

PROMOCIÓN DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN LA PRIMERA INFANCIA

BUENAS PRÁCTICAS Y LECCIONES APRENDIDAS DEL PROGRAMA *BUEN INICIO*



PROMOCIÓN DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN LA PRIMERA INFANCIA

BUENAS PRÁCTICAS Y LECCIONES APRENDIDAS DEL PROGRAMA *BUEN INICIO*

Elaborado por Lucila Sierra

Prólogo.....7

Reconocimientos.....11

Abreviaciones.....13

Presentación.....14

Resumen Ejecutivo.....17

1. Invirtiendo en los Más Pequeños27

El Derecho a un Buen Comienzo en la Vida.....27

Implicaciones Económicas y sociales29

El problema del tiempo.....34

2. El Crecimiento y Desarrollo Temprano41

Concepto y Características43

Dimensiones del Desarrollo45

Factores de Riesgo47

Efectos y Consecuencias50

3. El Contexto de las Zonas de Intervención59

4. Los Lineamientos de Buen Inicio69

Objetivos y Metas.....70

Marco Conceptual.....71

Lecciones Prácticas75

5. La Metodología Participativa.....81

Concepto y Características84

UNICEF
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Fotografías de carátula e interior:
UNICEF

Diseño y Diagramación:
Gilberto Cárdenas Llana

Impresión:
Datos de la imprenta

Tiraje:
xxxxxxx

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2011 -
Lima, julio de 2011
Primera edición

Este documento puede ser copiado y citado, total o parcialmente, siempre
y cuando se mencione la fuente. Por favor, envíenos una copia de cualquier
documento, artículo u otro que cite esta publicación.

El contenido de esta publicación es responsabilidad de la autora y no
necesariamente representa la opinión de UNICEF.

CONTENIDO

Procesos Participativos86

Métodos y Técnicas.....90

Empoderamiento.....92

Problemas en el Manejo de PRA94

Lecciones Prácticas96

6. Los Actores.....103

Equipo del Programa.....103

Actores Locales.....104

El Factor Personal105

Lecciones Prácticas109

7. Las Intervenciones115

Concepto y Características116

Ejes Temáticos118

Componentes Estratégicos121

Lecciones Prácticas122

8. Monitoreo del Crecimiento y Desarrollo en

Establecimientos de Salud127

Concepto y Características128

Establecimientos Participantes129

Componentes131

Lecciones Prácticas138

9. La Vigilancia Comunitaria143

Concepto y Características144

CONTENIDO

Componentes146

Lecciones Prácticas157

10. La Capacitación165

Concepto y Características166

Participantes168

Estrategias y Métodos.....169

Formación de Capacitadores.....172

Lecciones Prácticas173

11. La Comunicación179

Comunicación Participativa179

Concepto y Características181

Audiencias y Estrategias.....182

Comunicación educativa183

Comunicación Interna192

Comunicación Externa194

Lecciones Prácticas195

12. El Monitoreo y la Evaluación201

Concepto y Características202

Evaluación de la Implementación.....204

Evaluación de Resultados.....211

Indicadores de Resultados213

Lecciones Prácticas217

13. Los Resultados.....223

CONTENIDO

Coberturas de Participantes	223
Resultados de Impacto	225
Resultados de Proceso	228
Resultados de Progreso	238
Otros Resultados.....	241
14. Reflexiones e Implicaciones Finales	251
Escenario de la Situación	253
Aspectos Críticos	255
Necesidades de Investigación	269
Referencias Bibliográficas	271
Anexo 1: Resultados	285
Anexo 2: Testimonios	294

PRÓLOGO

La primera infancia es una de las etapas fundamentales del desarrollo humano. Existe abundante evidencia sobre la trascendencia de la gestación y los primeros tres años para el Buen Inicio en la vida de toda persona. Buen inicio que se reflejará tanto en el desarrollo individual como en el de la sociedad.

Es derecho de todos los niños y niñas alcanzar el máximo de sus capacidades físicas, intelectuales, emocionales y sociales en estos primeros años de vida. Lograrlo repercutirá posteriormente en mejores capacidades para la vida escolar, laboral y familiar. El cumplimiento de este derecho implica el compromiso de todos: Estado, sociedad civil y familias.

El marco conceptual promovido por UNICEF para el Desarrollo Infantil Temprano, que apunta al cumplimiento de este derecho, nos señala una mirada holística de la atención integral de las madres gestantes y niños pequeños. Requiere de la articulación de intervenciones en salud, nutrición, desarrollo y protección. Cada una de estas intervenciones debe insertarse en las políticas, presupuestos, servicios, programas y en la vigilancia de las comunidades. El reto es lograr los resultados en la vida de los niños y niñas, y ello implica entender cómo desarrollar estas intervenciones en los diversos contextos y con activa participación de los involucrados.

La experiencia desarrollada en Buen Inicio es un esfuerzo por entender este cómo en áreas rurales andinas y amazónicas del Perú.

Esta iniciativa, impulsada por UNICEF Perú en alianza con USAID entre los años 1999 y 2005, se desarrolló en comunidades seleccionadas de Cusco, Apurímac, Cajamarca y Loreto. El objetivo fue promover el crecimiento y desarrollo temprano de los niños y niñas desde su concepción hasta los tres años de vida.

El autor presenta paso a paso el desarrollo de esta experiencia: el contexto, la metodología, los actores, los componentes y los resultados. De manera innovadora y explicativa plantea en cada capítulo las lecciones aprendidas, como una forma de reflexionar sobre los aspectos que pueden ayudar a mejorar los procesos y los resultados de las intervenciones. Finalmente se propone algunas reflexiones, útiles para los programas del Estado y las organizaciones que buscan resultados en la vida de las madres y niños pequeños de estos contextos excluidos y vulnerables.

Buen Inicio ha logrado demostrar que la participación de las comunidades rurales y las familias en los programas, tiene un potencial transformador. La dinámica comunitaria en estas zonas fue capitalizada para su participación activa en el tema. En este aprendizaje, las comunidades enseñaron cómo quieren participar. Su involucramiento fue fundamental para el logro de los resultados.

Entre el 2000 y 2004, la experiencia logró reducir en 17 puntos porcentuales la desnutrición crónica, en 24 puntos la anemia y en 25 puntos la deficiencia de vitamina A. Además se consiguió mejorar las prácticas de lactancia materna, alimentación complementaria, la participación del pa-

dre, la estimulación psicoafectiva y los controles oportunos de madres y niños en los servicios de salud.

Los resultados han sido posibles gracias a la apuesta realizada por las Direcciones Regionales de Salud de estas regiones, las ONGs, los municipios, las comunidades y las familias. Igualmente importante fue el aporte de USAID que buscó innovar los programas nutricionales bajo una perspectiva diferente, integral, preventiva y promocional con fuerte participación comunitaria.

Ponemos a su disposición este libro y esperamos contribuya con el esfuerzo del Perú y los países de la Región de América Latina en su lucha contra la desnutrición crónica, la atención integral a la primera infancia y en la promoción del Desarrollo Infantil Temprano, como parte de los compromisos asumidos en las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Movilización por la Nutrición propuesta por las Naciones Unidas (SUN- Scaling up Nutrition).

Paul Martin
Representante de UNICEF Perú

RECONOCIMIENTOS

Este documento es el producto del aprendizaje de todos los que, desde diferentes responsabilidades y capacidades, participaron de manera decidida en el desarrollo del programa: María Elena Ugaz, Josefina Vásquez, Amelia del Castillo, Carmen Palomino, Ernesto Vásquez, Walter Silvera (Equipo nacional), Marlene Pareja, Luz Dueñas, Diego Duroyani, Alcides Navarro, Honorio Vera (Equipos departamentales), Kusi Warma, Visión Mundial Ricchary Ayllu, Parroquia Santa Rita de Casia, Intervida/Solaris (ONGs facilitadoras) y ONGs radiales. A ellos van los mayores reconocimientos por haber mantenido la integridad de la visión de *Buen Inicio* y por contribuir a hacer la diferencia en la satisfacción de los derechos de miles de niños y de madres peruanas. A ellos gracias por la inspiración, la dedicación, la pasión, el compromiso y el respeto por los principios de la ética. Al personal de apoyo de Unicef Rosario Fernández, Eduardo Alarcón, Jorge Portugal, Paloma Slocovich quienes con su trabajo y comprensión compartieron los esfuerzos y con su paciencia fueron siempre el soporte en las situaciones difíciles.

Gracias especiales a USAID por su generosa contribución económica, y a Susan Brems y Luis Seminario por su confianza, su constante apoyo y por su interés genuino en probar nuevas opciones para potencializar el crecimiento y el desarrollo de los niños marginados por la pobreza.

Es la esperanza que este documento comunique en algún grado las vivencias humanas del trabajo, estimule el espíritu de compromiso y

solidaridad y oriente el actuar de quienes pueden hacer posible que los niños pobres por nacer tengan la oportunidad de mejorar su potencial de desarrollo.

ABREVIACIONES

BM	Banco Mundial
BID	Banco Interamericano de desarrollo
BI	Buen Inicio/Good Start
CDT	Crecimiento y Desarrollo Temprano
CENAN	Centro Nacional de Alimentación y Nutrición
CIAS	Comisión Interministerial de Asuntos Sociales
DDI	Desórdenes por deficiencia de yodo
DVA	Deficiencia de vitamina A
ENAH	Encuesta Nacional de Hogares
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
IDS	Instituto de Desarrollo Social
INEI	Instituto Nacional de Estadísticas
MDM	Metas del Desarrollo del Milenio
MINSA	Ministerio de Salud
MPCD	Monitoreo y Promoción del Crecimiento y Desarrollo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PRA	Participatory Rural Appraisal (Evaluación Rural Participativa)
SME	Sistema de Monitoreo y Evaluación
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

PRESENTACIÓN

Las políticas de nutrición en los países en desarrollo están hoy reorientando sus estrategias en la búsqueda de mayores impactos y mejores resultados costo-beneficio que los logrados en las dos últimas décadas. Las experiencias focalizadas en edades tempranas, la integración de las intervenciones y la participación comunitaria, son estrategias que vienen siendo implementadas en varios países con resultados que van más allá de la reducción de la desnutrición crónica. Este es el caso de los programas de monitoreo y promoción del crecimiento y desarrollo temprano, los cuales han mostrado resultados de largo plazo y un incremento en el potencial de beneficios de las inversiones.

El presente documento registra el aprendizaje logrado en la ejecución del Programa de Crecimiento y Desarrollo Temprano *Buen Inicio* (BI), desarrollado en Perú durante el período 1999-2005. Representa la acumulación de conocimientos y lecciones aprendidas de numerosas fuentes: Ministerio de Salud (MINSA), UNICEF, Agencia Internacional para el Desarrollo (USAID), personal del programa, investigadores externos, ONGs, autoridades y líderes locales, agentes comunitarios, madres y padres participantes.

El documento no es una revisión bibliográfica de los temas o de los problemas asociados con el crecimiento y desarrollo temprano (CDT), como tampoco es un manual de pasos y procedimientos. Es una recopilación de las experiencias desarrolladas y el aprendizaje acumulado sobre lo que es posible hacer para que todos los niños tengan la oportunidad de

desarrollar al máximo su potencial humano. Resalta los elementos más sensibles y las condiciones bajo las cuales se produjeron los resultados obtenidos. Representa un testimonio de que sí es posible lograr cambios importantes en la vida de los niños que viven en la pobreza y de que estos cambios afectan las generaciones futuras.

El documento fue diseñado para ser una ayuda sencilla y práctica que puede ser utilizada, entre otros, para: orientar la estructuración e implementación de nuevos programas/proyectos; reorientar programas/proyectos de nutrición que no han podido obtener resultados; familiarizarse con los componentes del crecimiento y desarrollo temprano; asesorar a otros en temas específicos de interés, identificar áreas de investigación y motivar el fortalecimiento de políticas específicas que satisfagan efectivamente el derecho de los niños a tener un buen comienzo en la vida. Está dirigido a planificadores, programadores, profesionales, investigadores, profesores y estudiantes interesados en entender y promover el CDT.

El contenido del documento está organizado en 14 capítulos, el primero de los cuales presenta las razones por las cuales el CDT debe ser una prioridad en las políticas y los programas sociales. El segundo capítulo hace una revisión general del concepto de crecimiento y desarrollo temprano, mientras que el tercero define los lineamientos que caracterizaron el marco conceptual del programa. Los capítulos centrales presentan la metodología, las intervenciones y las estrategias desarrolladas. Cada capítulo tiene en su parte final una sección con las lecciones prácticas que pueden ser aplicadas a programas/proyectos o estrategias relacionadas con nutrición y desarrollo infantil. El último capítulo llama a la reflexión sobre ciertas condiciones y cri-

terios, considerados críticos para orientar o reorientar políticas, programas o estrategias en Perú y en otros países de la región.

Finalmente, el documento representa el reconocimiento de UNICEF-Perú al gobierno peruano, a USAID y a todas las personas e instituciones participantes que de una u otra manera hicieron posible el desarrollo exitoso de la experiencia. A todos ellos van los agradecimientos por su generosa respuesta, por su dedicación y por su contribución a la promoción de los derechos de la infancia. Gracias especiales al equipo de especialistas y de consultores del programa, a los establecimientos de salud participantes, a las ONGs aliadas, a las autoridades y líderes locales y a todo el personal de apoyo. Una nota especial de agradecimiento va a las comunidades participantes, quienes por creer en ellas mismas, tuvieron confianza y mantuvieron su dedicación, compromiso y entusiasmo para tomar responsabilidad de sus niños y de sus madres.

RESUMEN EJECUTIVO

La Convención de los Derechos de la Infancia establece el derecho de todos los niños a la supervivencia y al desarrollo óptimo de sus capacidades. Establece que estos derechos son específicos para su edad, su capacidad, y su estado en la sociedad. Como los demás derechos, pone especial énfasis en (i) la responsabilidad del Estado de proveer a todos los niños el acceso a servicios de calidad, (ii) el papel de la familia en suministrar alimento, salud, afecto, abrigo, estímulo y protección necesarios para su crecimiento y desarrollo, y (iii) la importancia de proveer la atención y el cuidado teniendo en cuenta el principio del mejor interés del niño y el énfasis en la capacidad mas bien que en la edad del niño. Sobre estos principios se basó el marco del programa *Buen Inicio*.

Hoy hay un mayor consenso en los países en desarrollo sobre la importancia de proteger a las madres y los niños pequeños de los efectos ocasionados por la pobreza. Las Metas del Milenio, un compromiso adquirido por todos los gobiernos del mundo, así lo demuestran. La meta de reducir la desnutrición crónica en los niños hace parte de todas las políticas sociales pero, desafortunadamente, los resultados no han sido muy promisorios. Algunos de los problemas mas comunes incluyen el abordar el problema en edades tardías cuando la desnutrición ya se ha establecido y la brecha que existe entre el diseño de los programas y las realidades de los niños que viven en la pobreza.

La evidencia es cada vez más clara de que es en la gestación y en los dos primeros años de vida donde se producen los mayores daños en el crecimiento y en el desarrollo del niño, cuando las condiciones en el ambiente materno y en el ambiente familiar no son favorables. Las consecuencias de las alteraciones van desde una estatura mas baja de la esperada para la edad del niño hasta la reducción de la productividad física, educativa y laboral, el bajo control de las emociones, la desadaptación al medio social y la mayor probabilidad de sufrir ciertas enfermedades crónicas en la edad adulta.

La trascendencia de los efectos y de las consecuencias puede ser vista desde varios ángulos. En primer lugar, la formación del cerebro y de otros órganos vitales como el hígado, el páncreas y el corazón se inicia en la gestación y termina alrededor de los 2 años. Por lo tanto, las alteraciones que el proceso de formación sufrió durante esta etapa son irreversibles, esto es, acompañan al niño por el resto de la vida. En segundo lugar, la velocidad del crecimiento y desarrollo en este período es muy acelerada y no vuelve a repetirse en otras edades. Después de los 2 años, la velocidad del desarrollo se reduce con la edad y alrededor de los 5 años de edad se ha completado cerca del 85% del desarrollo. En tercer lugar, las alteraciones pueden pasar de generación en generación porque la niña que nació con bajo peso tiene mayor probabilidad de tener un bebé con bajo peso al nacer. Esta reproducción del ciclo pobreza- crecimiento y desarrollo deficiente tiene consecuencias económicas y sociales de grandes proporciones para cualquier país.

