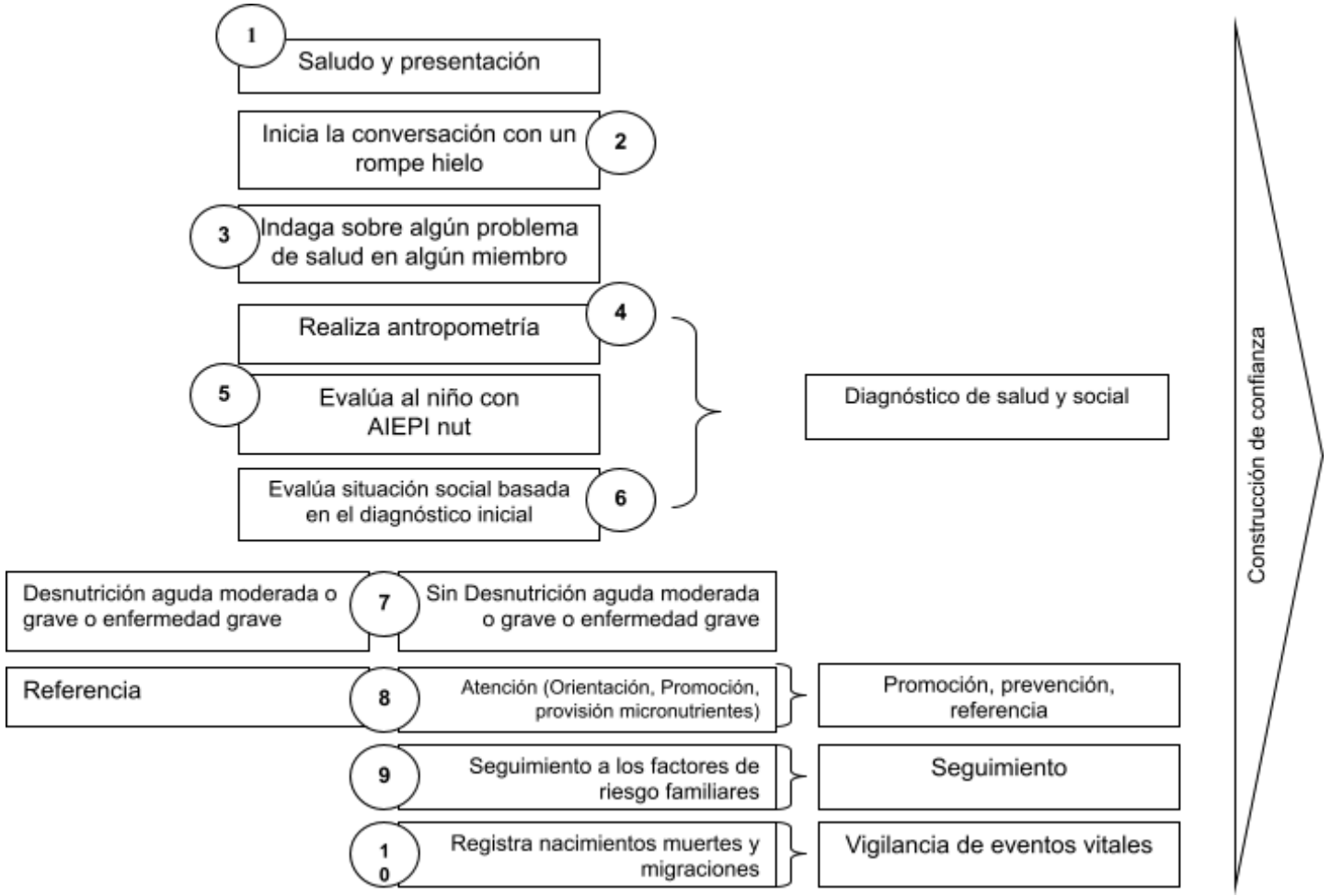
Los alcances del proceso de atención durante la visita domiciliaria fueron ampliamente discutidos en el marco de los objetivos del Proyecto. Las visitas domiciliarias son parte de la estrategia de contacto familiar de la MBCOI que busca el acercamiento del ACS a la familia en su propio entorno para principalmente conocer los factores que pueden estar o pueden afectar en el futuro la salud de la madre o del niño. Desde este punto de vista la visita no debe entenderse simplemente como una estrategia de extensión de los servicios de salud.

Las orientaciones generales de una visita domiciliaria son:

- Diagnóstico Social
- Detección de problemas de salud
- Seguimiento
- Vigilancia de eventos vitales
- Orientación, Promoción
- Construcción de confianza

En esta sección se describe la secuencia de pasos generales que se desarrollan en una visita domiciliaria tipo que permiten dar cumplimiento a las orientaciones generales de una visita domiciliaria.

Los pasos que se grafican se refieren a una visita tipo y varían según se trate de una visita rutinaria o de seguimiento. Cuando se trata de una visita rutinaria se cumplen la mayoría de los pasos en cambio cuando se trata de una visita de seguimiento pueda ser que la mayor parte de los pasos se excluyan o se resuman.



Durante las visitas de rutina iniciales se hace énfasis en el diagnóstico en cambio en las visitas siguientes las acciones de diagnóstico se resumen y se enfatizan las actividades de orientación y monitoreo de las recomendaciones establecidas en forma conjunta en visitas previas.

En las visitas a las embarazadas se hace énfasis en la orientación y promoción del establecimiento de salud para que la mujer embarazada acuda a sus controles prenatales.

2.1. Saludo y presentación

Aunque parece algo muy de rutina, es un paso clave cuando se trata de ganar la confianza de la familia. Los ACS se esforzaron por conocer los nombres de las madres o cuidadores para referirse a ellas por su nombre desde que tocaban su puerta. Trataron en lo posible de utilizar el término “usted” como forma de demostrar respeto hacia ellas.



La identificación es importante para las familias nuevas.

2.2. Inicio de la conversación

Si bien los ACS explicaban a las madres que las visitaban para hacer seguimiento de la salud de sus niños, trataban en lo posible de iniciar la conversación con un rompe hielo, es decir algún tema que puede haber surgido de la misma madre o algún otro familiar o del mismo ACS.

Esta conversación generalmente ayudaba al ACS a identificar las prioridades de salud de la madre en ese momento dado. Fue frecuente encontrarse con gente que estaba de muy mal humor en ese momento, por diferentes motivos. Comprender que había varias razones para que las familias se sientan así como, la falta de dinero, o problemas de pareja ayudaban a los ACS a sobrellevar el momento.

En varios casos el personal compartía algunas de las necesidades de ese momento con las madres: Uno de ellos comentó que generalmente ayudaba a cocinar a la madre mientras estaba sosteniendo parte de la conversación de la visita domiciliaria. Otro ACS comentó que antes de iniciar la visita en una casa ayudó a comprar unos medicamentos para el esposo de la señora porque noche antes había sufrido un asalto.

2.3. Indaga sobre algún problema de salud en algún miembro

Iniciar preguntando si es que alguien había enfermado últimamente en la familia ayuda no solamente a conversar sobre algo de alta sensibilidad en la familia, sino que denota preocupación por los demás. Desde el punto de vista del diagnóstico le ayuda al ACS a entender el perfil epidemiológico de toda la familia para ver si esos problemas podrían ser factores de riesgo para el menor de 2 años.

Una estrategia clave para la mayoría de los ACS para ganar la confianza de las familias era atender el problema de salud que la madre había identificado como prioridad en ese momento, aun cuando se trataba de algún problema en otro miembro de la familia. Por el contrario cuando se insistía en imponer las prioridades del ACS tratando de atender al niño cuando otra preocupación aquejaba a la madre, a la larga eso provocaba desde poca efectividad en la visita hasta rechazo de la madre en la siguiente visita.

2.4. Realiza antropometría

La antropometría estaba dirigida a los niños menores de 2 años. Para la medición del peso de la embarazada el ACS solicitaba y hacía seguimiento para que la madre reciba atención en el establecimiento de salud.

Para el ACS contar con información antropométrica le permitía tener información suficiente para detectar a tiempo algunos problemas de ritmo de crecimiento que puedan resolverse a tiempo.

El ACS mantenía el principio de *asegurar la medición de peso y longitud de los niños en lo posible mensualmente.* El concepto de "*asegurar la medición*" implicaba esforzarse en promocionar el servicio de control de crecimiento y desarrollo de los niños en los establecimientos de salud, y solamente en los casos en los que la madre no había acudido al establecimiento de salud, los ACS procedían a tomar las medidas antropométricas de los niños.

Para la medición del peso los ACS utilizaron inicialmente las balanzas Salter, con capacidad de hasta 25kg. Luego utilizaron las balanzas de precisión de pie SECA. Para la longitud (talla) utilizaron los infantómetros desplegables, fabricados de madera y venesta, compuestos básicamente de 3 piezas: Un tope fijo para la cabeza, uno móvil para los pies y una base donde reposa el cuerpo del niño.



Los mismos fueron certificados en su calidad y precisión por el Ministerio de Salud.
Los ACS registraban el peso en gramos y la longitud en centímetros y milímetros redondeando las cifras al milímetro más próximo inferior. Las balanzas eran calibradas cada día con un peso conocido.

Cálculo y análisis de los datos antropométricos

Para el cálculo de los índices antropométricos P/E; P/T y T/E, los ACS emplearon los nuevos estándares de crecimiento de la OMS que están incluidos dentro del manual del

AIEPI Nut.

Durante la visita domiciliaria, para aplicar el AIEPI Nut y luego para la retroalimentación a la madre y/o cuidador, el ACS realizaba cálculos manuales utilizando las tablas de crecimiento para niños y niñas establecidos como norma en el AIEPI Nut y que están basadas en los estándares de la OMS.



2.5. Evalúa al niño con AIEPI Nut

Los datos antropométricos eran utilizados para la evaluación y clasificación de los niños con el AIEPI Nut. Se había establecido como norma que todos los niños menores de 5 años sean atendidos en la casa con la estrategia AIEPI y con preferencia a los niños menores de 2 años.

Se aplicaron también los principios y recomendaciones del AIEPI Nut de la Familia y la Comunidad.

Este procedimiento permitía conocer principalmente el estado de salud clínico de los niños.

2.6. Evalúa la situación social de la familia

El ACS llega a la casa con pleno conocimiento (excepto si se traba de una familia nueva) de la familia. A través del diagnóstico inicial y las posteriores visitas a las casas los ACS lograron conocer la realidad de las familias y sus factores de riesgo.

A partir del diagnóstico sobre los conocimientos y prácticas sabían que práctica la madre no conocía para que durante la visita puedan orientar su consejería en ese sentido.

A partir de la información de la hoja de censo o ficha familiar sabían sobre la situación económica y social de la familia, misma que luego vinculaban con la información que habían recogido durante la antropometría y la evaluación con AIEPI Nut. De esta manera no solo sabían de la situación clínica y nutricional del niño sino que podían conocer casi exactamente (siempre y cuando hubieran logrado elaborar un buen diagnóstico social familiar) las determinantes sociales que podrían estar afectando la nutrición del niño y poniéndola en riesgo de desnutrición.

2.7. Toma de decisiones para la conducta a seguir

La toma de decisiones de las acciones a seguir se basaba en los criterios establecidos en el AIEPI Nut, es decir que si la condición es grave o amerita evaluación especializada, el niño era referido a los niveles correspondientes.

Si el niño presentaba desnutrición aguda moderada o grave o enfermedad grave, el niño era referido otros niveles como el centro de salud de Senkata o el Centro Albina Patiño, dependiendo del caso.

Si el niño no mostraba enfermedad grave o desnutrición aguda moderada o grave, el ACS iniciaba su atención.

2.8. Atención (Orientación, Promoción)

El CSRA, durante su larga experiencia de trabajo, ha estado buscando una estrategia eficaz que permita trascender de una información y comunicación que solo transfiere conocimientos a una comunicación efectiva que cambia o refuerza comportamientos probados que pueden mejorar la salud y la vida de los niños y sus familias.



Desde su experiencia la poca efectividad de la comunicación se debe a varios factores, algunos de ellos relacionados al método de comunicación pero varios otros relacionados a las personas.