En Perú como en la mayoría de los países en desarrollo, las políticas y programas se han focalizado por muchos años en la reducción de la desnutrición en niños menores de 5 años con la ayuda de asistencia alimentaria, sin que se hayan obtenido resultados importantes. Por otra parte, la noción de crecimiento y desarrollo temprano se ha focalizado mas en el papel que la educación institucional juega en el desarrollo de habilidades requeridas para el progreso de las tecnologías modernas. Si bien, después de los 2 años se debe continuar con la atención al niño por cuanto su desarrollo no ha terminado, no debe olvidarse que el aprendizaje del niño se inicia mucho antes del nacimiento y que las habilidades tempranas son moldeadas en ambientes no institucionales, en los cuales los padres, la familia y la comunidad juegan un papel crucial. Aquí se forjan las habilidades cognitivas y no-cognitivas que capacitan al niño para aprender, valorarse a sí mismo, motivarse, manejar sus emociones y adaptarse a su ambiente aprovechando las oportunidades que éste le ofrece. Esto es especialmente significativo en comunidades rurales andinas donde el niño en sus primeros dos años permanece junto a la madre las 24 horas del día.

El programa *Buen Inicio* nace en 1999, como una respuesta a la necesidad de desarrollar un proceso de aprendizaje que permitiera identificar las condiciones y los puntos mas sensibles que favorecen el crecimiento y desarrollo en condiciones de pobreza rural. De esta manera, el programa esperaba contribuir a cerrar las brechas que caracterizaban los programas de nutrición tradicionales y a servir de referencia para la reorientación de programas futuros. El programa BI es esencialmente una estrategia preventivo-promocional, basada en la familia y la comunidad,

el cual formó parte de los programas de atención del niño y la madre de los servicios de salud y de ONGs locales que desarrollaban proyectos comunitarios. Se ejecutó en localidades seleccionadas de Cusco, Cajamarca, Apurímac y Loreto, cuatro de los departamentos más pobres del Perú.

El marco conceptual de *Buen Inicio*, está basado en la creencia de que si se concentra la atención en los principios básicos que enfatizan la promoción del crecimiento y desarrollo óptimo de los niños, como una actividad preventiva basada en la familia y la comunidad, las intervenciones pueden jugar un papel importante en mejorar los factores ambientales que influyen en el crecimiento y desarrollo, siendo de particular importancia la nutrición, la salud y la estimulación del desarrollo.

El programa fue diseñado y dirigido por UNICEF-Perú con el apoyo financiero de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID. Se desarrolló durante el período 1999-2005 en comunidades rurales seleccionadas de Cusco, Cajamarca, Apurímac y Loreto. Su marco conceptual parte del derecho del niño a tener un buen comienzo en la vida y de la madre a ejercer su maternidad sin detrimento de su salud y bienestar. Las metas de impacto se centraron en la reducción en 20% de la desnutrición crónica y la anemia y de las deficiencias de vitamina A y yodo. Las metas intermedias buscaron fundamentalmente el mejoramiento de las prácticas y comportamientos de atención y cuidado de la madre y el niño a nivel de los servicios de salud, de la familia y de la comunidad.

Para el logro de las metas se privilegiaron intervenciones específicas que incluyeron monitoreo del crecimiento y desarrollo en establecimientos de salud, vigilancia comunitaria, capacitación, comunicación y monitoreo y evaluación. Las estrategias enfatizaron la prevención y la promoción, la construcción de compromiso y capacidad individual e institucional y la movilización de recursos. El desarrollo de procesos, donde la metodología participativa jugó un papel central, fue la característica principal de la metodología utilizada en la implementación, el monitoreo y la evaluación.

Buen Inicio contó con una diversidad de actores, cada uno de los cuales tuvo un rol específico y una capacitación uniforme para lograr un nivel adecuado de sincronización conceptual y práctica. Los actores incluyeron médicos, enfermeras, obstetras y técnicos de establecimientos de salud, personal técnico de ONGs, autoridades comunales, promotores de salud, consejeras comunitarias, alcaldes y otras autoridades y líderes municipales. Con algunas excepciones, el programa no financió personal adicional al ya existente en las instituciones ni se pagaron salarios, remuneraciones o compensaciones económicas extras.

El nivel de contribución de los actores descansó en la complementariedad de sus fortalezas, tanto para alcanzar una sinergia entre ellos como para trabajar separadamente. Alrededor de los actores se estableció una cultura de trabajo en la cual cada actor contribuyó en forma abierta con sus ideas, pensamientos y sentimientos. La creación de esta cultura de trabajo no sucedió automáticamente y se necesitaron esfuerzos para crear tales ambientes.

El personal del programa estuvo conformado por un grupo multi-disciplinario a nivel nacional y un equipo en cada departamento financiados por el programa. Estos equipos fueron dirigidos y asesorados por el Oficial Internacional de Crecimiento y Desarrollo de UNICEF, e incluyeron nutricionistas, comunicador social, sicóloga especialista en desarrollo infantil, Antropólogo especialista en investigación cualitativa, y un fotógrafo especialista en comunicación visual. En cada uno de los 4 departamentos se tuvo un equipo de nutricionista y antropólogo.

La evaluación de los resultados, hecha a través de los estudios y del sistema de monitoreo y evaluación, indica que las metas de impacto y de proceso superaron las expectativas. La reducción de los indicadores nutricionales sobrepasó el 20% programado en casi todos los casos y el mejoramiento de prácticas a todos los niveles superó con creces lo esperado. La evaluación del costo anual por niño hecha por un investigador externo, muestra una ventaja comparativa frente a los programas de nutrición tradicionales. Por sus resultados, la experiencia muestra que las intervenciones son viables y factibles y que las lecciones aprendidas son de utilidad práctica para cualquier programa en cualquier país. El valor agregado de estas lecciones se concentran en el *cómo* desarrollar compromiso y capacidad para obtener resultados de largo plazo e incrementar el costo-beneficio de las inversiones.

Si bien la experiencia de BI no puede ser replicada como tal, las lecciones aprendidas son aplicables a cualquier contexto o país. En términos prácticos y sobre la base del aprendizaje logrado, la decisión de aplicar factores de éxito de BI en cualquier programa con objetivos similares,

debe ser hecha sobre la base de 3 criterios básicos: (i) el espectro geográfico del programa para dimensionar el apoyo político, financiero y técnico requerido; (ii) el espectro de los resultados o metas esperadas para dimensionar la amplitud y la duración de las intervenciones; y (iii) el espectro de la participación para dimensionar el tiempo en el cual los cambios esperados ocurrirán.



1

INVIRTIENDO EN LOS MAS
PEQUEÑOS

INVIRTIENDO EN LOS MAS PEQUEÑOS

Los retornos de la inversión en los niños más pequeños son muy altos, mientras los retornos de la inversión en los más grandes y menos capaces, son muy bajos. Por lo tanto, la eficiencia sería re-alzada si las inversiones en el capital humano fueran reasignadas a los más pequeños.

James Heckman

Premio Nobel de Economía, 2000

El Derecho a un Buen Comienzo en la Vida

No existe quizás mejor argumento para abogar por el crecimiento y desarrollo temprano que el derecho de todos los niños a tener un buen comienzo en la vida. La razón fundamental es que si este derecho es satisfecho plenamente, el niño estará preparado para demandar la satisfacción de sus demás derechos.

Aunque en Perú menos niños y madres mueren tempranamente en las zonas rurales andinas y amazónicas, no se ha avanzado mucho en mejorar la calidad de vida de los niños que sobreviven a la muerte. Como en muchos países en desarrollo, es difícil precisar la magnitud de los efectos de la pobreza y la exclusión social en la satisfacción del derecho de los niños a desarrollar todo su potencial humano. Los niños que sobreviven a la muerte continúan expuestos a los múltiples riesgos de

la pobreza con la consiguiente acumulación de sus efectos y consecuencias.

La Convención de los Derechos de la Infancia ha reiterado en múltiples reuniones la responsabilidad de los Estados de dar cumplimiento al derecho de todos los niños a la supervivencia y al desarrollo óptimo de su potencial humano. Establece que estos derechos son específicos para su edad, su capacidad, y su estado en la sociedad. Pone especial énfasis en (i) la responsabilidad del Estado de proveer a todos los niños el acceso a servicios de calidad, (ii) el papel de la familia en suministrar alimento, salud, afecto, abrigo, estímulo y protección necesarios para su crecimiento y desarrollo, y (iii) la importancia de proveer la atención y el cuidado teniendo en cuenta el principio del mejor interés del niño, la evolución de sus capacidades y su participación en la satisfacción plena de sus necesidades (Save the Children, 2005).

La importancia del derecho del niño a desarrollar su potencial humano ha sido plasmada en cuatro de las Metas del Desarrollo del Milenio, un compromiso de todos los gobiernos que debe ser alcanzado en el año 2015. Estas metas hacen explícita la necesidad de priorizar la atención en edades tempranas, como una estrategia para alcanzar otras metas. Aún más importante es el hecho de que para muchos niños que viven en la pobreza, satisfacer este primer derecho puede representar su única oportunidad en la vida, dada la magnitud y la trascendencia de los procesos biológicos que tienen lugar en el período temprano.

Implicaciones Económicas y Sociales

La historia del desarrollo humano en países avanzados ha mostrado que la fuente de riqueza de las naciones está en la habilidad, la fuerza y el bienestar de su gente, esto es, la calidad del capital humano necesaria para el desarrollo equitativo y sostenido de las sociedades. A diferencia de la riqueza, el desarrollo humano está abierto al espectro de una amplia gama de experiencias mentales, emocionales y sociales que finalmente determinan el potencial del individuo y, como consecuencia, el desarrollo de sociedades mas justas, mas pacíficas, mas productivas y mas preocupadas por el bienestar colectivo (Chambers, 1997).

Una posición común que tienen muchos políticos, líderes de programas sociales y algunas organizaciones privadas, es darle a las instituciones educativas formales un papel preponderante en el crecimiento y el desarrollo temprano. Contraria a esta posición está la opinión de los expertos en desarrollo infantil quienes consideran que la familia es el ambiente ideal para el niño en sus primeros dos años de vida. Quizás la institucionalización temprana de la educación es acertada en sociedades igualitarias y urbanizadas, donde las condiciones que rodean la gestación, el crecimiento y el desarrollo temprano de los niños son altamente favorables para el desarrollo de las competencias que el niño necesita para iniciar y avanzar exitosamente en el ciclo educativo formal. Cuando las condiciones son adversas, la situación de los niños excluidos por la pobreza es otra muy diferente. Estos niños que entran a la educación pre-escolar con retrasos en el desarrollo, se quedan rezagados de los demás niños y si no reciben ayuda, están destinados a formar parte del ausentismo, la repetición o el abandono escolar. Entre más tarde se intente prevenir los

daños, más costosos serán los esfuerzos para repararlos o remediarlos y menores los resultados esperados (Berhman, 1999).

Expertos en desarrollo afirman que la maleabilidad del cerebro es grande pero que es mucho menor para funciones intelectuales y físicas que para las funciones emocionales y sociales. Por ejemplo, en el fútbol se ha observado que un jugador que tiene un coeficiente intelectual bajo necesita mucha disciplina, práctica, tiempo y dedicación intensiva para lograr una capacidad física cercana (no igual) a la de otros jugadores con un buen desarrollo intelectual. Por otra parte, la disciplina, confianza, liderazgo, tolerancia, cooperación y respeto, y la capacidad para manejar la victoria y la derrota en el fútbol o en cualquier otro deporte, son habilidades que pueden responder más fácilmente a la maleabilidad del cerebro (Dobbing, 1986; Thorp, 1997).

Existe un buen número de estudios que han calculado los retornos económicos de inversiones en el crecimiento y desarrollo temprano. Por ejemplo, un proyecto desarrollado en Estados Unidos mostró que cuando los participantes alcanzaron la edad adulta, el costo de los beneficios superó en más de 5 veces la inversión hecha. A la edad de 27 años, el retorno fue aún más alto estimándose en US\$7 por cada dólar invertido (Barnnet, 1995). Otra evaluación hecha a un proyecto en Indonesia encontró un costo beneficio de 6 a 1. Los beneficios fueron medidos en términos de la educación extendida en el mediano plazo y de mejores ingresos laborales en el largo plazo (World Bank, 2006).

La evaluación de los efectos de la desnutrición en la productividad del niño han mostrado una relación directa con la estatura. Se ha calculado

que una pérdida de 1% en la estatura adulta resultante de la desnutrición en la edad temprana, está asociada con una pérdida de productividad de 1.4%. Otras evaluaciones muestran que por cada 100 gramos de peso que se incrementen al nacer, el coeficiente intelectual se incrementará en 0.5% a la edad de 7 años (World Bank, 2006). Otros retornos han sido evaluados a través de estudios longitudinales de casos y controles, como los desarrollados por el Instituto de Nutrición de América central y Panamá (INCAP) en localidades de Guatemala y México, con seguimientos hasta la edad adulta (Martorell, 1995).

El estudio de Guatemala fue desarrollado entre 1969 y 1977, en niños menores de 5 años y madres embarazadas y lactantes de dos localidades de la zona andina, a quienes se les dió un suplemento nutricional (*atole*), con alto contenido de calorías y proteína y mejor atención en salud. Los niños de las dos localidades control recibieron un producto (*fresco*) de mucho menor valor nutricional y atención en salud tradicional. Los resultados en los grupos que recibieron las intervenciones incluyen incrementos en el peso al nacer, reducción de la mortalidad infantil, y reducción de la desnutrición crónica, con un incremento de 3 centímetros en la estatura de los niños. Dos hechos llamaron la atención: los resultados se dieron sin reducción de las infecciones diarreicas; y el incremento de estatura se paró cuando el niño alcanzó los 3 años de edad.

Entre 1987 y 1988, se hizo el seguimiento de los niños participantes cuando ya tenían alrededor de 18 años de edad, para evaluar el tamaño del cuerpo y la masa muscular, la capacidad de trabajo y el desempeño intelectual. Estos indicadores fueron vistos como una contribución a la

formación de capital humano. Los resultados indican que los adolescentes que recibieron *ato/e* en el período temprano tenían una estatura más alta y más masa muscular que los del grupo control. El incremento en las medidas antropométricas fue mayor en las mujeres, pero solo hasta la edad de 16 años. La capacidad de trabajo fue significativamente mayor en los hombres, hecho que según los investigadores, no podía ser explicado por las diferencias en la masa muscular. El desempeño escolar benefició más a los participantes que recibieron las intervenciones desde la gestación, que en aquellos que las recibieron más tarde.

Un nuevo seguimiento a los participantes se hizo entre el 2002 y el 2004, para evaluar los beneficios en la salud, nutrición y productividad en la edad adulta, cuando los participantes tenían ya 32 años de edad. Se encontró que los que fueron expuestos a las intervenciones tempranas tenían 1.2 años de escolaridad más que el grupo control, 8% más de inteligencia y 17% más habilidad para la lectura. También tenían salarios más altos por hora, hasta llegar a un salario anual de US\$914 por encima de los otros. (Martorell, 2005). El estudio de México se desarrolló en forma similar y con resultados semejantes al de Guatemala.

Los retornos sociales de las inversiones en nutrición en edades tempranas han sido menos evaluados, por dificultades en su cuantificación. Estas dificultades radican en que muchos de los determinantes del crecimiento y desarrollo y muchos de los impactos de la inversión tienen variables que no son fácilmente observables o medibles porque dependen de factores de nivel macro y micro. Una de las implicaciones sociales que están llamando significativamente la atención en los últimos años, es el importante incremento en las tasas de violencia por escola-

res y adolescentes en varios países de la región. Estos hechos incluyen abuso sexual, maltrato y delincuencia juvenil, estrechamente asociados con la baja autoestima, la incapacidad de controlar las emociones y la desadaptación social de los jóvenes a sus ambientes y a la evolución de las sociedades actuales que parecen discriminarlos o ignorarlos.