Durante este Proyecto el CSRA ha combinado su experiencia propia y la evidencia actual sobre el tema para aplicar durante la visita domiciliaria las siguientes características a la comunicación establecida entre el ACS y la madre y/o cuidador del niño o la mujer embarazada para hacer más efectiva la orientación: El Respeto, la Pertinencia, la Oportunidad, la Especificidad, la orientación correcta y la comunicación de dos vías:

En el siguiente cuadro se describen cada una de estas características, su fundamentación y la manera práctica de cómo fueron operativizadas:

Características	Fundamentación	Operativización
El Respeto	La confianza que se crea con la familia es fundamental para iniciar y mantener la relación sostenible. Uno de los elementos clave para ganar la confianza ha sido mantener el respeto hacia las personas, a sus derechos, a su forma de pensar, sin importar su condición social, económica o religiosa. El respeto también desde el punto de vista de	Todo el personal que implementó el Proyecto recibió información sobre la cosmovisión andina para entender la perspectiva de la gente con la que ha trabajado. Se han tenido reflexiones permanentes sobre las relaciones interpersonales. Se ha supervisado la cordialidad que han mantenido hacia

Características	Fundamentación	Operativización
	mantener consideración y entender cuando algún miembro de la familia no quiere conversar, de entender que existe una razón porque la familia rechaza determinado servicio de salud. Respeto respecto de la forma como nos dirigimos a las personas, respecto a su idioma, a su cultura, etc.	los miembros de las familias durante las visitas domiciliarias, etc. Se insistió en que los ACS mantengan un tono de voz cordial y de cariño cuando se dirigían a las madres.
La pertinencia	Los procesos de comunicación siempre han tendido al "escopetazo" cuando se trata de informar sobre algo. Siempre existe la tendencia de hablar de todo cuando se está frente a la madre. Este aspecto puede deberse a varias razones: ▪ Generalmente no se parte de un diagnóstico inicial del estado de conocimientos de la madre. Si no se conoce que sabe y que no sabe, se puede correr el riesgo de informar algo que la madre o embarazada ya saben. ▪ También, se percibe que la madre no sabe muchas cosas y que es necesario tratar de solucionar el problema en un solo momento. ▪ Muchas veces las ansias del personal de salud de querer transmitir todo lo que ha ido aprendido es más que una actitud de dosificar la información. ▪ Cuando el personal de salud llega a una casa generalmente va cargado de una agenda de cosas que quisiera tocar y le cuesta aceptar o no se percata de las necesidades de información de la madre o la embarazada en ese momento.	Al inicio del Proyecto y con cada familia nueva, los ACS aplicaron una encuesta de conocimientos y prácticas sobre alimentación, nutrición y cuidado de los niños a las madres. Esta encuesta fue adaptada de tal manera que luego era el principal instrumento de seguimiento a la adopción de conocimientos y prácticas clave del AIEPI. La información del diagnóstico era actualizada en cada visita domiciliaria. Los ACS establecieron un plan de orientación especifico para cada familia, programando las orientaciones que eran necesarias en cada familia sobre la base de que ya sabían y que aún no sabían. En cada visita se priorizaba un determinado mensaje clave. Por otro lado, el ACS hacia esfuerzos en percatarse de otras necesidades de información que la madre tenía en un momento dado, para satisfacer esa demanda específica de información, incluso si fuera información fuera del ámbito de salud postergando la agenda de información con la que había llegado a la casa.
La oportunidad	El crecimiento de los niños es un proceso permanente que obliga al personal de salud a estar consientes en las necesidades de información particulares de cada periodo. Esta característica de la comunicación es importante y aunque parece muy obvia también es muy fácil de incumplir. La oportunidad de la información también tiene mucho que ver con el momento específico en el que se realiza la orientación. Si se realiza cuando la madre está demasiado ocupada, o muy próximo a un hecho que distrae la atención de la madre es probable que la orientación se vea	Con cada familia se estableció un plan de orientación para la madre y/o cuidador del niño que ponía especial atención en las edades de los niños. La supervisión estaba dirigida a monitorear el cumplimiento de esta característica.

Características	Fundamentación	Operativización
	afectada.	
Comunicación correcta	Este aspecto cada vez se ha ido minimizando a partir de la normalización de los aspectos técnicos en el tema de nutrición. El AIEPI Nut ha establecido información que se basa en la evidencia	Se ha supervisado la utilización correcta de los mensajes durante las visitas domiciliarias.
La especificidad	Aún cuando la orientación hubiera cumplido con los criterios de pertinencia, oportunidad, respeto, si es que no existe especificidad la información corre el riesgo de llegar a la madre con abundancia, con poca claridad y lo que es peor aún puede que la información que se retenga sea irrelevante. Esta característica tiene relación con el síndrome de escopetazo de la información, al abundar con datos e información a la madre.	Se hizo énfasis en la utilización de los mensajes clave de salud y nutrición durante las visitas domiciliarias. Se supervisó para que en las sesiones de orientación se utilicen solo mensajes clave y que al final de la misma se refuerce a la madre las mismas.
La comunicación en dos vías	Este es un elemento clave descrito en la política SAFCI como parte fundamental para facilitar la interculturalidad, entendido como el diálogo, aceptación, reconocimiento, valoración, articulación y complementariedad de los diferentes saberes y prácticas de salud.	El personal fue capacitado en negociación para que durante las visitas domiciliarias los ACS puedan mostrar lo que ellos conocen pero a la vez *puedan y sepan también escuchar a las madres* sobre su experiencia y vivencia. Se estableció un segundo espacio para intercambio de ideas, donde el personal y las madres aprendían de las mismas madres. Eran las reuniones de promoción del crecimiento o talleres de preparación de alimentos. Estas reuniones fueron diseñadas para preparar alimentos pero en el fondo su objetivo era tener un espacio de donde se puede conocer desde la perspectiva de la comunidad sus conocimientos y percepciones sobre la alimentación, salud y nutrición.

La posibilidad de crear dependencia de las familias a las visitas domiciliarias se minimiza porque una de las funciones clave de los ACS era promocionar las actividades en el establecimiento de salud, los esquemas de seguro y los otros incentivos como el Bono Juana Azurduy.

2.9. Seguimiento

El seguimiento es considerado como uno de los aspectos clave en la MBCOI. Durante las visitas domiciliarias no solamente se puede averiguar que cierta recomendación o acción



se haya cumplido o no, sino y principalmente se pueden identificar las razones o factores de porque no se están lograron cumplir. De esa manera se puede reforzar las acciones u orientación que se hubieran promovido.

Durante el desarrollo del Proyecto se desarrollaron dos tipos de seguimiento: Uno relacionado a los aspectos técnicos (*Seguimiento Técnico*) y el otro tan importante como el primero, el *Seguimiento a los Factores de Riesgo*.

Seguimiento Técnico: Para este tipo de seguimiento, la carpeta familiar cuenta con varios instrumentos que orientan al ACS para sus actividades de seguimiento: La hoja de visita domiciliaria tiene una sección donde se registran las recomendaciones y compromisos en general. El formulario del AIEPI Nut permite el registro de recomendaciones sobre alimentación. La encuesta inicial sobre conocimientos y prácticas también es un instrumento que facilitó el monitoreo de los conocimientos y prácticas de alimentación y cuidado de los niños. Para dejar un recordatorio de los mensajes clave sobre nutrición durante el Proyecto se diseñó un instrumento para la madre: La *Hoja de Compromisos* que describe de manera general los mensajes clave sobre nutrición por grupos de edad. Estas Hojas eran entregadas a la madre con una actividad de consejería, quienes luego lo pegaban en un lugar visible en su casa, para luego en la siguiente visita se revisen en su cumplimiento entre la madre y el ACS. Este instrumento fue diseñado originalmente por Save The Children, ajustado y actualizado con los mensajes clave del AIEPI.

Como parte del *Seguimiento Técnico* también se verificaba el consumo de los micronutrientes por parte del niño menor de 2 años o la mujer embarazada. En este sentido se aplicó el principio de Administración Observada del Programa de Tuberculosis (DOTS en inglés). En este caso se invitaba en cada visita a que la madre administre la chispita nutricional, el sulfato de hierro o el Nutribebé, a su niño para verificar la utilización correcta del micro nutriente. Se hacía énfasis en el cumplimiento de los esquemas.

Seguimiento a los Factores de Riesgo: Otro desafío importante para el ACS era hacer seguimiento a los Factores de Riesgo Familiares, entendido como las acciones que emprendía el ACS para contribuir, de alguna manera, a la solución de problemas que, en varios de los casos, iban más allá del ámbito de salud. De esta manera se logró operativizar el principio de Inter sectorialidad de la SAFCI. Cada ACS estaba comprometido a entender la situación de salud y nutricional de manera holística y de esa manera no solamente promover acciones desde el punto de vista de salud, sino que se convirtieron en trabajadores sociales que buscaban, junto con la madre o cuidador del niño, alternativas de solución a problemas más estructurales que representaban riesgo para la salud y nutrición de la familia o que estaban siendo causa de porque una determinada práctica de salud no se había adoptado.

Algunos factores de Riesgo eran fáciles de abordar sin embargo otros eran mucho más complejos (Ejemplos: falta de empleo, violencia basada en género, alcoholismo, etc.) Cada ACS estaba consciente de sus limitaciones para abordar determinados problemas estructurales pero tampoco se mantenían pasivos y trataban de establecer diferentes mecanismos creativos de cómo apoyar a la madre y en algunos casos a la comunidad a buscar soluciones: canalizando información cuando se trataba de problemas económicos (lugares de empleos) o facilitando el acceso de las madres a otro tipo de servicios como los legales en casos de violencia domestica, o simplemente abriendo los oídos para escuchar a una madre que estaba pasando por un mal momento.

Durante el desarrollo del proyecto los ACS comprendieron que la solución a algunos problemas complejos requiere que la madre o la familia venza progresivamente algunos estadios, que pueden en conjunto convertirse en un proceso corto o largo dependiendo de las características del problema y de la capacidad de adaptación y reacción de la familia hacia el mismo. El ACS entendió también que era

primordial haber establecido inicialmente una relación de confianza con la familia para que su apoyo sea efectivo y sostenible. Este camino generalmente comprendía los siguientes estadios:



Desde este punto de vista si bien el ACS no solucionaba algún problema estructural, como la falta de empleo, pero SI ayudaba y acompañaba a la madre y en algunos casos a la familia para resolverlos.

2.10. Vigilancia de eventos vitales

Durante la visita domiciliaria se realiza vigilancia de los nacimientos, de las muertes y los movimientos migratorios hacia adentro o afuera (las personas que se sumaron a la familia de manera permanente o las personas que emigraron de la zona por algún motivo) que se producen en las familias.

Monitorear los eventos de vida ha permitido al ACS medir con precisión los resultados e impacto del Proyecto, conocer el comportamiento de los nacimientos e identificarlos desde temprano para incorporarlos al programa. Se estableció que la mejor forma de actualizar esta información es a través de las visitas domiciliarias porque es en la casa donde la mayor parte de estos eventos ocurre. Los datos de nacimientos y muertes son registrados en la ficha familiar como instrumento básico para la recolección de esta información.

Para los casos de muerte ocurridos, adicionalmente se recogía información complementaria sobre los eventos sociales que se sucedieron y que desencadenaron en la muerte. Para este proceso se lleva a cabo un proceso de investigación social de la muerte a través de un formulario específico de *autopsia verbal*[8] , durante una visita domiciliaria específica. Para el desarrollo del proyecto se priorizaron las muertes de menores de 2 años y quienes se hacían cargo de realizarlos eran los médicos del establecimiento de salud o los mismos ACS de manera cruzada, es decir que el responsable de una sub área se hacía cargo de la investigación de otra muerte ocurrida en otra sub área para evitar el sesgo de la información.

2.11. Organización para la visita domiciliaria

Cada ACS contaba con ciertos insumos, materiales y equipo para el desarrollo de las visitas domiciliarias en el marco de la orientación de la visita domiciliaria:



rmación sobre los factores sociales, familiares, comunitarios o del sistema de salud que han influido en la muerte.