Una serie de preguntas pueden surgir de estos escenarios para las cuales puede no haber respuestas fáciles. Por ejemplo, es posible medir el desarrollo humano por su capacidad para procurar el bienestar y la felicidad del individuo o para satisfacer las necesidades humanas? Desde el punto de vista individual, un niño que ha desarrollado todas sus competencias es un niño saludable con capacidades para aprender, tomar decisiones acertadas, controlar las emociones, relacionarse exitosamente con otros, y aprovechar las oportunidades que su ambiente le ofrece para acceder a un trabajo productivo y un salario digno cuando sea adulto.

Desde el punto de vista de la sociedad, la inversión representa ganancias en la eficiencia y en la eficacia de los servicios para obtener el máximo costo-beneficio de los programas de salud y educación, para avanzar en el desarrollo de nuevas tecnologías, y para mejorar la equidad en la distribución de los recursos de la sociedad. Los beneficios en la reducción de la delincuencia juvenil, cuyos costos sociales y económicos asociados no han recibido la atención que merecen, son beneficios que inciden no solo en el bienestar individual sino también colectivo.

El Problema del Tiempo

Un niño que tiene retrasos en sus competencias, es un niño que será rezagado en el aprendizaje, que tendrá mayores probabilidades de enfermar y abandonar la escuela y que entrará a formar parte de la vida laboral, en forma temprana y sin capacidad para ser eficientemente productivo. En términos generacionales, una madre que nació con bajo peso tienen un riesgo elevado de tener niños con bajo peso, independientemente de factores nutricionales, médicos o socio-económicos presentes durante la gestación, dado que las condiciones de la madre durante la niñez y la adolescencia contribuyen al éxito de su reproducción. Revertir esta situación en Perú o en cualquier otro país en desarrollo es un proceso que puede tomar más de una generación. Pero quizás lo más importante es entender que postergar el inicio de este proceso significa postergar el cumplimiento de los derechos de los niños, posponer el avance hacia el logro de las Metas de Desarrollo del Milenio (MDM), posponer los retornos de la inversión social, hacer más lento el progreso que se espera de otras inversiones, o simplemente posponer el progreso de los más pobres (Scrimshaw, 2004).

Es entendible que una sociedad con individuos más capaces no solo puede producir más sino que puede mejorar sus propias habilidades y sus posibilidades de ser exitoso en todos los campos del desarrollo humano. En cualquier sociedad, esto debe ser importante tanto para el gobierno y el empresario, como también para el estudiante, el trabajador, el padre o el ciudadano regular. Según el Banco Mundial, un estimativo de los efectos del crecimiento económico de un país en la reducción de la desnutrición crónica, muestra resultados muy modestos. Por

ejemplo, si este crecimiento fuera de 2.5% anual, entre 1990 y el 2015, la desnutrición crónica se reduciría solamente el 27%, esto es, la mitad de lo que se espera reducir en las Metas del Milenio (World Bank, 2006).

Lo anterior indica que el reto para el Perú y para los demás países que tienen una problemática similar es empezar ahora. Desde el punto de vista de la trascendencia de los altos retornos económicos y sociales de la inversión en edades tempranas, los bajos retornos de medidas compensatorias en edades posteriores y los efectos intergeneracionales, enfrentar el reto supone mejorar la calidad de vida desde el vientre materno, con lo cual se podrá mejorar la calidad de vida de los niños, de sus hijos y de los hijos de sus hijos, y entonces será cuando el país podrá tener mejores estudiantes, mejores trabajadores, mejores deportistas, y en suma, mejores seres humanos y mejores sociedades.

La buena noticia es que el gobierno del Perú, como otros gobiernos en la región, está en buena disposición de asumir el reto. En el anterior gobierno el 2007 se lanzó la Estrategia Nacional CRECER, reconociendo que “el futuro del Perú está en juego hoy,” como bien lo expresa la estrategia. Y el actual gobierno ha puesto como meta de su gestión la eliminación virtual de la desnutrición crónica y la prioridad de la primera infancia.

Como el caso de Perú, otros países están en la búsqueda de alternativas más eficaces para el manejo de la situación. Un programa liderado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y financiado por tres de los empresarios más poderosos del mundo, está diseñando un programa para reducir la desnutrición crónica en los países centroamericanos

que presentan las tasas mas altas. Según el BID, esta iniciativa responde a los retos del momento, pues no puede aceptarse que los niños mejor nutridos de la región tengan una diferencia de 6 centímetros en su estatura, si se comparan con el promedio de los niños nacidos en estados Unidos. Tan importantes como pueden ser los cambios que están ocurriendo, aún existen interrogantes sobre si estos nuevos programas están reduciendo las brechas entre su diseño y las necesidades reales de los supuestos beneficiarios que han caracterizado los programas tradicionales y si se llegará a mejorar el costo-beneficio de las inversiones.



2 EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO TEMPRANO

EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO TEMPRANO

La mayor parte del desarrollo maravilloso del cerebro ocurre antes de que el niño cumpla tres años. Mucho antes de que muchos adultos se percaten de lo que está ocurriendo, las neuronas del niño proliferan, las sinapsis establecen nuevas conexiones con asombrosa velocidad y se marcan las pautas para el resto de la vida. En un breve lapso de 36 meses, los niños adquieren capacidad para pensar y hablar, aprender y razonar y se forman los fundamentos de los valores y los comportamientos sociales que los acompañan durante la vida adulta.

UNICEF, 2001

En opinión de muchos expertos, la formación y desarrollo del cerebro es uno de los temas mas complejos pero mas fascinantes en la historia del ser humano. “La biología de nuestros cuerpos debería ser llamada la *sociología celular*, expresa Peter Nathanielsz, uno de los investigadores mas consagrados al tema del desarrollo del niño en el ambiente materno (Nathanielsz, 1999). Según este experto, la analogía obedece a que el cuerpo humano está formado de muchas clases de células que deben convivir como buenos vecinos, en la misma forma en que las personas en cualquier sociedad deben tolerarse mutuamente y trabajar juntas para que haya armonía en la sociedad. “Las células conversan entre ellas, sugiriendo a sus vecinas que ellas incrementen o reduzcan

sus actividades para el bienestar común.” Esta es la sabiduría de la naturaleza, pero cuando el balance de las funciones clave del organismo es alterado por ambientes poco favorables de nutrición, suministro de oxígeno, estimulación sensorial y otros factores ambientales adversos, muchos problemas pueden surgir y llevar a un desarrollo deficiente.

Uno de los primeros hechos históricos que permitieron aprender sobre la influencia de la nutrición en el crecimiento y desarrollo fue la hambruna sufrida en Holanda en el invierno de 1944. La hambruna tuvo diferentes efectos dependiendo del periodo del embarazo en el cual la nutrición se redujo. En general, se observó que los niños hombres que nacieron tuvieron una tendencia a presentar obesidad si sus madres redujeron el consumo solamente durante el primer trimestre. Si fueron afectadas durante el último trimestre, los niños hombres tuvieron una reducida probabilidad de padecer obesidad en la vida adulta. Hubo además una incidencia mas alta de diabetes y de esquizofrenia en los niños nacidos en la época de la hambruna. Las niñas mujeres que nacieron tuvieron mayor probabilidad de tener un bebé con retardo en el crecimiento cuando ellas fueron madres.

Las investigaciones de David Baker (Baker, 99), han mostrado la evolución de la estatura en países europeos, Estados Unidos y Japón, comparada con países en desarrollo. Los incrementos en la estatura han sucedido en forma paralela a los avances en el desarrollo económico y social, con un énfasis en nutrición y educación. Llama la atención el caso de Japón por el notorio incremento en la estatura (cerca de 10 cm.) en dos generaciones.

Concepto y Características

El crecimiento se refiere al incremento de la estatura y del peso de los órganos y tejidos, mientras que el desarrollo está relacionado con la maduración del cerebro y de sus funciones en las áreas mental, física, motora, emocional y social. El período temprano contemplado en BI está referido al período gestación-2 años, por ser el más vulnerable y el más crítico para la calidad de vida futura del niño. Aquí tiene lugar la formación del cerebro y de otros órganos vitales como el corazón, el hígado y el páncreas. Adicionalmente, en este período el crecimiento y el desarrollo se suceden a la mayor velocidad, hecho que no vuelve a presentarse en edades posteriores. Esto hace que las alteraciones que puedan presentarse en este período puedan tener consecuencias que son irreversibles, esto es, que permanezcan por el resto de la vida del niño.

Mientras el capital genético es construido en el momento de la fusión del espermatozoide y del óvulo que inicia la vida en el ambiente materno, lo que sucede posteriormente puede ser mejorado si se asegura la mejor casa posible en el ambiente materno y en el ambiente externo después del nacimiento. La calidad de estos ambientes, programa las posibilidades de tener una vida saludable o llena de susceptibilidades a un variado número de problemas, desde una estatura corta y una capacidad física e intelectual reducida, hasta obesidad y enfermedades crónicas que acortan la vida en la edad adulta (Heckman, 2000; Nathaniels, 1999).

Desde la primera división celular, el cerebro es producto de un complejo y delicado balance entre los factores genéticos y los factores ambientales que rodean el ambiente materno del niño y su entorno físico después

del nacimiento. La particularidad del cerebro está dada no solamente por su complejidad sino por las propiedades que lo predisponen a adaptarse a las experiencias que encuentra. Cada estímulo que el cerebro recibe se convierte en una actividad eléctrica y química que propicia el avance del impulso genético, modificando en forma imperceptible la configuración de las áreas del desarrollo. Este es un proceso continuo por lo que es difícil saber con precisión cuál es la influencia que tienen los períodos críticos y cuál es la duración de los períodos propicios en relación con las diferentes áreas del desarrollo. (Nathanielsz, 1999; Dobbing, 1986).

La primacía del cerebro está fundamentada en que es la principal estructura del cuerpo que controla todas las funciones, desde las emociones hasta las palpitaciones del corazón. Esta influencia del cerebro sobre los demás órganos se inicia a partir del segundo trimestre de la gestación y explica la trascendencia de las bases que se construyen en el período temprano, con las cuales tendrá que vivir el niño en el futuro. La comparación de esta base con la construcción de una casa puede ayudar a ilustrar la situación: una buena base es importante para la construcción de una casa completa, en la que se necesita invertir buenos materiales, tiempo y esfuerzo; una vez que la casa está construida podemos modificarla o mejorarla mas tarde y si la base ha sido buena será más fácil hacer los cambios deseados; lo difícil es deshacer las bases pues esto significaría volver a construir la casa. En el caso del cerebro, no podemos mejorarlo una vez formado ni mucho menos volver a cero en su proceso de formación. Lo que se puede y se debe hacer después de los 2 años, es continuar con intervenciones apropiadas para continuar protegiendo y estimulando el desarrollo. Aunque el cerebro es maleable, esto es, dispone de una gran capacidad de autoprotección y recupera-

ción, los efectos negativos producto de ambientes desfavorables dejan huellas duraderas (Wachs, 1999; Morgan, 1987; McConell, 1996).

Dimensiones del Desarrollo

El desarrollo tiene las siguientes características:

Multidimensional: cubre el desarrollo físico, mental, motor, emocional y social.

Multideterminado: está influenciado por múltiples y variados factores de tipo biológico, económico, social y cultural (herencia genética y ambiente); estos factores interactúan permanentemente.

Específico: los factores determinantes tienden a actuar de una manera relativamente específica, es decir, un factor puede no influenciar todas las áreas del desarrollo.

Integrado: cada área del desarrollo tiene períodos críticos que no pueden ser avanzados sin la contribución de otras áreas. Esto significa que cada fase del desarrollo provee las condiciones requeridas para el desarrollo de la siguiente fase.

Continuo: desde que se inicia, el proceso se convierte en una actividad permanente por lo que no se sabe con precisión cuán decisivos son los períodos críticos y cuánto duran los momentos propicios del desarrollo.

Con efectos acumulativos: cuando no se completan las fases del de-

sarrollo de cada área, el efecto es acumulado y puede alterar las respuestas y la susceptibilidad a la enfermedad mas tarde.

El desarrollo es comúnmente referido al desarrollo cognitivo y no-cognitivo, los cuales abarcan una gran gama de competencias o capacidades. El desarrollo cognitivo está referido al desarrollo mental o intelectual, mientras que el no-cognitivo se asocia con las áreas del desarrollo emocional y social tales como la personalidad, la autoestima, la sociabilidad y la disciplina. Las competencias específicas incluyen:

- Desarrollo mental: memoria, solución de problemas, comprensión de números
- Desarrollo motor grueso y fino: habilidad para sentarse, pararse, caminar, correr, manipular objetos grandes y pequeños
- Desarrollo del lenguaje: vocabulario y uso en la comunicación, recepción, comprensión y expresión de pensamientos
- Desarrollo emocional: temperamento, autoestima, regulación/control de emociones, manejo de rutina y de situaciones de conflicto
- Desarrollo social: destrezas sociales, relaciones con otros dentro y fuera de su ambiente

El desarrollo óptimo se adquiere cuando el niño desarrolla competencias culturalmente relevantes y habilidades para funcionar exitosamente en su contexto y fuera de él. Es un proceso en el cual el niño aprende a mejorar niveles cada vez más difíciles de movimiento, pensamiento, lenguaje, sentimientos y relaciones con otros. Hace que el niño se adapte y domine el ambiente para transformarlo a su favor, para ser capaz de sonreír, soñar y ayudarse a si mismo.

Factores de Riesgo

En el debate que la relación naturaleza-crianza ha generado, ha prevalecido el concepto erróneo de que los genes son los únicos responsables de las capacidades del individuo y de las probabilidades de éxito en las distintas etapas de su vida. Hoy, no solo se sabe que la nutrición, la salud y la estimulación psico-afectiva son igual, o quizás más, responsables del desarrollo temprano, sino que los efectos de las alteraciones causadas por ambientes desfavorables son permanentes y pueden pasar de generación en generación por mecanismos que no involucran cambios en los genes. En palabras de un investigador “somos lo que somos no sólo por los genes que heredamos sino por el ambiente que heredamos” (Masten, 1988).

Así como el proceso de crecimiento y desarrollo se inicia muy temprano en la gestación, en la misma forma los períodos críticos de vulnerabilidad a condiciones desfavorables se presentan tempranamente y ocurren en diferentes tiempos para diferentes funciones y para diferentes órganos. En ambientes de pobreza, es probable que los factores de riesgo estén presentes en cada uno de los períodos críticos, favoreciendo la acumulación de los efectos y consecuencias en el crecimiento físico y el desarrollo psico-social del niño.

1. Factores ambientales

En el período temprano, la familia constituye el ambiente más importante porque aquí es donde el niño se gesta, nace, crece y se desarrolla y donde los padres tienen la responsabilidad principal de cuidar y proteger

estos procesos, con el apoyo de la comunidad, los servicios de salud y de otros servicios sociales. Factores tales como la nutrición, la salud, las condiciones sanitarias, las prácticas culturales, y el ambiente de estimulación, los cuales están condicionados por la pobreza, determinan en qué medida los ambientes familiares favorecen o no el crecimiento y desarrollo de los niños y la protección de la madre durante sus estados más vulnerables (Wachs, 1999). Aunque los problemas nutricionales, esto es desnutrición y deficiencias de micronutrientes, por sí solos, constituyen uno de los principales riesgos, ellos están estrechamente asociados con otros factores. En este sentido, es importante poner mayor atención a esta relación, particularmente en lo que concierne a la estimulación afectiva, comúnmente descuidada a pesar de sus demostrados efectos en realzar los beneficios de la lactancia materna, de la complementación alimentaria y de otras prácticas de estimulación del desarrollo.

El investigador, Dr. James Heckman, economista ganador del Premio Nobel en Economía en el 2000, es uno de los críticos de quienes ponen énfasis en el desarrollo intelectual, desestimando la importancia del desarrollo emocional y social. Este economista insiste en que el ambiente familiar, y no las instituciones educativas, es el que le permite al niño desarrollar la motivación, las destrezas sociales y la auto-disciplina que son las que determinan el éxito en la vida futura del niño. Estas competencias desarrolladas, tempranamente en el hogar, son las que alimentan el desarrollo de otras habilidades en la escuela y en el trabajo. (Heckman, 2001). Esto significa que los años más tempranos son los más importantes para el aprendizaje futuro del niño. En otras palabras, una visión más correcta del desarrollo de competencias del niño es aquella que reconoce que las habilidades son desarrolladas tempranamente en

una variedad de situaciones de aprendizaje y que estas habilidades tempranas nutren nuevos aprendizajes.