Equipos	Infantómetro/Tallímetro Balanza digital
Insumos	Micronutrientes
Material educativo	Láminas de orientación AIEPI Nut Cartilla de Salud Sexual y Reproductiva Volantes de promoción de los servicios de salud Hojas de compromisos
Material de registro	Carpetas Familias con: Hojas de visita domiciliaria; Hojas de censo/Fi familiar; Formularios AIEPI Nut; Hojas de referencia, Formularios de autopsia verbal



Herramientas:

1) Hoja de Compromisos (Anexo 10)
2) Cuaderno de consolidación de Registro de Eventos Vitales (Anexo 11)
3) Autopsia verbal (Anexo 12)

Lecciones aprendidas

i. La MBCOI en sí, es un instrumento de priorización o enfoque. Durante todo el proceso de implementación se requiere hacer un ejercicio de PRIORIZACIÓN, debido a que no siempre se cuenta con muchos recursos para cubrir a toda la población sino a la que MAS NECESITA (Equidad)
ii. Asegurar que la comunidad participe en la priorización es un principio de respeto y asegura resultados.
iii. Es frecuente que la comunidad o las familias establezcan otros problemas de salud que no hayamos encontrado en el diagnóstico pero que son de prioridad para ellos. No responder a sus prioridades puede provocar rechazo, la no adopción de prácticas recomendadas o poca participación
iv. La MBCOI tiene como principio el contacto familiar. Los primeros contactos imprescindiblemente tienen que ser en domicilio para conocer y entender las determinantes sociales de una enfermedad en la casa y en el entorno de la persona (Enfoque familiar y comunitario). Luego de que se conoce la realidad de las familias en su entorno de hogar, las visitas pueden espaciarse o

combinarse con técnicas en concentración. Además las VD deben articularse con los servicios del establecimiento de salud. *La VD promociona y complementa a los establecimientos de salud, nunca los suple o duplica.*

v. Una visita domiciliaria es efectiva si focalizada, planificada, integral y si su método de comunicación está basado en el respeto a las personas.

vi. Los programas que incluyen la VD siempre han sido observadas por su costo. El CSRA ha realizado estudios que han demostrado costo-efectividad.

vii. El personal encargado de promover la salud familiar y comunitaria en esta experiencia han sido auxiliares de enfermería. Este personal representa una alternativa mas barata que otras como los médicos o equipos con varios tipos de profesionales. La selección de estas personas (ACS) debe ser cuidadosa. No todos los auxiliares de enfermería pueden llegar a ser ACS. La capacitación técnica de estas personas es importante PERO MAS IMPORTANTE es su formación y vivencia en campo, su capacidad para hablar el idioma local (si es posible), y su formación o experiencia integral en salud y/o desarrollo.

2.3.9. La atención a partir de actividades en concentración

Un método complementario a las visitas domiciliarias para asegurar contacto familiar han sido las sesiones grupales con madres y/o cuidadores de niños menores de 2 años. Inicialmente estas reuniones estaban orientadas a la medición de peso y talla de manera conjunta con las madres pero luego estas sesiones fueron utilizadas para otros varios fines:



- ✔ Como estrategia complementaria a las visitas domiciliarias. En estas reuniones se refuerzan los mensajes clave; se ponen en práctica algunos consejos sobre alimentos.
- ✔ Se refuerzan los vínculos de confianza entre el personal de salud y las familias al considerarse este, un espacio informal donde se divierten las madres.
- ✔ Para que una madre aprenda de las prácticas positivas de la otra madre.
- ✔ Como una forma de articular los otros servicios de salud: los educativos, curativos así como los incentivos otorgados por los programas gubernamentales: Bono Juana Azurduy, el Seguro Materno Infantil y los otros programas de salud.
- ✔ Sin embargo el principal objetivo de este espacio era el de establecer un espacio donde los ACS podían conocer la perspectiva de la comunidad sobre nutrición y alimentación. Ahí se podía conocer porque una madre no utiliza o le cuesta utilizar los alimentos de alto valor nutritivo. Este espacio permitió operativizar el principio de interculturalidad al ser un espacio que promovía el diálogo de saberes entre el personal de salud y las madres.
- ✔ En este espacio se discutía con las madres sobre la importancia de la co responsabilidad en la nutrición y salud de los niños.

Cada 2 ACS organizaron reuniones entre madres que viven en sus urbanizaciones, la mayor parte de ellas, madres de los niños menores de 2 años, aunque también asistieron otras madres de niños menores de 5 años o incluso madres sin niños. Los ACS

recibieron capacitación sobre los alimentos y preparación de recetas con ingredientes locales tradicionales de alto valor nutritivo. De esta manera en estas sesiones se preparaban alimentos para que las madres aprendan maneras de cómo se puede preparar los alimentos, principalmente verduras sin que la madre o los niños se cansen de ellos.

Generalmente se ha visto que la madre no varía mucho en cuanto a la forma de preparar alimentos con insumos disponibles en la zona. En este sentido se desarrolló un estudio rápido sobre disponibilidad y accesibilidad de los alimentos en la zona de implementación del proyecto. A través de este proyecto se conoció que tipo de alimentos tradicionales de alto valor nutritivo existen disponibles en mercados locales, tiendas y otros espacios, además durante las reuniones de madres se consultó a las madres si usan esos alimentos, porque los usan o no. Con esta información se desarrollaron varias sesiones cada mes.

La frecuencia de estas reuniones estaba definida entre los auxiliares de enfermería y las madres participantes, sin embargo como mínimo eran reuniones mensuales. El lugar de reunión era un espacio dentro del centro de salud.



Como incentivo para la asistencia de las madres a estas reuniones, en las mismas se distribuirá el alimento complementario NUTRIBEBE o WAWA MANKANA mensualmente. De inicio, el auxiliar de enfermería lideriz ó las actividades del grupo, sin embargo, poco a poco se buscó la participación cada vez más activa de las madres, como estrategia de empoderamiento de las mismas. En vista de que cada ACS conocía a todas sus madres de su área asignada era fácil para el (ella) saber que madres no habían asistido. Estas madres eran luego visitadas por los ACS.



Este mecanismo de desconcentración de las actividades de promoción y prevención del establecimientos a la comunidad, mejoró ostensiblemente el acceso de las madres al programa.

Se desarrolló una feria de preparación de alimentos, que representaba el método de graduación de las madres que ya adquirieron los conocimientos de preparación de alimentos.

2.3.10. La atención desde el establecimiento de salud

Este proyecto tenía como enfoque el fortalecimiento de la atención en la comunidad a través del contacto de las familias. Las acciones que se realizan en el establecimiento de salud no difieren de otros de su mismo nivel. En esta sección solo se describen muy brevemente la capacidad y los servicios que presta el Centro de Salud de Senkata. El centro de Senkata es un establecimiento de primer nivel pero de referencia para el Distrito ya que cuenta con servicios de internación principalmente para la atención de partos. De esta manera el establecimiento atiende las 24

horas. Dentro de los servicios de atención al menor de 5 años el establecimiento cuenta con ambientes para el control del crecimiento y desarrollo de los niños, donde el niño es atendido por personal medico y de enfermería aplicando el AIEPI Nut clínico.

El proyecto apoyó con la capacitación del personal en AIEPI, entre otras temáticas.

2.4. MONITOREE Y EVALÚE LOS RESULTADOS, EFECTOS E IMPACTO DEL PROGRAMA

2.4.1. MONITOREO DEL PROYECTO

La MBCOI considera de vital importancia la medición de los indicadores de resultados, efectos e impactos. El conteo de las personas y la continua actualización de la población han permitido al Proyecto contar con denominadores precisos para la medición de estos indicadores.

El Monitoreo del Proyecto consistió de dos componentes macro, que de manera general fueron considerados como herramientas de gestión de la calidad del proyecto:

a) El primer componente se refiere al *Acompañamiento* que los supervisores aplicaron sobre el personal operativo, principalmente sobre los ACS, y que estaba orientado a mejorar el desempeño de ellos en su trabajo cotidiano y de esa manera mejorar la calidad de las acciones;

b) El segundo componente de monitoreo se refiere a la *Gestión de la información* que comprendió todo un proceso sistemático y continuo de recolección periódica de datos, su procesamiento y análisis para la toma de decisiones y la elaboración de planes de acción. La participación de la comunidad en todo este proceso fue un elemento central y algo que se promovió permanentemente.

a) Acompañamiento

El *Acompañamiento* que se aplicó en el Proyecto muestra diferencias sustanciales con la Supervisión. En el cuadro siguiente se resumen las principales diferencias:

Sistema clásico de Supervisión	Acompañamiento
Centrado en los resultados	Mira los resultados pero principalmente los procesos
Las visitas de supervisión son generalmente esporádicas	Las visitas de acompañamiento son frecuentes
Las visitas de supervisión son imprevistas	Las visitas son más programadas y consensuadas.
Orientada a detectar problemas técnicos para tratar de resolverlos	Orientada a detectar problemas técnicos pero también humanos que pueden estar influyendo en el desempeño de la persona
Las visitas de supervisión detectan problemas para penalizar a las personas hasta corregir los mismos	Establece algunas penalizaciones pero principalmente establece mecanismos de motivación e incentivos.
El supervisor es poco empático	El acompañante tiene que ser muy empático

EL Acompañamiento tenía como principal objetivo el de crear condiciones para mejorar la satisfacción del personal de salud, en este caso todo el personal operativo, principalmente los ACS (considerado como cliente interno) promoviendo su desarrollo personal y técnico, mejorando sus condiciones de trabajo. Los Supervisores interactuaban continuamente y monitoreaban su trabajo en el marco de estándares de gestión. A partir de esta información los supervisores establecían planes individuales de trabajo con cada ACS para apoyarles en temas tanto humanos como técnicos.

Se establecieron dos niveles de Acompañamiento: De la Responsable del Proyecto a la Supervisora Técnica y de la Supervisora Técnica a los ACS. El Centro de Salud tenía su propio sistema de supervisión operativizado desde la Gerencia de Red. El sistema de supervisión del Proyecto con el de la Gerencia de red se vinculó a través del la supervisión del AIEPI Nut. Periódicamente la gerencia de red con la responsable del proyecto aplicaban una lista de chequeo para evaluar la calidad de la aplicación de AIEPI Nut en el establecimiento de salud y en las visitas domiciliarias.

b) Gestión de la información. El Sistema de Información de Vigilancia Comunitaria Nutricional (S.I.V.CO.N)

El sistema de información del Proyecto fue diseñado en el marco de los principios y atributos del Sistema de Vigilancia Comunitaria Nutricional del PDC. El SIVCON tiene el objetivo de recolectar, procesar y analizar de manera participativa información clave relacionada al estado de nutrición de los niños.

El Sistema tiene la capacidad de recolectar información para analizar ciertos procesos y resultados del proyecto:

- Recoge información de toda la población porque esta relacionada al censo comunitario.
- Mide de manera longitudinal el estado de salud y nutrición de un niño, facilitando con ello el seguimiento familiar.
- Calcula los índices antropométricos del niño basado en los nuevos estándares de crecimiento de la OMS y de esa manera puede medir el porcentaje de niños que tienen desnutrición en cada sub área.
- Puede pronosticar la tendencia de crecimiento del niño en base a su ritmo de crecimiento.
- Mide los Conocimientos y Prácticas de madres y/o cuidadores de niños sobre alimentación y cuidado de los niños.
- Vincula la información de salud, que una familia y sus niños han recibido de parte del personal de salud en el establecimiento de salud y del ACS en las visitas domiciliarias.
- Ayuda en la organización de las actividades que se requieren desarrollar con las familias.
- Proporciona información oportuna sobre el estado de salud y de nutrición de los niños y promueve análisis y toma de decisiones participativas.



Organización del SIVCON

El SIVCON contempla los elementos básicos de un sistema estándar: i) la Recolección de los datos; ii) El procesamiento; iii) El análisis y la toma de acciones:



Recolección de datos

La recolección de datos está relacionada con todos aquellos procesos e instrumentos (las fuentes primarias) que permiten recoger información directa de la familia.

El centro de salud de Senkata cuenta con servicios de consulta externa pediátrica y las salas para el control del crecimiento y desarrollo de los niños. En el establecimiento de salud se utiliza la Historia Clínica, que contiene varios instrumentos como los carnets de salud infantil, formularios de evaluación del AIEPI (aquellos que fueron aplicados en el establecimiento de salud), entre otros.