Los factores de riesgo específicos presentes en los ambientes de pobreza incluyen los siguientes:

- Ingresos económicos limitados
- Bajo nivel educativo de los padres y bajo acceso a conocimiento e información fácilmente comprensible
- Viviendas con hacinamiento, convivencia con animales domésticos y cocinas con exceso de humo
- Bajo acceso a servicios de agua potable y saneamiento básico
- Bajo acceso a servicios de salud de calidad
- Ausencia de espacios sociales para la familia
- Poca motivación y compromiso de la comunidad con el crecimiento y desarrollo de los niños
- Baja articulación con el mundo externo y baja movilización social

2. Factores individuales

De la madre:

- Anemia por deficiencia de hierro
- Insuficiente consumo de calorías y nutrientes esenciales
- Prácticas de cuidado inadecuadas
- Control prenatal tardío, insuficiente y de baja calidad
- Tasas altas de analfabetismo
- Recursos limitados y baja autonomía sobre ellos

- Carga pesada de trabajo y tiempo limitado para el auto-cuidado
- Maltrato físico y emocional
- Baja participación del padre

Del Niño

- Bajo peso al nacer
- Desnutrición crónica
- Anemia por deficiencia de hierro y deficiencia de vitamina A
- Inadecuada lactancia materna exclusiva y continuada
- Insuficientes contactos afectivos madre/padre-hijo,
- Maltrato físico y emocional
- Insuficiente consumo de calorías y nutrientes esenciales
- Monitoreo del crecimiento y desarrollo insuficiente y de baja calidad
- Presencia repetida de infecciones
- Baja estimulación del desarrollo
- Baja participación del padre

Efectos y Consecuencias

Desde el momento de la concepción, el bebé entra en un proceso de crecimiento y desarrollo extraordinariamente rápido, por lo que los efectos de ambientes desfavorables pueden iniciarse temprano en la gestación. En condiciones adversas, el feto realiza maniobras para proteger la formación y el desarrollo del cerebro, pero en su esfuerzo por compensar las deficiencias nutricionales afecta el número de células, su tamaño y las conexiones que producen los impulsos eléctricos para estimular

el desarrollo. Adicionalmente, la preferencia del cerebro para utilizar los nutrientes que hay disponibles, hace que el feto reduzca el envío de sangre y nutrientes a otros órganos vitales tales como el hígado, el corazón y el páncreas, afectando su estructura celular y el desarrollo de sus funciones (Nathanielsz, 1999).

Durante la gestación, las manifestaciones del crecimiento en ambientes desfavorables se pueden presentar en dos formas. En la gestación temprana se producen retardos en el crecimiento de tipo simétrico, es decir, el total de células en todas las partes del cuerpo es reducido. En estos casos, el bebé tendrá al nacer una estatura corta pero su peso será adecuado para esa talla. En la última parte de la gestación, los retardos en el crecimiento son asimétricos, es decir los diferentes órganos son afectados en diferente grado de acuerdo con la velocidad de crecimiento en el momento en que se presentaron las condiciones adversas. Este bebé tendrá un bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos) con las consecuencias ya mencionadas. Aunque en algunos casos el peso del bebé podría ser normal o ligeramente bajo, esto no significa que no haya alteraciones involucradas (Thorp, 1997).

Las consecuencias inmediatas del bajo peso al nacer incluyen una mayor vulnerabilidad del niño a morir en el período neonatal, perinatal y el primer año de vida. Si el niño sobrevive, puede continuar creciendo pero el precio que paga por ello puede ser grande. Su estatura tiende a permanecer baja y puede tener una maduración inadecuada del esqueleto por lo que la baja fuerza muscular puede llevar a una capacidad física reducida permanente, manifestada en baja capacidad para el trabajo físico en la adolescencia y la edad adulta. Estos niños tendrán también

una mayor vulnerabilidad a sufrir enfermedades infecciosas en la niñez y enfermedades crónicas en la edad adulta, relacionadas con los órganos vitales que han sido afectados: enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad e inclusive cáncer (Jaffin, 1987, UNICEF, 2000).

Los efectos en el desarrollo cognitivo y no-cognitivo tienen un amplio espectro porque involucran diversas áreas del desarrollo. El desarrollo cognitivo es referido al área intelectual o mental, mientras que el no-cognitivo se relaciona con las áreas de la personalidad, la autoestima, las emociones, la disciplina y la sociabilidad. Al regular la atención, el aprendizaje, las emociones, los comportamientos y las funciones ejecutoras, estas áreas del desarrollo influyen sustancialmente el éxito en la productividad física, social y económica del individuo adulto. Está demostrado que los niños que tienen mayor flexibilidad para usar sus habilidades intelectuales, que tienen características que son más atractivas para otros, que tienen un sentido de sí mismos, con responsabilidad y capacidad para adaptarse a su ambiente e influenciar a otros, y que son estimulados para progresar en la forma en que son valorados en su sociedad, son aquellos niños que tienen mayores probabilidades de desarrollar competencias en cualquier campo de acción.

Las consecuencias específicas significan:

- Menores posibilidades de que el niño pueda desarrollar habilidades para ejecutar funciones relacionadas con el aprendizaje tales como atención, memorización, solución de problemas, recuperación de información y otras actividades complejas involucradas en la lectura, la escritura y las matemáticas
- Menores habilidades para manejar exitosamente situaciones de riesgo y estrés, para comunicarse con otros usando el lenguaje apropiado, para tener seguridad en sí mismo, controlar las emociones y evitar la violencia en la solución de problemas
- Mayores posibilidades de presentar estados de depresión, ansiedad, hiperactividad o ansiedad. La inseguridad, la baja autoestima y el temor son los responsables de las crisis enfrentadas en la niñez y adolescencia, estados que pueden desencadenar actos de violencia y delincuencia juvenil.

Los efectos y consecuencias en la madre son igualmente significativos. La anemia y el deteriorado estado de salud con que la madre termina el embarazo, incrementan las probabilidades de que muera durante o después del parto. Las hemorragias siguen siendo la primera causa de mortalidad materna en Perú y en otros países en desarrollo. En condiciones maternas adversas, los desbalance nutricionales, físicos y emocionales resultantes de los cambios sufridos en el embarazo, representan estímulos negativos para el cuidado del niño.

Las secuelas en las madres sobrevivientes incluyen depresión, debilidad general, útero desplazado, hemorragias, ciclos de infecciones, estrés e insomnio. Estas condiciones reducen su capacidad para proveer al niño la atención que él necesita y para cuidarse así misma. Hay investigaciones que muestran evidencias que la depresión en la madre tiene altos costos humanos y económicos. Los efectos en los niños nacidos de madres con depresión se manifiestan en la salud, el desarrollo y el comportamiento. Aunque los estudios se han concentrado en países desarrollados, se presume que la prevalencia

de depresión materna puede ser más alta en países en desarrollo (Wachs, 2009).

Quizás el hecho más preocupante, en relación con la trascendencia de los efectos y las consecuencias en la mujer, es el hecho de que las alteraciones pueden pasar a través de generaciones por mecanismos que no involucran cambios en los genes. Por ejemplo, la formación y el desarrollo del útero de la niña puede ser afectado en su capacidad para tener una reproducción exitosa cuando ella sea madre y de esta manera afectar las siguientes generaciones.

Así, la niña que nació con bajo peso tiene probabilidades altas de tener un bebé con bajo peso al nacimiento cuando ella sea madre, y así sucesivamente. No cabe duda de que la reproducción de este ciclo intergeneracional es uno de los escollos más grandes para el desarrollo de las sociedades y de los países.



3

EL CONTEXTO DE LAS ZONAS
DE INTERVENCIÓN

EL CONTEXTO DE LAS ZONAS DE INTERVENCIÓN

El Perú tiene alrededor de 29 millones de habitantes y está localizado en los límites con Ecuador, Bolivia, Brasil y Colombia. Los departamentos de Apurímac, Cusco y Cajamarca están localizados en la sierra sur del país. Apurímac ocupa el tercer lugar en la clasificación de la pobreza de la niñez y la adolescencia con 84%, seguida por Cajamarca con 72% y Cusco con 61%. A diferencia de Cajamarca donde un gran porcentaje de población habla español, en los otros departamentos se habla principalmente el quechua. En los tres departamentos hay una diversidad étnica y cultural muy grande (UNICEF, 2008).

La economía campesina andina está caracterizada por producción de cereales y animales domésticos en tierras marginadas y frágiles de ladera y altura, poco rentables y productivas, con mano de obra intensiva. La excepción la tiene el distrito de la Encañada en Cajamarca, reconocido por su alta producción ganadera y lechera. Dentro de estos sistemas de producción, todos los miembros de la familia dedican su tiempo a las labores del campo y las mujeres y las niñas adolescentes a tareas domésticas adicionales. La lucha por la sobrevivencia es la constante preocupación del campesino andino, quien consume la mayor parte de su tiempo físico y mental en la solución de problemas relacionados con la pobreza. La pesada carga de trabajo de la madre limita su tiempo para cuidarse y cuidar de los niños pequeños. Estas condiciones no cambian durante la gestación y la lactancia (Unicef, 2001).

El departamento de Loreto está localizado en la selva amazónica al norte del país. Con excepción de los distritos de la ciudad de Iquitos, en el resto del departamento se habla diferentes lenguas indígenas como el aguaruna, shipibo-conibo entre otras lenguas. El sistema de producción es de pequeña escala, mano de obra intensiva, bajo rendimiento y uso de tecnologías nativas basadas en el sistema de tala, rozo y quema. Productos como el arroz, plátano, yuca, frijol, maní y algunas frutas y vegetales son destinados a los mercados locales. La explotación pesquera se realiza a grandes distancias, y al igual que ésta, la explotación maderera es depredadora en su mayor parte. Por esta razón, la migración de las familias es permanente.

A pesar de la reducción de la pobreza, los indicadores de crecimiento y desarrollo temprano continúan presentando altas brechas entre zonas urbanas y rurales. Tomando como referencia el costo de la canasta básica, entre los años 2001 y 2007, la pobreza en zonas urbanas se redujo de 42.6% a 25.7%, mientras que en la zona rural bajó de 76.9% a 64.6% (CIAS,2009). En los departamentos de BI las cifras son un poco mas altas en la zona andina y ligeramente mas bajas en Loreto. La situación de pobreza de estos departamentos guarda relación con la tendencia de los problemas de nutrición y de salud encontrados para el país. Según el INEI (2005, 2007, 2009), la tendencia para algunos indicadores es la siguiente(%):

	1996	2005	2007	2009
Desnutrición crónica en <5 años (NCHS)	25.8	22.9	22.6	18.3
Desnutrición crónica en <5 años (OMS)		28.0	28.5	23.8
Anemia en niños 6-36 meses Perú		57.7	56.8	50.4
Anemia en niños 6-36 meses Rural		64.5	61.0	60.9
Bajo peso al nacer		8.7	8.4	7.1
Partos institucionales provenientes del área rural		44.2	50.5	51.5

Como puede observarse, la desnutrición crónica, según el patrón NCHS, se redujo solamente 7.5 puntos porcentuales en 14 años, mientras que la reducción de la anemia fue poco significativa. La desnutrición crónica en los menores de 3 años, según el estudio realizado en el 2001 era de 25.4% para el país mientras que en Cusco, Cajamarca y Apurimac estaba alrededor de 43%. La Encuesta Nacional de demografía de Salud (ENDES) del 2004 muestra que la reducción de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años de estos departamentos se redujo, pero las brechas entre zona urbana y rural continuaban siendo muy altas, con rangos entre 6 y 60%. Según estimativos de INS-CENAN, en el 2004, la prevalencia de anemia en el grupo de niños de menores de 5 años era de 54% en la zona rural, cifra que subía a 75% en los niños de 6-24 meses.

A pesar de que no se dispone de información sobre el número de niños que presentan déficits en el desarrollo, la magnitud de la pobreza y de los problemas nutricionales que aún persiste en zonas rurales es un buen indicativo de ambientes desfavorables y posibles déficits en el desarrollo de los niños. El estudio de BI realizado en el 2001, muestra un

bajo consumo de calorías y proteína y hierro de calidad, alta prevalencia de parasitosis y de infecciones diarreicas y respiratorias y prácticas alimentarias e higiénicas inadecuadas.

Las múltiples responsabilidades de la madre y la dominación del hombre marginan los derechos de la mujer, mientras que los derechos del niño pequeño son invisibles porque ellos no pueden contribuir a la economía del hogar. La población en general no tiene información o conocimiento sobre nutrición o sobre los problemas y consecuencias que afectan el crecimiento y desarrollo temprano. Esta situación hace que los problemas de la madre gestante y el niño pequeño pasen inadvertidos tanto para la familia como para la comunidad.

En contraste con otros estudios, BI encontró que la práctica de lactancia materna exclusiva en la mayoría de las comunidades era corta (alrededor de 3 meses) porque desde muy temprano se introducen mates de hierbas y de cereales. Aunque la lactancia materna continuada dura alrededor de 24 meses, el niño es puesto al pecho muchas veces al día para calmar el llanto o la necesidad de afecto, mas que por la demanda de leche.

La madre y el niño permanecen juntos durante el día y la noche. Durante el día, el niño es cargado en la espalda la mayor parte del tiempo y, durante la noche, comparte la cama con sus padres. A pesar de este contacto prolongado, no se capitaliza estos momentos para fortalecer la comunicación y el vínculo afectivo entre ellos. El trabajo de la madre en la chacra y las múltiples ocupaciones en el hogar, no le dan el tiempo que ella requiere para atender las necesidades del niño y las de ella

misma. En una de las comunidades se observó el ahogamiento de un bebé por la madre, debido a que ella estaba lactando al bebé y al mismo tiempo estaba realizando una tarea manual. Con sus brazos la madre aprisionó al bebé sin que ella se diera cuenta del hecho.

La participación del padre en el cuidado de la madre y del niño es muy baja, por lo que la madre es responsable de toda la familia y de lo que pueda sucederle al niño. El maltrato físico y emocional por parte del padre es frecuente, en parte debido al alto consumo de alcohol industrial, al cual la madre no es ajena. Casos fueron encontrados en los que la seguridad física del niño estuvo comprometida por el alcoholismo. Como no existen espacios sociales para el entretenimiento, esta práctica es considerada su manera de descansar del trabajo. En adición a la alta prevalencia de anemia durante el embarazo, las consecuencias del maltrato son en parte responsables por la alta mortalidad materna como lo muestran algunos estudios. La debilidad y la desprotección con que la madre termina el embarazo reduce sus defensas y su capacidad física y emocional para responder exitosamente a los riesgos.

En el departamento de Loreto (selva baja), el 74% de los niños y adolescentes vive en condiciones de pobreza. Cerca del 80% de las actividades tienen lugar en las tierras que dejan las crecientes de los ríos al retirarse los barriales; aquí se siembran las especies hasta que el agua retoma su cauce normal. Productos como el frijol, yuca, plátano, maní, hortalizas y frutas son los cultivos más comunes.

Por lo general, la dinámica de vida en la selva responde a una relación ecológica muy profunda en un contexto donde las crecientes de los ríos

y los suelos inestables fuerza la población a mover sus viviendas continuamente para poder sobrevivir. Dentro de este sistema, el padre sale temprano a su trabajo muy lejos de la casa y regresa al final de la tarde. El trabajo de la madre es menos pesado y tiene mas apoyo del padre, especialmente en los 6 meses de la lactancia exclusiva, pero después de este período la lactancia es suspendida. El consumo de carne de animales de caza y de pescado es frecuente, pero su mayor riesgo son las enfermedades diarreicas, por las condiciones sanitarias dentro y fuera de la vivienda. Por las condiciones de la zona y del clima, el niño permanece todo el tiempo al aire libre y es estimulado por los ruidos de los animales, los sonidos de las aves y los colores de la naturaleza (Unicef, 2001).

Los recursos y esfuerzos invertidos por el gobierno para reducir los efectos de la pobreza son numerosos. Sin embargo, los programas de nutrición y alimentación no han tenido los resultados esperados. A esta conclusión llegó la evaluación de los programas sociales realizada por el gobierno en el 2007, la cual muestra que en los últimos 15 años los resultados obtenidos no guardan proporción con los recursos y esfuerzos invertidos. Las brechas identificadas, entre lo planeado y lo que realmente llega a los grupos vulnerables, no ha permitido el logro de los resultados esperados (CIAS, 2007). Esta situación motivó al anterior gobierno replantear la política social, a través del lanzamiento de la Estrategia Nacional CRECER, cuya meta fue reducir la desnutrición crónica en 9% al año 2011, es decir llegar a 16%, a través de la articulación de los programas sociales y de presupuestos locales basados en resultados. Según la ENDES realizada por el INEI, la desnutrición crónica el 2010 fue de 17,3%¹.

La estrategia tuvo un respaldo político y económico del más alto nivel y expresó la voluntad del gobierno de obtener resultados tangibles hacia el logro de las Metas del Milenio y el incremento del potencial de costo-beneficio de la inversión. Sus objetivos estratégicos de integrar los programas sociales existentes, trabajar con presupuestos locales basados en resultados y dar incentivos a los municipios que demuestren mejores resultados, son sin duda avances importantes de esta política. Sin embargo, para que este sea un incentivo fuerte para los que implementan la política, debe haber un sistema de monitoreo bien diseñado que refleje la realidad y suministre información que alimente a los procesos de planificación y presupuestos en forma oportuna y eficiente.

1 Según patrón NCHS



4

LINEAMIENTOS
DE *BUEN INICIO*

LINEAMIENTOS DE *BUEN INICIO*

El desarrollo con contenido humano, implica velar porque la satisfacción del derecho de los niños pobres a un buen comienzo en la vida se haga en condiciones de dignidad humana. Tener como eje la realización de la dignidad humana, significa tener en cuenta todos los elementos de la estructura social que potencializan o limitan las relaciones humanas derivadas de su historia y de su cultura y que se manifiestan en su capacidad de organización, de solidaridad y confianza en si mismos. Significa, además, que es necesario transitar de pensar en respuestas pobres para pobres; transitar de imponer el criterio de los técnicos hacia lo que motiva, piensan, sienten y desean los sujetos de los derechos; y transitar de lo meramente asistencial hacia el trabajo de potenciar la capacidad de los niños más pequeños para que sean ellos mismos los protagonistas de la defensa y la realización de sus demás derechos.

Dentro de este contexto, los lineamientos del programa estuvieron basados en valores del desarrollo humano. Esto significa que lo que se quiso hacer estaba ligado a lo que se creyó que era importante, y lo que se pensó que importante estuvo ligado a los valores. La estructura de valores es lo que determina los estándares de aceptabilidad del trabajo que se hace. Así, los valores centrales del trabajo se basaron en: promover los derechos de los más pequeños, empoderar a los marginados por la pobreza, producir cambios sociales más allá de ayudar a las personas, construir sostenibilidad y hacer uso eficiente de los recursos.

Objetivos y Metas

El propósito general de BI fue centrado en la promoción del crecimiento y desarrollo temprano en poblaciones rurales. El objetivo propuesto se centró en la prevención de la desnutrición, con énfasis en la desnutrición crónica y las deficiencias de micronutrientes, particularmente la anemia por deficiencia de hierro y la deficiencia de vitamina A, en comunidades rurales seleccionadas de los departamentos de Cusco, Cajamarca, Apurímac y Loreto.

El objetivo estratégico planteó el desarrollo de un proceso de aprendizaje sobre *cómo* crear condiciones favorables al crecimiento y desarrollo temprano en condiciones de pobreza, a nivel de servicios de salud, familias y comunidades.

Las metas de impacto propusieron la reducción en 20% de las prevalencias de desnutrición crónica, anemia por deficiencia de hierro, y deficiencia de vitamina A. No se programaron metas para indicadores de desarrollo del niño por dificultades en su medición.

Las metas de proceso (intermedias) contemplaron fundamentalmente: (i) el mejoramiento del acceso y la calidad de la atención en salud y (ii) el mejoramiento de las prácticas de cuidado del niño y de la madre a nivel de la familia y la comunidad.

Marco Conceptual

Abordar las múltiples dimensiones del CDT y de la pobreza rural peruana representó un gran reto, especialmente porque no había similares en el país que pudieran tomarse como referencia. Por esta razón, los actores del programa no participaron en el diseño del programa, pero sí en el direccionamiento de todos los procesos de implementación. El marco conceptual se caracterizó por la apertura y la flexibilidad para permitir hacer todos los ajustes y agregados necesarios durante la marcha. Esta característica hizo que la experiencia se convirtiera en un laboratorio donde se aprendió a través de la incertidumbre, la auto-crítica, el compromiso y, especialmente, del trabajo con la gente en sus propias realidades. Fue un proceso interactivo de aprender haciendo y, como un antropólogo escribió, “este fue el mejor tiempo posible para sentirnos vivos, cuando casi todo lo que pensábamos que sabíamos, era incorrecto.”

Podría decirse que la principal ventaja comparativa de BI con otras experiencias está relacionada con el énfasis dado en *cómo* hacer las cosas, mas bien que en el *qué* hacer. Cinco elementos orientaron la definición del marco conceptual:

1. Construcción de compromiso y capacidad a nivel individual e institucional
2. Integración de intervenciones de nutrición, salud, higiene y estimulación del desarrollo
3. Participación de todos los involucrados en los procesos de implementación

4. Sustitución de la ayuda o asistencia alimentaria por el uso más eficiente de los recursos alimentarios disponibles en la familia y la comunidad
5. Trabajo basado en la comunidad, con la facilitación de ONGs locales

A pesar de que el programa tenía un período de ejecución definido, no se contemplaron fases formales de ejecución debido a que los procesos de implementación se introdujeron de manera escalonada y avanzaron influenciados por los diversos factores que caracterizaron el contexto en cada lugar. En un primer momento se dedicó suficiente tiempo a la comprensión del marco conceptual, los principios, procesos y estrategias para tener un consenso armónico de lo que se esperaba hacer y qué aprender de la experiencia. Posteriormente, se inició en la capacitación de los equipos nacional y departamentales en forma paralela con el análisis situacional, actividades que continuaron durante la implementación en la medida en que fue necesario hacerlo. Momentos flexibles basados en el progreso fueron la pauta que marcó la dinámica de la implementación.

1. Principios

Buen Inicio fue construido alrededor de dos de los pilares de la misión de UNICEF: (i) programación basada en los derechos de los niños y (ii) programación basada en resultados. En el primer caso, BI parte de los principios básicos contemplados en la Convención de los Derechos del Niño: inclusión de los excluidos, no discriminación, promoción del interés superior del niño, participación en todas las cosas que afectan su crecimiento y desarrollo, reconocimiento de los derechos de la madre como paso fundamental para la satisfacción de los derechos del niño, flexibilidad y respeto a la diversidad cultural, y eficacia en función de costos sostenibles.

En el segundo caso, los resultados fueron concebidos como las consecuencias de los procesos y actividades de la implementación del programa. Metodológicamente hablando, los resultados dirigen los procesos y no lo opuesto. La meta fue por un impacto de mas largo plazo en el niño, en concordancia con su derecho no solo a sobrevivir sino a crecer y desarrollar todo su potencial en un ambiente digno, seguro y afectivo, donde las madres pudieran ejercer su derecho a la maternidad sin poner en riesgo su salud y bienestar. Dentro de este contexto, la madre y el niño fueron tomados como una unidad y se colocaron en el centro de la atención.

Trabajar con estos principios implicó mucho compromiso, paciencia, ética, y dedicación. Demandó igualmente reflexión y acción continuas acerca de qué hacer y qué no hacer, a la luz de las situaciones encontradas. Hubo muchos puntos de inicio como se verá en cada capítulo, pero al final todo converge sobre lo mismo: tratar de cambiar la forma de pensar y actuar para cambiar la vida de otros.

2. Estrategias

Una estrategia fue concebida como una estructura o esquema que provee la dirección básica para la acción. Las estrategias permiten que actividades que parecen aisladas se acomoden y se dirijan hacia un propósito integrado. Las estrategias utilizadas incluyeron las siguientes:

Prevención y promoción.- Significó iniciar las intervenciones en la etapa mas temprana posible, idealmente antes de la semana 13 de gestación; tomar en cuenta el ambiente total del niño para la provisión de atención

y cuidado de calidad, integrando todas las intervenciones; mejorar prácticas y comportamientos a nivel del personal de salud, ONGs, padres, familias y comunidades

Construcción de compromiso y capacidad.- Significó desarrollar conocimiento, habilidades y valores en todos los trabajadores involucrados, acumulando aprendizaje a partir de la experiencia local; empoderar a las familias y comunidades a través de su participación en todos los procesos de cambio; colocar la responsabilidad del CDT en los padres y las comunidades debidamente capacitadas e informadas; difundir los beneficios de invertir en el CDT

Mobilización de esfuerzos y recursos.- Significó promover la mejor utilización de los recursos disponibles y la movilización de nuevos recursos públicos y privados; crear alianzas estratégicas para canalizar compromisos y apoyo; y abogar por políticas públicas que promuevan el CDT en poblaciones pobres en forma sostenida.

3. Elementos de Sostenibilidad

La sostenibilidad fue concebida como la incorporación de elementos o condiciones que hicieran posible el mantenimiento o la prolongación en el tiempo de las acciones y resultados. Los elementos incluyeron:

- Definición clara de objetivos y metas, tomando en cuenta criterios de factibilidad y viabilidad.
- Intervenciones apropiadas, tomando en cuenta la complementariedad (integración) basada en las dimensiones del crecimiento y

desarrollo, los factores de riesgo prevalentes en las comunidades participantes y los contextos culturales.

- Respeto a las estructuras existentes y programas en marcha, construyendo sobre lo encontrado y valorando las cosas buenas.
- Capacitación intensiva con criterio formativo, favoreciendo el desarrollo de conocimiento, habilidades, comportamientos, actitudes y valores apropiados, a través de procesos de aprender haciendo.
- Participación activa, buscando que todas las personas afectadas por los procesos fueran parte activa de sus propios cambios.
- Sistema de monitoreo y evaluación longitudinal, como parte de los procesos de implementación del programa.
- Capacidad de manejo y liderazgo competentes, desarrollando habilidades de comunicación y abogacía a todos los niveles.
- Sustitución progresiva de recursos externos por recursos locales, a través de abogacía y expansión de las relaciones internas y externas del programa.

Lecciones Prácticas

La definición clara del marco conceptual es parte importante del éxito de la implementación de un programa/proyecto. Este marco es la base de entendimiento entre todos los involucrados y en buena parte responsable por la coherencia de todas las acciones. Permite que cada persona involucrada comparta los mismos criterios y los aplique coherentemente. La experiencia sugiere que debe dedicársele el tiempo suficiente a lograr esta definición y comprensión, desde el inicio, para reducir las posibles brechas que puedan presentarse entre el diseño y la práctica

que comúnmente surgen en los programas sociales y que son las que limitan el logro de resultados.

La definición clara de las metas puede evitar muchos dolores de cabeza, especialmente en un programa basado en resultados. El ejercicio de clarificar las metas no siempre es una tarea fácil pues a menudo surgen conflictos en relación con la prioridad de las metas, en términos de los cambios esperados en el corto o mediano plazo o la preferencia por metas curativas o preventivas.

Otro problema que surge es la confusión entre metas, objetivos e intervenciones/ actividades. Un ejercicio práctico que puede ayudar a esta clarificación consiste en utilizar un gráfico, como por ejemplo una pirámide o una caja con compartimentos, que ayude a hacer esta distinción y a chequear la coherencia que debe haber entre las metas y cómo alcanzarlas a nivel de impacto y de proceso.

Una meta de impacto bien definida incluye un enfoque en el resultado, es decir, está orientada hacia lo que se espera que le ocurra directamente al niño o a la madre. Cada meta debe tener los indicadores para medir su logro. Si hay dificultades, es preferible enfocarse primero en establecer las metas tan explícitamente como sea posible, sin importar la medición del resultado y luego preocuparse en cómo medirlo. Ambas formas son útiles pero colocan énfasis en diferentes partes.

La experiencia muestra que poner énfasis en el alcance de metas es algo que intimida al personal y puede, en forma temprana, retardar los efectos e impedir más bien que avanzar el progreso. En la experiencia

se observó que cuando se le pidió al personal olvidar las metas de impacto y concentrarse en los procesos, bajo la convicción de que si los procesos son bien trabajados las metas de impacto se alcanzarían, ellos dejaron de sentir la presión, trabajaron más relajadamente y lograron mejores resultados.



5

LA METODOLOGÍA
PARTICIPATIVA

LA METODOLOGÍA PARTICIPATIVA

No se domina del todo la desigualdad porque nuestra historia es contradictoria, pero será tanto más soportable cuanto más sea comunitariamente vivida. La democracia pequeña es la más profunda porque es la dimensión del hombre. Por esto presentimos que la senda comunitaria es la más correcta. En este sentido, la investigación participativa es una valiosa colaboración".

Pedro Demo

Las estrategias participativas están siempre semi-ocultas. Las formas de aprendizaje que son más visibles a la élite del mundo, han sido generadas por los nuevos programas de computador. Menos conspicua, mas tranquila y más dispersa, pero más significativa para la satisfacción y el bienestar humano, han sido las corrientes y confluencias del desarrollo de estrategias y métodos, algunos de las cuales han hecho contribuciones muy valiosas para el entendimiento y las formas de aprendizaje.

Robert Chambers

La implementación de programas sociales se ve con frecuencia enfrentada a dificultades metodológicas, derivadas en parte de esquemas institucionales que abogan por paquetes tecnológicos muy bien diseñados pero poco útiles para satisfacer las necesidades de los participantes.

Puesto que en la vida de cada cultura la gente tiene sus propias perspectivas, valores, conocimientos y opiniones, desde el punto de vista de sus tradiciones, la satisfacción de sus necesidades implica que ellos tengan la oportunidad de ampliar estos horizontes, con respeto a las libertades para tomar sus propias decisiones.

La metodología participativa es una herramienta que busca poner a la gente en el centro de cualquier intervención que afecte sus vidas. Implica entender que en una relación interactiva, los comportamientos y actitudes tienen un profundo efecto sobre los demás. Implica tener un compromiso genuino para permitir que la gente que es sujeto de las intervenciones pueda expresar, compartir y analizar sus realidades, entender sus condiciones y ganar confianza para planear y actuar (Chambers, 1997).

El origen de la metodología participativa se remonta a los años setenta, como respuesta a la necesidad de generar información en forma más rápida y más útil para los programas de desarrollo rural. Hoy existe un número relativamente grande de metodologías aplicadas a distintas áreas del desarrollo social, incluyendo salud y nutrición. Las experiencias citadas en la literatura internacional son numerosas y diversas y cubren un amplio rango de temas y de países en desarrollo. Desde la década de los ochenta, el uso de estas metodologías ha venido siendo promovido y apoyado por UNICEF, OPS, CIID, Banco Mundial y otras organizaciones de cooperación.

La experiencia en el uso de metodologías participativas ha abierto muchas oportunidades para incrementar el costo-beneficio de los progra-

mas sociales, con resultados importantes pero también con muchos desaciertos. Más de 50 trabajos desarrollados en diferentes países fueron presentados a discusión en la Conferencia Internacional sobre metodologías participativas, auspiciada por UNICEF, OPS y otros organismos bilaterales en las década de los 90. Tres brechas fueron identificadas en estas experiencias: (i) énfasis en el uso de métodos y técnicas novedosas mas bien que en la participación; (ii) vacíos en la capacitación; y (iii) dificultades para institucionalizar la participación en las estructuras gubernamentales y no gubernamentales (Scrimshaw, 1992).