Las vistas domiciliaras utilizaron las carpetas familiares que incluyen: formularios de censo o ficha familiar, las hojas de visita domiciliaria, copias del carnet de salud infantil y los formularios de clasificación del AIEPI (aquellos que fueron aplicados en la visita), además de los carnets prenatales. Los ACS mantuvieron actualizados los componentes de esta carpeta de manera periódica. Recordemos que la hoja del censo recoge información básicamente demográfica: número de miembros de la familia, sexo y edades de cada uno de ellos, el grado de instrucción escolar, algunos datos de la vivienda como letrinas y fuentes de agua. Recoge también información sobre eventos vitales (nacimientos, muertes y migraciones). En la hoja de visita domiciliaria se registrarán enfermedades, tratamientos prescritos y una descripción (tres o cuatro palabras) de las sesiones de consejería a la familia. Para efectos del proyecto se entregaron a las madres *"hojas de compromisos"*, que permitieron registrar los compromisos asumidos por la madre respecto a prácticas de alimentación o de cuidado para los niños y los plazos definidos para su cumplimiento. Cada ACS aseguró de que cada niño cuente con su carnet de salud infantil actualizado con datos sobre el peso, talla, estado de vacunación, suplemento de micro-nutrientes, etc. Los formularios del AIEPI-Nut facilitaron la clasificación del niño respecto a enfermedades prevalentes. En relación a la madre: se aseguró la entrega de carnets prenatales a cada mujer embarazada, los mismos que se actualizaron permanentemente con datos sobre: presión arterial, peso, crecimiento uterino y se registrarán las actividades de consejería en las hojas de visita domiciliaria. En caso de muertes maternas o de niños menores de 2 años se investigaron las causas sociales de las muertes en formularios denominados de *"autopsia verbal".*

El cuaderno de eventos vitales es el instrumento empleado para la sistematización de la información sobre nacimientos y muertes. Cada sub área cuenta con un cuaderno específico para el registro sus eventos vitales Los datos que se registran para los nacimientos y muertes son lo siguientes:

Nacimientos	***Muertes***
Nombre del recién nacido	Nombre del fallecido
Nombre de los padres	Comunidad o barrio de residencia
Edad de la madre	Nombre de los padres o jefe de familia para caso de muertes de niños
Nombre de la comunidad o barrio	Fecha de nacimiento
Fecha de nacimiento	Tuvo algún tipo de atención al morir
N` de vivienda	Causa de muerte
Donde y como fue atendido el parto	Edad al morir
Peso al nacer (o el primer peso después de su nacimiento, especificando la fecha).	Responsable de detección
Responsable de la detección	

Procesamiento de datos

Para el procesamiento el Responsable Informático diseñó un sistema denominado ***Andrómeda***, bajo la plataforma Visual Visio. Este sistema está desarrollado conforme a la metodología clásica del ciclo de vida del software en conjunción con la metodología de prototipos, lo cual facilita su modularización y desarrollo paulatino. Actualmente el sistema cuenta con los siguientes módulos ya desarrollados e implementados:



Modulo de Gestión de Historias Clínicas, que permite el registro/modificación/eliminación (lógica) de familias nuevas y asignación de número de historia Clínica Familiar, siguiendo un orden secuencial. El registro/modificación/eliminación (lógica) de integrantes dentro de la familia, asigna un número de historia clínica personal, a cada integrante, de acuerdo a la posición familiar que ocupe, adicionándole un código según se trate de padre, madre, hijo, hija, u otro familiar (ejemplo: 00058-10 Padre de la familia 58; 00058-31 – Segundo hijo registrado de la familia 58). Este modulo permite la búsqueda, ubicación física e impresión de la Historia Clínica de cada persona de la familia. Este módulo es operado en la Recepción del Centro de Salud de Senkata por el personal de turno.

Modulo de Gestión Censal, permite el registro, modificación o alteración del estado de una familia o de determinado integrante de la misma. Toda familia censada es registrada en este módulo, a fin de proveer al ACS los datos de ubicación geográfica, mortalidad, saneamiento básico, eliminación de excretas y basura, calidad de la vivienda y composición; además a nivel de integrante se lleva el control de sus datos personales, nivel de estudios alcanzado, dominio de los idiomas comúnmente utilizados, permanencia dentro del área, entre otros. Este modulo permite, además, el registro de los eventos vitales que podrían

presentarse (muertes y nacimientos) además de otros eventos como: incorporación, migración y traslado; ya sea a nivel familiar o de integrante.

Módulo de seguimiento a niños, mediante la información otorgada por el carnet de salud infantil, este modulo permite el control de los siguientes aspectos, por cada niño: datos de los padres, apoderados y ubicación geográfica; esquema de vacunación según el Programa Ampliado de Inmunizaciones (determinando esquema completo); Seguimiento a ingesta de micronutrientes (Vitamina A, Jarabe de hierro, zinc, chispitas nutricionales); seguimiento al desarrollo psicomotor; Seguimiento nutricional a partir de la medición automática de los índices: Talla/Edad (T/E); Peso/Talla (P/T) y Peso/Edad (P/E) incluyendo graficas evolutivas de la OMS; provisión de mebendazol y Nutribebé.

Módulo de Seguimiento T/E: Permite identificar de manera precisa y en función a los datos obtenidos en cada Control de Crecimiento y Desarrollo (CCD): i) niños con desnutrición crónica: crecimiento adecuado, no adecuado, por debajo del promedio, cruce de línea Z, horizontalización de la curva. Niños con solo un sólo CCD; ii). Niños sin desnutrición crónica: crecimiento adecuado, no adecuado, por debajo del promedio, decremento en punto Z, horizontalización, niños con sólo un CCD. Detección de errores: errores en los datos introducidos, errores de disminución de talla. El modulo permite obtener impresa o en pantalla, toda la información anteriormente expuesta por responsable y zona, además calcula para la población menor de 5 años los siguientes datos: niños censados, niños incorporados y niños afiliados. Aplica a los siguientes grupos etáreos: 0 a 11 meses, 12 a 23 meses, menor de 2 años, de 2 a menor de 5 años y de 0 a menor de 5 años.