Las brechas encontradas aún continúan siendo problemas sin resolver. Existen muchos ejemplos que muestran cómo iniciativas presionadas desde afuera tales como instalación de letrinas, sistemas de agua, proyectos productivos, reformas de vivienda, etc. han generado rechazo por parte de los supuestos beneficiarios y, consecuentemente, han producido frustraciones y pérdida de recursos porque la gente no es consultada sobre estos cambios ni ha tenido espacios apropiados para expresar cómo quiere estos servicios. Los técnicos han decidido sobre lo que para ellos tiene sentido o lo que según sus criterios considera razonable o susceptible de ser trabajado y adoptado por otros.

La metodología participativa fue la herramienta principal en el trabajo de BI. Sin ella hubiera sido muy difícil desarrollar los procesos tendientes a mejorar las prácticas y comportamientos a los diferentes niveles. Según el testimonio de muchos de los trabajadores involucrados, la participación hizo la diferencia en cómo aprender haciendo, para desarrollar capacidad y compromiso sobre cómo mejorar los ambientes de atención y cuidado del niño y la madre durante los períodos más vulnerables.

Concepto y Características

La metodología participativa utilizada en BI es la llamada Evaluación Rural Participativa/Participatory Rural Appraisal (PRA). Su creador, Robert Chambers, define esta metodología como “una familia de estrategias, métodos y comportamientos que permite a la gente expresarse y analizar las realidades y sus condiciones de vida. “Es esencialmente un proceso de aprendizaje acerca de las condiciones de la gente rural, en una forma intensiva, iterativa y expedita.” Su énfasis especial es conocer el conocimiento de la gente y combinarlo con el conocimiento de la ciencia. Ayuda a que sea la misma gente la que evalúe, planee y monitoree sus acciones y progresos.”

Las características de esta metodología están centradas en principios de flexibilidad; aprendizaje rápido y progresivo, de y con la gente; reducción de sesgos en la información, a través de la utilización de más de un método (triangulación); uso permanente de la autocrítica para identificar posibles fuentes de error; y optimización del costo-beneficio del aprendizaje (Chambers, 1992).

Aunque inicialmente la metodología se utilizó en investigación, PRA puede ser utilizada para otros propósitos que incluyen: (i) explorar un problema que ha sido ampliamente definido y que necesita que sus aspectos prioritarios sean focalizados; (ii) profundizar en el conocimiento de un tema o aspecto, que se considera prioritario o que ha sido identificado como tal en una exploración; (iii) evaluar procesos y resultados de un programa o de una intervención; y (iv) involucrar a la gente en la planeación o revisión de acciones o situaciones que la afectan (Schoonmaker, 1990).

La participación, en su forma mas simple, se concibe como permitir a la gente pobre *ser parte de* los procesos de cambio que afectan sus vidas (Chambers, 1988). Específicamente, esto implica:

Sentarse con la gente al mismo nivel, oírlos, observarlos y aprender teniendo el cuidado de no dominarlos, no señalarlos con el dedo, no entrevistarlos y no interrumpirlos cuando hablan.

- **Usar el mejor juicio** todas las veces. Significa confiar en el juicio personal mas bien que en manuales o reglas; promover respuestas flexibles y adaptables y aceptar responsabilidad
- **Desaprender**. Significa estar dispuesto a abandonar creencias, comportamientos y actitudes, incluyendo las inculcadas a través de la educación formal
- **Estar óptimamente no preparado**. Significa entrar en una situación participativa desconocida con un repertorio pero sin un programa detallado pre-establecido para permitir la improvisación creativa y un proceso interactivo abierto cuyo curso no puede ser previsto con anticipación
- **Aceptar el error**. Significa ser positivo acerca de los errores y no esconderlos, sino mas bien reconocerlos, compartirlos y aprender de ellos
- **Relajarse**. Significa no apurarse, tomar el tiempo con calma, ir al ritmo de la gente y disfrutar las cosas con ella
- **Entregar el poder**. Significa facilitar, iniciar los procesos participativos y luego hacerse a un lado para oír y observar sin interrumpir
- **Aceptar que la gente puede hacerlo**. Significa asumir que los pobres pueden hacer alguna cosa hasta que prueben lo contrario

- **Preguntar.** Significa pedir a la gente información y consejo, incluyendo consejo sobre cómo desearían ellos que los agentes externos se comporten
- **Ser amable.** Significa adoptar la regla de oro: ser amable y respetuoso con la gente siempre, siempre y siempre

Estos principios abren espacios para que los profesionales se expongan a nuevas y diversas experiencias y relaciones que se refuerzan mutuamente. El manejo exitoso de estos principios, sin embargo, requiere de una capacitación responsable, construida sobre la base de experiencias formadoras de reflexión-acción. La práctica de estos principios demanda tiempo, paciencia, tolerancia y una gran dosis de compromiso, dedicación y ética. La gran ventaja es que una vez que los profesionales empiezan a experimentar el beneficio del cambio, su autoestima, habilidades y valores se estimulan enormemente.

Procesos Participativos

La participación se trabajó a través de procesos de reflexión-acción, los cuales fueron utilizados en la implementación de todas las intervenciones. Un proceso participativo se concibe como un *continuum* de acciones que parte de una situación o problema que se desea cambiar o mejorar y que progresa gradualmente hacia una situación deseada. En términos prácticos, los procesos se desarrollan a través de ciclos de actividades secuenciales de reflexión-acción, donde intervienen dos partes: el facilitador y el/los participantes. Cada proceso tiene un objetivo que cumplir y una duración que varía de lugar a lugar y de situación

a situación. Cada actividad significa una relación interactiva entre las partes, para compartir conocimiento, información y experiencias acerca de la situación o práctica que se quiere mejorar, como por ejemplo, una práctica de lactancia materna o mejorar la forma cómo el profesional de salud realiza la consejería con la madre (Selener, 1997).

Al ser parte activa de la reflexión-acción, la gente puede expresar libre y espontáneamente lo que los afecta y las soluciones que son posibles dentro de su contexto. Su propio análisis ayuda a comprender mejor su realidad para planear y actuar. Cuando el que planea es el mismo que ejecuta, entonces puede tomar el control de la situación y aprender más de la experiencia de sus propias acciones. En esta forma, tanto la gente como el facilitador, van ganando conocimiento nuevo, destrezas y confianza en su capacidad para hacer cosas que no sabía que podía hacer. Este es el proceso de aprender-haciendo. El avance de un ciclo a otro representa el nivel de empoderamiento y el nivel de aprendizaje logrado. La clave es mantener la reflexión y la acción siempre en marcha, aunque esto implique avanzar y retroceder porque el aprendizaje se construye y se acumula sobre la base de ciclos repetidos (Selener, 1999). Esto es especialmente cierto cuando se trata de mejorar prácticas, actitudes y comportamientos humanos los cuales son complejos.

La dinámica de los ciclos incluyó las siguientes actividades:

1. Evaluación de la práctica, problema o situación
2. Reflexión sobre lo encontrado
3. Definición del curso de acción para mejorar la práctica o situación,
4. Implementación de la acción

5. Evaluación de los efectos de la acción implementada
6. Reflexión sobre los cambios ocurridos

La información generada por los procesos, el análisis y la toma de decisiones se hace en el mismo sitio donde se desarrolla el proceso de manera que tanto los facilitadores como la gente, incrementa con cada ciclo o proceso su comprensión de los problemas o situaciones. Este es el verdadero proceso de aprender haciendo. Como su nombre lo dice, el rol del facilitador consiste en hacer más fácil la participación de los involucrados en el desarrollo de cada ciclo o actividad, guardando el debido respeto por las normas institucionales, el ritmo de vida de las personas, su tiempo disponible, su capacidad para el cambio, y sus intereses y motivaciones.

Hay una anécdota interesante que sucedió en medio de un estudio participativo. El estudio se desarrollaba en una comunidad muy grande con tres niveles de terreno: alto medio y bajo por lo que en cada nivel se localizó un equipo de profesionales y agentes comunitarios. De manera inesperada y súbita, corrió la voz por toda la comunidad de que el trabajo debía suspenderse porque el caballo del presidente de la junta comunitaria había desaparecido. Esta voz de alerta significaba que toda la comunidad debía movilizarse a la búsqueda del caballo, lo cual permitió que en cuestión de minutos el caballo fuera encontrado y se recibiera la orden de que el trabajo podía ser reanudado.

Esta es una muestra de la dinámica de vida las comunidades que hay que entender y respetar cuando se trabaja con ellas.

En el trabajo con procesos es igualmente importante tener presente que la fuerza y la energía de las comunidades con raras excepciones se moviliza por sí misma y que se requiere del apoyo externo para motivar a la gente a incorporar cambios para ellos mismos. En comunidades que han estado aisladas mucho tiempo, los facilitadores deben desplegar una gran capacidad estratégica para iniciar los procesos de cambio hasta que éstos se consoliden. La gente puede convenir acuerdos y realizar actividades, pero otra cosa es lograr que ella se involucre efectivamente en un proceso de cambio para su propio beneficio.

La preferencia de las ONGs como facilitadores para el trabajo comunitario se fundamentó en su cercanía con las comunidades y los servicios de salud. Se ha demostrado que cuando los facilitadores son foráneos o son profesionales que ostentan poder, no es posible construir el nivel de confianza que es requerido para iniciar, avanzar y mantener los procesos con el nivel de participación requerido. No hay duda de que hay que pagar ciertos costos por cada cambio que se busca, pero la gente puede minimizar esos costos si ella participa en entender lo que le es posible hacer, qué los limita y qué oportunidades hay más allá de las opciones disponibles. No hay otra forma en la cual la gente pueda participar significativamente en los procesos de decisión que afectan sus vidas y el desarrollo de sus niños (Shramm, 2002). La efectividad de los procesos en producir los cambios esperados fue ampliamente demostrada a lo largo del programa.

Métodos y Técnicas

Un método o técnica no es más que un medio o ayuda para facilitar la participación de las personas involucradas en los procesos participativos y el apoyo del facilitador para generar información que es utilizada en forma inmediata para la toma de decisiones sobre las acciones pertinentes. El punto esencial es que los métodos participativos buscan llenar los vacíos que otros métodos tienen, en términos de coherencia, oportunidad y utilidad práctica de la información para la toma de decisiones. Cuando se trabaja con población analfabeta, las técnicas gráficas ayudan a establecer frecuencias, como por ejemplo, de las veces que la madre lacta el bebé, información que es analizada por las partes y utilizada para el contenido de la consejería.

Al igual que en otras metodologías participativas, PRA tiene su propio grupo de métodos y técnicas. Estos incluyen mapeo, calendarios, perfiles de campo, diagramaciones, fotografías, tarjetas, relatos, observaciones, entrevistas semi-estructuradas, diálogos interactivos y otros. Estos métodos pueden y deben ser diversificados o recreados en el campo de trabajo de manera que respondan mejor a la cultura local y a las necesidades de información de cada momento particular. Los métodos gráficos son los más recomendados, especialmente en poblaciones con altos niveles de analfabetismo, bajos niveles educativos o desconocimiento del idioma oficial de la localidad (Chambers, 1996).

El método participativo no tiene en sí mismo mucho valor, si éste no es utilizado apropiadamente. Su manejo requiere ciertas condiciones por parte del facilitador que incluyen: respeto por los involucrados; confian-

za mutua; conocimiento del idioma y la terminología local; tiempo disponible; voluntad para colocarse al mismo nivel de la gente; paciencia para escuchar; interés, sensibilidad y solidaridad. Como cada realidad es diferente, no existen expertos en el manejo de los métodos participativos, aunque la práctica continua sí ayuda a desarrollar habilidades y a recrear los métodos y técnicas en la misma realidad de la gente (Mukherjee, 1998).

Una de las dificultades que enfrenta el manejo de los métodos, especialmente por los practicantes novatos, está relacionada con el cómo iniciar un proceso participativo y qué método utilizar. Esto es apenas natural en personas que están acostumbradas a un trabajo donde las relaciones se dan con base en criterios de supremacía, como por ejemplo, entre los que saben y los que no saben, entre los que tienen el poder y los que no lo tienen. Estas dificultades se reducen una vez que el facilitador adquiere práctica en el manejo de los principios de la participación. Más que convertirse en experto, el facilitador debe aprender a desarrollar confianza, sensibilidad y compromiso a través de contactos continuos con la gente.

La autocrítica y la aceptación del error son una gran ayuda para desarrollar habilidades y seguridad. Es importante tener claro que cuando no se utilizan los métodos adecuados los procesos pueden no fluir en la forma esperada. En estos casos, no debe haber apresuramiento para forzar el avance del proceso y debe evaluarse la conveniencia de retroceder o repetir el ciclo de actividades las veces que sea necesario. La habilidad del facilitador no consiste en memorizar el funcionamiento del método, sino en entender su potencial y explotarlo al máximo. Esto es más fácil-

mente entendido cuando el facilitador está dispuesto a aprender de la gente y dejarse orientar por ella.

De los procesos participativos siempre se obtiene información que es utilizada rápidamente en la misma comunidad para tomar decisiones. Cuando se tienen dudas sobre la calidad de la información obtenida durante un ciclo de reflexión-acción, ésta debe confirmarse para evitar sesgos en la interpretación y desaciertos en las decisiones tomadas. La metodología PRA, recomienda en estos casos aplicar el principio de la triangulación, el cual consiste en utilizar 3 métodos participativos diferentes para evaluar la misma situación o problema. Al reducir los sesgos se obtiene una información más cercana a la realidad, esto es, no influenciada por factores de tipo geográfico, climático, de poder económico, clase social, religión o nivel educativo. Esta combinación de métodos debe ser considerada, especialmente en los casos en que hay dudas o contradicciones en la información que se genera. No se debe descartar el hecho de que en ambientes de pobreza también pueden existir sesgos relacionados con conflictos personales o de poder.

Empoderamiento

El término empoderamiento (de *empowerment*), ha venido siendo utilizado ampliamente en instancias gubernamentales y no gubernamentales, con connotaciones en muchos casos simplistas o no del todo consistentes. En PRA, empoderamiento significa entregarle o darle poder a la gente local para que tome las iniciativas y el control de sus realidades. Parte del principio de que ellos pueden hacerlo y lo hacen mejor que

muchos profesionales especializados porque, además de problemas y necesidades, tienen conocimientos y recursos. La clave está en cómo empoderarlos para que tomen el control. En este sentido, el empoderamiento no es un producto ni es algo estático que tiene un comienzo y un final. Por el contrario, es un proceso que se acompaña de capacidades fortalecidas y de una visión más amplia para seleccionar y actuar. Requiere e implica cambios en las relaciones de poder y en los comportamientos y actitudes a nivel institucional, profesional y personal. Estos 3 niveles representan puntos de entrada capaces de provocar y reforzar cambios en otros. La participación estimula y apoya los cambios y, como tal, representa también un punto de entrada o de ventaja (Friedman, 2000; Chambers, 1997).

Resolver el problema de las relaciones de poder en instituciones jerarquizadas no es algo fácil y requiere mucho tiempo y paciencia. En la experiencia de BI se utilizaron estrategias tácticas para flexibilizar las relaciones de poder mediante “presiones” de grupos externos y presiones al interior de las organizaciones. Unas de las estrategias específicas utilizadas consistió en desarrollar responsabilidad individual en las personas, lo cual significó capacitarlo para que utilizara siempre su mejor juicio en las decisiones mas bien que descansar su fuente de autoridad y de control en manuales, textos o documentos. Esto llevó a una cadena de pequeños cambios que acumulados permitieron a los de la base generar su propio poder y control para ajustarse a las necesidades y condiciones de cada circunstancia. La reducción de la formalidad de ciertos rituales y procedimientos abrieron más espacios para las relaciones, para la invención y para la creatividad en la participación.

Los cambios en los comportamientos y actitudes profesionales y personales implicaron el fortalecimiento de los valores que deben prevalecer en las relaciones humanas: dudas, conciencia autocrítica, mente abierta, respeto por los valores y opiniones de otros y respeto por los valores de la gente pobre o socialmente excluida. Esto significó, algo así, como un proceso de “desaprender” (para volver a aprender desde la gente), referido a los cambios que se requieren para que las relaciones entre los profesionales y la gente sean constructivas, capacitadoras y empoderadoras. Las experiencias de campo en el proceso de aprendizaje utilizado se constituyeron en medios para este “desaprender.”

Problemas en el Manejo de PRA

A pesar de las bondades de esta metodología, existen riesgos que la hacen sensible a la manipulación. Por una parte, la complejidad, diversidad y dinamismo de las realidades locales y, por otra, la naturaleza de los comportamientos y actitudes de los profesionales hace difícil la reconciliación entre métodos y realidades. Específicamente, además de los problemas inherentes a la metodología, hay factores humanos asociados con las relaciones de poder que prevalecen en la mayoría de las estructuras institucionales jerarquizadas.

El comportamiento es solo una expresión física de lo que la persona lleva dentro de sí. Por otra parte, la personalidad es un factor en las preferencias por paradigmas entre métodos estandarizados y precisos que ponen énfasis en las cosas y aquellos métodos que son inciertos o imprecisos y ponen énfasis en la gente. De acuerdo con la experiencia,

la mala práctica puede ser debida a tres situaciones: mandato superior de utilizar una metodología participativa, simplemente porque está de moda o es demandada o exigida por donantes; mala interpretación o no internalización; una suma de problemas de capacitación, práctica de campo y ética.

El problema mas comúnmente encontrado está asociado con la dominación de poder: los profesionales tienen el conocimiento, la autoridad y el control. Este es el caso del profesional que llega a una comunidad hablando en voz alta, criticando, contradiciendo, predicando o pontificando y sugiriendo soluciones. Los signos de dominación no son solo verbales sino gestuales y posicionales. Entre los errores inherentes a la metodología se encuentra la “rapidez,” un principio que ha sido muy susceptible y expuesto a malas interpretaciones y manipulaciones: visitas rápidas, apuros, etc. por la falta de tiempo. Muchos se preguntan una y otra vez, qué es muy rápido o qué puede ser muy despacio? El término rápido viene desde los orígenes de la metodología cuando se quiso sustituir las investigaciones formales que tomaban mucho tiempo en la obtención de información para la toma de decisiones. El término ha sido remplazado por relajado para evitar estos problemas (Leus, 1999).

Otro de los errores es esperar recibir mucho sin dar algo a cambio. Se refiere más específicamente a los estudios o evaluaciones que extraen información y se la llevan para procesarla lejos de la comunidad, quien no vuelve a saber de los investigadores ni del estudio. Otra situación frecuente es la generación de falsas expectativas, por algunas ONGs que esperando recibir o mantener financiación de alguna fuente donante, aplican grandes formularios para recoger información bajo la promesa

de regresar con proyectos. En estos casos, el uso de la participación se convierte en una rutina o repetición de actividades supuestamente participativas por cumplirle al donante. Sesgos de género o de poder también se presentan, donde por presiones de tiempo o por conveniencia se habla, consulta o interactúa con ciertas personas o grupos en forma discriminada.

Lecciones Prácticas

No hay fórmulas mágicas que hagan que la participación sea “perfecta,” como tampoco la participación puede hacerse efectiva por decreto o resolución. La participación es algo que se construye lenta y cuidadosamente en el tiempo, que toma diferentes formas de acuerdo con cada contexto, y que requiere de técnicas y herramientas que necesitan ser constantemente mejoradas o recreadas a partir de la experiencia.

La participación parte de la premisa de que quien participa en crear algo nuevo tiende a sentir apropiación de lo que ha creado, hace mas y mejor uso de su creación y busca preservarla y mejorarla para su propio bien y el de la colectividad. Reconocer que la gente pobre puede tener menos conocimientos acerca de muchas cosas pero conoce mejor que nadie sus necesidades, es un punto de entrada para el aprendizaje de cómo acercarse a la gente para aprender de ella y con ella.

El mejoramiento de prácticas y comportamientos a través de procesos participativos enfrenta dificultades en la práctica. Puede parecer relativamente fácil involucrar a la gente en evaluar y tomar sus propias deci-

siones, pero hacer seguimiento a las consecuencias de ese proceso es más difícil. El éxito depende de factores diversos: facilitadores con flexibilidad y creatividad para ofrecer a la gente posibilidades técnicas y de manejo de tal forma que las personas, grupos y comunidades puedan seleccionar lo mejor que se adapte a ellos; fuerza y cohesión de parte de las organizaciones locales que ejerzan liderazgo; compromiso y apoyo decidido de instituciones estatales y de un alto nivel de colaboración entre equipos de gobierno, representantes de organizaciones de base y agencias de cooperación.

La práctica de la participación tiene muchas ventajas pero también puede llevar a muchos abusos por aquellos que creen ostentar el conocimiento o por aquellos que no disponen de tiempo para interactuar con los pobres en su propio ambiente. Un alto sentido de ética, compromiso y humildad es necesario para aceptar que los pobres, además de problemas y necesidades, tienen conocimientos y recursos y que ellos son parte de las soluciones. La aceptación de perder el control sobre la dirección, el contenido y la evolución de las intervenciones a favor de las comunidades, es parte del cambio necesario.

La institucionalización de la participación es un reto de grandes proporciones en programas sociales e instituciones jerarquizadas. Significa procesar cambios en las relaciones de poder, democratizar la participación, aceptar la diversidad y el dinamismo de los contextos locales y mejorar los comportamientos y actitudes a todos los niveles. Un proceso de capacitación sostenido y de muy alta calidad es una precondition para incorporar la participación como parte de los sistemas de trabajo. Esto no debería ser un problema mayor, una vez que se toma la decisión

sobre la base de los múltiples beneficios de la institucionalización de la participación: moviliza y utiliza el conocimiento y la energía local, estimula acciones mejor adaptadas a las condiciones locales y mas sostenibles; reducción de costos en el largo plazo; y resolución de problemas y conflictos a nivel local.

La sostenibilidad de la participación comunitaria con el apoyo de ONGs, depende en gran medida de su estabilidad financiera en el largo plazo, por lo que es importante tener en mente este criterio antes de decidir trabajar con ellas. Las interrupciones abruptas de los procesos participativos, basados en la comunidad, son inconvenientes y deben evitarse a toda costa. Por otra parte, cuando se toma la decisión de institucionalizar la participación, debe haber una comprensión clara de que este es un proceso lento que se inicia desde lo pequeño y no en grandes escalas. Desconocer esta realidad es abocarse en un proceso que puede traer muchas frustraciones.



6

LOS ACTORES

LOS ACTORES

El programa contó con una diversidad de grupos de actores, cada uno de los cuales tuvo un rol específico que cumplir. Todos los actores tuvieron una capacitación e información relativamente uniforme con el fin de lograr un nivel adecuado de sincronización o armonización conceptual y práctica entre ellos. El nivel de contribución de los actores descansó en la complementariedad de sus fortalezas, tanto para alcanzar una sinergia entre ellos como para trabajar separadamente. Como en muchas otras situaciones, hubo movilización de personas en todos los niveles lo que forzó a adoptar algunas estrategias para reducir los efectos producidos por esta movilización. Trabajar con una metodología participativa para desarrollar compromiso, paralelamente al desarrollo de capacidades, ayudó a mantener la continuidad de las acciones independientemente de los cambios de personal.

Equipo del Programa

Buen Inicio contó con un equipo multidisciplinario a nivel nacional financiado por el programa: coordinadora del programa, nutricionista, comunicadora, antropólogo especializado en investigación cualitativa, psicóloga especializada en desarrollo temprano, nutricionista antropometrista y fotógrafo con experiencia en comunicación visual. Con excepción de la coordinadora y la nutricionista, los demás cargos fueron contratados a través de consultorías por períodos de tiempo específicos según las necesidades. A nivel de cada departamento se contó

con una nutricionista y un antropólogo de tiempo completo financiados por el programa.

Sin excepción, todos los profesionales del equipo nacional tuvieron como principal función construir capacidad y compromiso en los diferentes niveles y evaluar y monitorear el proceso de aprendizaje. Además de las funciones de gestión, abogacía y capacitación, los equipos departamentales dirigieron, asesoraron, apoyaron, monitorearon y evaluaron todos los procesos de implementación del programa en el nivel local.

Actores Locales

Los actores locales incluyeron médicos, enfermeras, obstétrices y técnicos de establecimientos de salud, personal de ONGs, autoridades, promotores y consejeras comunitarias, alcaldes y otras autoridades y líderes municipales. Con muy pocas excepciones (ONGs), el programa no financió personal adicional al ya existente en las instituciones, ni pagó salarios, remuneraciones o compensaciones económicas a los agentes comunitarios. Vale la pena mencionar que esta posición del programa fue bien entendida y aceptada por todos, sin que se hubieran presentado conflictos o demandas por esta causa.

La participación de autoridades municipales, principalmente alcaldes y registradores, no fue generalizada ni permanente. Si bien la descentralización administrativa estaba en un proceso de avance, hubo dificultades en la gestión por razones de diferencias en las agendas políticas, presupuestos limitados, y otras situaciones. Las experiencias que invo-

lucraron más efectivamente a las autoridades se dieron en localidades de los departamentos de Apurímac y Cajamarca donde hubo asignación de fondos para actividades puntuales. Sin embargo, fue claro que no se invirtieron suficientes esfuerzos para vincular estos actores a los procesos de una manera más formal.

El Factor Personal

El desarrollo de nuevo conocimiento y habilidades es crítico pero no es suficiente para trabajar con un tema tan sensible como el desarrollo del potencial de los niños excluidos por la pobreza. La naturaleza humana es compleja y las relaciones entre las personas no están libres de tensiones y conflictos. Los comportamientos y actitudes humanas tienen una significancia más profunda de lo que normalmente se piensa. Quizás el aspecto más ignorado en los programas sociales es la poca atención que se da al desarrollo de la responsabilidad personal, definida ésta como la capacidad para hacer juicios y tomar decisiones con respecto a las preferencias y las acciones. Entre otras cosas, esto se debe a que los manuales, las normas, los formatos y otras cosas concentran tanta atención que se llega a olvidar a las personas.

Abogar por cambios en actitudes y comportamientos personales no significa que se busque una uniformidad porque entonces dejaría de ser personal. Cada persona tiene una realidad diferente y una definición de responsabilidad. Lo que es importante entender es que cada uno puede pensar por sí mismo, usar su mejor juicio personal y empoderar a otros para hacer lo mismo. Cualquiera que sean las dificultades, cada uno las

enfrenta de manera diferente y tiene formas diferentes de empoderar a otros. Es un proceso de dar y recibir en el cual todos los involucrados ganan y crecen a través de oportunidades para aprender, experimentar y sacar conclusiones personales.

Para BI, tener en cuenta el factor personal fue esencial para crear una cultura de trabajo que tuviera un sentido de responsabilidad individual pero compartida basada en la confianza, el respeto, la motivación y el desarrollo personal. Esto no fue fácil y se necesitaron pasos conscientes, tiempo y esfuerzo para crear tales ambientes. Uno de los grandes retos enfrentados estuvo asociado con el cambio en el sistema de trabajo al que estaba acostumbrado el personal, caracterizado por jerarquías verticales, ejecución de actividades mas bien que de procesos; agendas poco flexibles; y concentración de la atención en productos puntuales en lugar de resultados de impacto, por citar algunos. En estos contextos los trabajadores tenían muy pocas oportunidades de participar en las decisiones, de desarrollar su máxima eficiencia y de tener visibilidad como individuos más bien que como organización a la cual pertenecían. Estos ambientes, un tanto deshumanizados, estimulaban prácticas mecanizadas o insensibles a las necesidades de quienes se supone reciben los beneficios de las intervenciones (Gebelein, 2001).

Con estas experiencias excluyentes no podía esperarse que en una primera etapa el personal empezara a hacer un trabajo diferente al que hacía antes o que se sintiera muy cómodo con las nuevas responsabilidades. Por ejemplo, una de las dificultades encontradas fue el impacto que las metas programadas produjeron en los equipos del programa. Un personal acostumbrado a ser reconocido por las tareas administrativas

o por la recolección de datos mas bien que por hacer la diferencia en la vida de los niños y las madres, no está preparado para involucrarse en un cambio de esta naturaleza. Esto hizo que las metas programadas fueran percibidas como muy ambiciosas lo que generó una presión muy grande y produjo sentimientos de temor e inseguridad. Como la teoría de procesos no parecía darles mucha confianza, esta preocupación se convirtió en su mayor pesadilla. Fue necesario que ellos empezaran a evidenciar en el campo de trabajo lo que podía lograrse con los procesos participativos para que sus temores desaparecieran y empezaran a trabajar en forma mas relajada. Fue interesante observar cómo el aprendizaje los llevó a procesar y defender el concepto de que las metas efectivamente podían ser alcanzadas si los procesos de implementación eran bien trabajados.

Otro de los problemas encontrados fue la débil capacidad del personal para comunicarse e interactuar con otros, para construir relaciones de trabajo estables y para desarrollar liderazgos. Puesto que la comunicación está en el corazón del trabajo con la gente, el reto del programa fue establecer un ambiente de comunicación abierta que permitiera la libre expresión, la participación en las decisiones, el intercambio de información, el manejo de bloqueos resultantes de los problemas, actitudes o acciones de las personas y una buena dosis de confianza en los demás. Muy pronto la interacción con otros, abierta y directa, empezó a construir relaciones de equipo amigables y motivó a la gente a sentirse razonablemente confiada y comfortable para negociar acuerdos o manifestar desacuerdos, proponer sugerencias para la solución de problemas, compartir buenas o malas noticias y sentir que ellos eran protagonistas de sus propios logros.

Los cambios no se dieron sin antes sortear diversas situaciones. En ocasiones, la distribución geográfica de los actores y los problemas de logística asociados dificultaron la regularidad de los contactos personales. Hubo momentos en que los actores sintieron la necesidad de ser oídos y no fue posible responder a sus requerimientos. Fue necesario trabajar con una serie de estrategias de comunicación combinadas para evitar sentimientos de abandono o inseguridad.

En la medida de las posibilidades, se propiciaron encuentros en los diferentes niveles de ejecución, en los cuales se combinaron discusiones técnicas con actividades de socialización.

La motivación jugó un papel importante en mantener el ánimo y evitar la rutina en el trabajo. La rutina reduce el interés y la sensibilidad a las necesidades de los beneficiarios y puede llegar a retardar el avance de los procesos. Motivar contribuye a reafirmar el interés genuino en lo que funciona mejor para los beneficiarios potenciales y contribuye a desarrollar en el personal visiones de aprendizaje para situaciones similares futuras. Motivar significó inspirar a la gente a hacer un buen trabajo mas bien que penalizarla por los errores; ayudarla a focalizar las energías en los aspectos mas críticos y en vencer los obstáculos; ser sensible a los sentimientos, intereses y necesidades personales; reconocer las pequeñas ganancias o logros; valorar la iniciativa y los estándares personales de excelencia; ser flexible y adaptarse a cambios circunstanciales; y levantar la autoestima en los buenos y los malos momentos.

Lecciones Prácticas

Cuando un programa tiene un amplio rango de actores, ellos necesitan tener sus roles bien definidos para que el trabajo tenga un flujo uniforme y consistente entre todos los componentes. Mientras el personal de los servicios de salud tenía responsabilidades asignadas, fue necesario formar acuerdos con los demás actores para establecer compromisos específicos y definir el apoyo necesario.

El desarrollo de liderazgos en los diferentes niveles de la estructura del programa fue una pieza clave para la gestión y la abogacía. Un buen líder es aquel que tiene la capacidad de formar otros líderes, de promover un alto nivel de motivación y de solucionar problemas sin depender de los altos niveles de decisión. Además de solucionar problemas, los líderes deben estar atentos a las tareas que son críticas para los trabajadores y tener voluntad y disposición para aceptar los puntos de vista de los trabajadores.

Los incentivos para los actores deben ser cuidadosamente manejados para lo cual es importante conocer que los motiva y cuáles son los valores que ellos le dan a su trabajo. Cuando no se consideran incentivos monetarios, el reconocimiento a su esfuerzo y a sus resultados, por los supervisores y los compañeros, ha mostrado ser una estrategia eficiente para mantener la motivación y el ánimo altos.