Módulo de Seguimiento genérico a niños menores de 5 años: Permite el seguimiento constante, en una sola pantalla y en una interfaz que simula una hoja Excel de los datos más importantes de cada niño, esto es: vacunas, micronutrientes y estado nutricional.

Módulo Generador de informes: Calcula, presenta e imprime en formatos amigables y de fácil interpretación la siguiente información referente a producción mensual: CCDs nuevos y repetidos, chispitas nutricionales entregadas, Vitamina A y nutribebé y vacunación dentro del servicio (centro de salud). La siguiente información de producción semanal: estados nutricionales P/T nuevos, estados nutricionales P/T repetidos; estados nutricionales T/E nuevos; estados nutricionales T/E repetidos. La siguiente información de seguimiento mensual o por fechas determinadas: casos de DNT aguda (con 3 CCDs de seguimiento en el periodo seleccionado); casos Actuales de DNT aguda (con 3 CCDs de seguimiento en el periodo seleccionado)

El sistema Andrómeda permite:

1. La gestión de los datos censales a nivel de familia y persona
2. La gestión de datos referentes a micronutrientes, inmunizaciones y controles de Crecimiento y Desarrollo (CCD) y psicomotricidad para todo niño menor de 5 años
3. Seguimiento detallado por cada niño menor de 5 años a la suplementación de micronutrientes, esquema de vacunación y estados nutricionales Talla/Edad, Peso/Talla y Peso/Edad
4. Evaluación y seguimiento constante e individualizado a los casos de:
    a. Niños con Desnutrición crónica y/o aguda
    b. Niños sin Desnutrición crónica y/o aguda

    c. Niños con o sin desnutrición que presentan crecimiento no adecuado y crecimiento adecuado
    d. Niños con o sin desnutrición Niños con estancamiento nutricional (también denominado horizontalización)
    e. Decremento abrupto de puntaje Z
5. Generación de gráficas nutricionales por niño menor de 5 años, considerando la evaluación de todos los controles de crecimiento y desarrollo a los que fue sujeto, estas gráficas consideran la desnutrición aguda (peso para la talla), la desnutrición crónica (talla para la edad), la desnutrición global (peso para la edad) y el índice de masa corporal, gráficas que pueden ser representadas en percentiles o en desviaciones estándar y cumplen con todo los requerimientos exigidos por la Organización Mundial de la Salud.
6. Informe constante de la prevalencia para la desnutrición crónica (Talla/Edad) como aguda (Peso/Talla).
7. Generación de reportes de producción de servicios diferenciados por el lugar de ejecución de la actividad.
8. Generación de reportes de seguimiento a la tendencia de crecimiento, ya sea adecuada o inadecuada en niños menores de 5 años.
9. Reporte de niños con crecimiento adecuado según estándares de la OMS y promedio esperado de crecimiento individual.
10. Reporte del estado poblacional por grupos etarios, responsables y zonas.
11. Generación de reportes de indicadores.
12. Cálculo antropométrico mediante estándares OMS, en niños no necesariamente incorporados a los programas de extensión comunitaria.

Toda la información procesada luego es consolidada en el Sistema Nacional de Información e Salud (SNIS)

Análisis participativo

El proyecto estableció dos tipos de análisis: Un primer tipo de análisis de procesos y un segundo tipo o de resultados:

Análisis de procesos:

Este tipo de análisis tenía como objetivo analizar la calidad de la visita domiciliaria y se trataba de reuniones periódicas entre los ACS donde cada uno de ellos compartía y analizaba un caso (familia) que había atendido.

En esta reunión describía inicialmente el diagnóstico familiar y fundamentaba el mismo con sus hallazgos en la visita domiciliaria. Vinculaba la presencia de determinantes sociales familiares y el estado nutricional del niño y de la familia. Luego explicaba el plan de intervención familiar que había establecido y seguidamente cada uno de sus compañeros comentaba sobre el caso y en muchos casos aconsejaba al ACS para mejorar su plan de intervención familiar.

Análisis de resultados:

El sistema Andrómeda dispuso la información a diferentes instancias en diferentes niveles para su análisis:

i. Comité de análisis de la Información (CAI) de área y de red.



A este nivel la Responsable del Proyecto y los ACS han informado sobre los avances y resultados del proyecto utilizando alguno indicadores de cómo el porcentaje de niños menores de 2 años con desnutrición, la cobertura de madres con conocimientos y practica adecuadas sobre alimentación y nutrición, etc.

ii. Reuniones con el Comité Local de Salud (COLOSA)

Se refiere a la reunión de análisis comunitario con participación de actores locales (Autoridades Locales de Salud, las Juntas de Vecinos, y algunos otros líderes comunitarios).



La socialización de la información a este nivel promovió la participación activa de miembros de la comunidad en su análisis, la detección de problemas y la búsqueda conjunta de soluciones.

La duración, frecuencia y dimensión de estos eventos variaron y se ajustaron al contexto de cada urbanización. Cada ACS en forma conjunta con los ALS organizó una reunión trimestral en el ámbito de su sub área.

Durante el desarrollo del proyecto, este espacio fue utilizado para retroalimentar los resultados de la línea de base del proyecto y lograr con ello la sensibilización de las autoridades respecto a la problemática de nutrición para conseguir su apropiación e involucramiento.

Las siguientes reuniones tenían el objetivo de monitorear el avance del proyecto. Las técnicas y materiales que se utilizaron fueron variados y la información que se compartía era principalmente gráfica.

Algunas variables que se analizaron en estos eventos eran: número de niños desnutridos, número de niños con crecimiento normal, número de niños con controles mensuales, identificación de condicionantes en la comunidad que influyen en la nutrición del niño, nivel de satisfacción de las madres con las visitas domiciliarias, nivel de cumplimiento de acuerdos por parte de las madres, etc.

Reuniones con la Sub alcaldía (Sub COMAN): La instancia de representación de la alcaldía en el Distrito 8 es la Sub alcaldía. Si bien no esta formalmente reconocida como sub COMAN, en este espacio la responsable del proyecto ha incorporado el tema del programa de nutrición como parte de la agenda para analizar y en forma conjunta con el COLOSA gestionar ante el COMAN dela ciudad de El Alto las demandas del programa de nutrición del Distrito 8 en general y del área de implementación del proyecto en particular.