Los procesos participativos son enteramente dependientes de los actores involucrados. Las habilidades son importantes para hacer las cosas, pero es la motivación la que determina lo que realmente se hace y la ac-

titud la que determina cómo bien se hacen las cosas. Esto demanda una alta dosis de sensibilidad a la diversidad cultural, al respeto por la gente afectada por las decisiones y un compromiso a prueba de paciencia y tolerancia para obtener los resultados que se esperan. Aprender a actuar asertivamente frente a una madre que sufre la pobreza, que puede no entender lo que le dicen porque no habla su mismo idioma, porque es analfabeta, o porque tuvo que caminar una gran distancia para recibir ayuda, es un proceso que toma tiempo y dedicación.

En una primera fase, los actores pueden estar de acuerdo con lo establecido por el programa pero sus comportamientos y actitudes empiezan a mejorar solo cuando ellos empiezan a sentir que se pueden beneficiar del cambio. Esto fue algo que se hizo evidente a todos los niveles de la implementación de BI.

En el mundo de las relaciones humanas, cada persona tiene creencias y valores que son socialmente contruidos y complejos. Si en la convivencia del trabajo y del aprendizaje mutuo, estos valores son articulados y compartidos, más bien que impuestos, las interacciones personales con la gente pueden ser más fáciles y productivas. Valorar la conciencia autocrítica, la mente abierta, el respeto por las opiniones de otros y los valores de los menos posicionados es parte del aprendizaje de cómo interactuar con otros.



7

LAS INTERVENCIONES

LAS INTERVENCIONES

Los procesos ponen especial énfasis en: equidad, la meta persistente de UNICEF de incluir a los excluidos, la adaptación de las innovaciones a diversas condiciones locales, y el desarrollo de capacidades a través de la colaboración entre comunidades, trabajadores y expertos.

James Grant

Una premisa, importante de considerar, es tener en cuenta las condiciones que son requeridas para el diseño y la implementación exitosa de las intervenciones, en términos de las necesidades específicas en los períodos de vulnerabilidad del niño y de la madre, los recursos que son necesarios y las estrategias que pueden responder mejor a las características de los contextos locales. Es igualmente importante tener en mente que las características de las intervenciones deben considerar la flexibilidad que demandan los procesos participativos utilizados en la implementación. Hay intervenciones que pueden ser muy efectivas en el corto tiempo pero pueden no ser sostenibles en el largo plazo por el costo involucrado. Por otra parte, las intervenciones simples no necesariamente significa que son las mas fáciles de implementar.

Aunque el énfasis de este documento está concentrado en el período gestación-3 años, es práctico y conveniente insistir en la importancia de continuar protegiendo al niño en la edad pre-escolar con intervenciones

apropiadas para sus necesidades. No hay que olvidar que el desarrollo continúa después de los 2 años de edad, cuando pueden presentarse otros períodos de rápido desarrollo que deben protegerse. Esta continuidad permite prolongar los beneficios del impacto producido por las intervenciones en los primeros años (Wachs, 1999).

Concepto y Características

Una intervención es entendida aquí como un grupo de acciones con potencial de producir cambios en el crecimiento y desarrollo del niño. Dada la complejidad del CDT y de la pobreza, producir cambios requiere de intervenciones más complejas que las tradicionalmente trabajadas en los programas de nutrición. Ignorar esta complejidad puede llevar a resultados aparentes, frustraciones y pérdidas económicas. Cuatro factores específicos fueron tomados en consideración para la selección de las intervenciones: (i) características del CDT; (ii) recursos disponibles, incluido el tiempo; (iii) condiciones locales existentes; y (iv) resultados esperados.

Sobre la base de estos factores las intervenciones se caracterizaron por ser específicas, oportunas, integradas e intensivas (Grantham, 1999).

Las características específicas incluyeron:

Especificidad, significó tener en cuenta las necesidades del niño para su edad, su nivel de vulnerabilidad en diferentes momentos, sus capacidades para demandar o hacerse sentir y las características culturales de la familia y la comunidad.

Oportunidad, significó iniciar las acciones lo más tempranamente posible, idealmente antes del primer trimestre de gestación. El inicio temprano significa prevención temprana de problemas, en concordancia con el inicio temprano del crecimiento y el desarrollo. Entre más temprano sea el inicio mayores serán las posibilidades de incrementar el potencial de éxito de las intervenciones.

Integración, significó actuar simultáneamente sobre los factores de riesgo biológicos (salud y nutrición), físicos (protección) y psico-sociales (ambiente y estimulación). Una intervención que actúa aisladamente sobre un factor no puede producir resultados en todas las áreas del desarrollo y su costo-beneficio podría ser bajo.

Intensidad, significó que a mayor exposición del niño a las intervenciones pueden obtenerse mayores beneficios. La formación del cerebro es un continuum por lo que la intensidad favorece la protección en todos los momentos críticos del proceso.

Duración, significó tener en cuenta que las intervenciones de largo plazo tienen un mayor impacto en el crecimiento y desarrollo del niño, en comparación con las de corta duración. No se puede asumir que el nivel de impacto positivo de ciertas intervenciones en un período dado pueda ser mantenido a través del tiempo porque las condiciones de riesgo del niño que vive en la pobreza no cambian en el tiempo. Esto parece ser más evidente en lo relacionado con las áreas del comportamiento humano.

La implementación de las intervenciones demandó un trabajo más complejo de lo esperado, debido a que la diversidad de los contextos andinos

y amazónicos encontrada también era mas compleja de lo previsto. La experiencia mostró que, además de compleja, la pobreza es dinámica e impredecible, con diversidad de características que se comportan de manera diferente en diferentes contextos culturales y en diferentes momentos. De aquí que la flexibilidad que caracteriza los procesos participativos representó ciertamente una gran ventaja sobre otros métodos en cuanto permitió que sobre la marcha de la implementación se hicieran los ajustes necesarios.

Ejes Temáticos

Los ejes temáticos de las intervenciones están referidos a los factores de riesgo y a las prácticas y comportamientos del crecimiento y desarrollo sobre los cuales se concentraron los esfuerzos y recursos. Es claro que la lista de factores de riesgo del CDT es muy amplia y no fue el propósito de BI abordar todos los factores. Del análisis situacional, incluido el estudio de prácticas, se identificó el grupo de factores/prácticas de nutrición, salud, higiene y estimulación que podrían tener una influencia relativa más grande en el CDT y que eran susceptibles de ser mejorados con la tecnología, el tiempo y los recursos disponibles en la familia y la comunidad. Los ejes temáticos fueron comunes a todas las intervenciones, pero sus contenidos variaron de acuerdo con los objetivos específicos y los participantes involucrados.

Los ejes temáticos considerados incluyeron los siguientes:

Gestación

- Control prenatal: inicio del control antes de la semana 13 de gestación y cumplimiento del protocolo de controles establecido por el Ministerio de Salud (MINSA)
- Prácticas alimentarias: enfatizó el consumo adecuado de calorías y proteínas provenientes de fuentes de origen animal y la participación del padre en la movilización de recursos
- Prácticas de estimulación: enfatizó la reducción de la carga de trabajo físico y del estrés; provisión de afecto, apoyo y consideración
- Participación del padre en las visitas y el cuidado
- Suplementación de hierro y vitamina A y consumo de sal yodada

Nacimiento

- Lactancia materna: enfatizó el contacto inmediato madre-bebé y el inicio de la lactancia mas tardar una hora después del nacimiento; importancia del calostro como fuente de nutrientes esenciales y elementos protectores
- Estimulación afectiva

0-6 Meses

- Monitoreo del crecimiento: incremento de peso, establecimiento adecuado de la producción y flujo de la leche materna exclusiva
- Lactancia materna exclusiva: libre demanda día y noche; no uso de mates u otros alimentos
- Estimulación psico-afectiva: relaciones madre-niño; masajes; ejercicios de motricidad gruesa y fina; comunicación

- Participación del padre en la visita al establecimiento y en el cuidado del niño y de la madre

6-9 Meses

- Monitoreo del crecimiento y desarrollo: progreso de la curva de crecimiento; ausencia de infecciones; progreso de signos de desarrollo
- Prácticas alimentarias: lactancia materna después de las comidas; alimentación complementaria adecuada en cantidad de calorías y proteínas provenientes de fuentes de origen animal, densidad y preparación de las comidas; utensilios propios; ambiente de armonía y afecto
- Prácticas de higiene: lavado de manos, aislamiento de basuras y excretas
- Prácticas de estimulación psico-afectiva: relaciones madre-niño; masajes; comunicación; ejercicios de motricidad gruesa y fina; estimulación emocional
- Suplementación de hierro y vitamina A
- Participación del padre en el cuidado

9-24 Meses

- Los mismos aspectos del grupo anterior, con modificaciones en el número de comidas, la consistencia y el tipo de alimentos de acuerdo con la capacidad del niño
- Incremento de comidas, líquidos y estimulación afectiva durante y después de infecciones

Componentes Estratégicos

Las estrategias fueron concebidas como esquemas de acción para desarrollar las intervenciones. Para intervenciones directas, esto es, aquellas que actuaban directamente sobre la madre y el niño, las estrategias seleccionadas fueron el monitoreo del crecimiento y desarrollo en establecimientos de salud y la vigilancia en comunidades. Las intervenciones indirectas fueron aquellas que complementaron o fortalecieron el trabajo de las intervenciones directas: capacitación, comunicación y monitoreo (seguimiento) y evaluación.

Todos los componentes se desarrollaron en todas las localidades donde se ejecutó el programa, con variaciones mayores o menores según los contextos. El trabajo consistió en recrear o construir sobre lo que ya estaba en marcha, respetando al máximo las estructuras, los programas y las normas institucionales existentes. En la etapa inicial de la implementación, el monitoreo del crecimiento y desarrollo era el componente más avanzado por cuanto en la estructura de salud existen dos programas específicos de atención de la madre y el niño. En contraste, la capacitación, la comunicación y el monitoreo y la evaluación, eran componentes muy incipientes y poco visibles. La vigilancia comunitaria, como tal, no existía más allá de visitas esporádicas a las comunidades, como una actividad extramural de los servicios de salud, y de algunas actividades realizadas por ONGs, por lo general relacionadas con proyectos de asistencia alimentaria para niños menores de 5 años.

La implementación de todas las intervenciones tuvo como punto de partida el análisis situacional inicial, el cual se fue ajustando y completando

progresivamente sobre la marcha del trabajo, con la contribución de los estudios sobre los promotores de salud y el estudio de prácticas a nivel de la familia y la comunidad. La respuesta de la gran mayoría de los actores involucrados fue extraordinaria. El aprendizaje de cosas nuevas y la oportunidad de poder visualizar en la madre y el niño los resultados de sus propios esfuerzos, fueron las grandes motivaciones para sobrellevar las dificultades. En los siguientes capítulos se presenta el detalle de la implementación de cada intervención.

Lecciones Prácticas

Diseñar intervenciones sobre conceptos vagos de lo que significa el crecimiento y desarrollo temprano, puede ser simple y fácil de hacer, pero los resultados serán apenas aparentes. La complejidad del crecimiento y desarrollo temprano requiere intervenciones mas elaboradas que las tradicionalmente implementadas en programas de nutrición. Tener en cuenta que las intervenciones simples no son necesariamente fáciles de ejecutar, reduce costos inútiles y evita frustraciones.

Las intervenciones que tienen un efecto inicial relativamente bajo pero con posibilidades de incrementarse en el tiempo, tienen mayores probabilidades de sostenibilidad. Por el contrario, hay intervenciones que tienen un efecto temprano pero no son sostenibles por su complejidad o por los altos recursos demandados.

La integración de intervenciones que se complementan para alcanzar un objetivo, incrementa el efecto de cada una de ellas. Sin embargo, es

preciso ser prudentes en no trabajar con tantas intervenciones al punto de llegar a superar la capacidad de manejo del programa o asfixiar a los participantes con exceso de actividades. Esto es particularmente importante cuando hay varias instituciones participando en las mismas unidades operativas, cada una trabajando con diferentes conceptos y diferentes metodologías.

Las intervenciones basadas en la comunidad son las más efectivas pero requieren de un proceso intensivo de monitoreo y evaluación, especialmente durante la primera fase de implementación. Este es el caso de las intervenciones que buscan mejorar prácticas a nivel del hogar, debido a que involucran una serie de factores culturales que demandan continuos procesos de apoyo a la madre para producir los cambios esperados. Visitas de observación de las comidas y de trabajo con la madre pueden ser requeridas a diferentes horas, en diferentes sitios y en diferentes períodos agrícolas, como sucede en muchas comunidades andinas.



8

MONITOREO DEL CRECIMIENTO
Y DESARROLLO EN
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

MONITOREO DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Los programas de monitoreo del crecimiento han sido comúnmente utilizados para evaluar el estado nutricional de los niños menores de 5 años, como base para seleccionar beneficiarios de programas de complementación alimentaria. Algunos países han hecho esfuerzos para tratar de ampliar el horizonte de estos programas pero pocos han mostrado resultados exitosos. La evaluación hecha por BI a las experiencias de Perú, permitió identificar una serie de puntos sensibles de orden conceptual, técnico y administrativo que impedían que estos programas pudieran contribuir a la promoción del CDT.

Como en otros países, los problemas identificados parecen tener sus raíces en la poca comprensión del CDT y de los beneficios de actuar en edades tempranas. De aquí se derivan otros problemas que incluyen: concentración de la evaluación en la medición del peso y la talla del niño; focalización en edades tardías, comúnmente en niños en edad pre-escolar; énfasis en medidas curativas mas bien que preventivas; ausencia de participación de la madre en la consejería y desarticulación con la familia y la comunidad; deficiente capacidad técnica y carencia de equipos e instrumentos técnicos adecuados para las mediciones y ausencia de un sistema de información adecuado para el registro y uso de los resultados en la toma de decisiones.

Concepto y Características

El monitoreo del crecimiento y desarrollo es definido como la evaluación individual y periódica de la madre gestante y del niño, en establecimientos de salud con objetivos que incluyeron: (i) identificar posibles problemas y sus principales causas, antes de que éstos lleguen a producir retrasos en el crecimiento y desarrollo del niño; (ii) tomar conjuntamente con la madre las acciones apropiadas para el manejo de los problemas encontrados; y (iii) ayudarle a la madre a visualizar los avances o los retrasos del niño a nivel del hogar.

Los objetivos llevaron a la introducción de un sistema más dinámico de monitoreo que fuera más allá del diagnóstico y la categorización estática del estado nutricional de los niños, encontrado inicialmente. Este sistema establece que al tener una cuidadosa atención de los principios básicos que influyen el crecimiento y desarrollo temprano, como una medida preventiva basada en la familia y la comunidad, las actividades de monitoreo pueden jugar un papel importante en la promoción del derecho de los niños que viven en la pobreza a desarrollar todo su potencial humano. Este sistema está caracterizado por:

- Tomar a la madre y al niño como una unidad inseparable y colocarla en el centro de la atención
- Iniciar el monitoreo en la etapa más temprana posible, idealmente antes de la semana 13 de gestación
- Evaluar, en forma integrada, los principales factores de riesgo de salud, nutrición y estimulación del desarrollo, que en cada caso están ocasionando los problemas encontrados

- Facilitar la participación activa de la madre y del padre en todas las actividades del monitoreo
- Realizar la consejería favoreciendo el mejoramiento de prácticas y comportamientos clave y el uso mas eficiente de los recursos disponibles en el hogar
- Delegar la responsabilidad en los padres, familias y comunidades bien informadas y capacitadas para demandar servicios de calidad y políticas que promuevan el CDT en forma permanente
- Sustituir los alimentos de ayuda externa por alimentos disponibles en la familia y la comunidad

Establecimientos Participantes

Los cambios incorporados fueron implementados solamente en los establecimientos de salud y no en las comunidades donde operaban algunas actividades de monitoreo. Esta decisión se tomó después de haber encontrado que los promotores de salud no pudieron desarrollar habilidades para hacer mediciones antropométricas con los criterios de calidad requeridos. Este fue el caso específico de comunidades aisladas que por la distancia no podían acceder fácilmente a los servicios de salud. Otras estrategias para mejorar el acceso fueron implementadas, como parte del componente de vigilancia comunitaria.

La selección de los establecimientos de salud no tuvo en cuenta ningún criterio especial, mas allá del hecho de estar localizados en los distritos de influencia de las comunidades donde trabajaban las ONGs que apoyarían la vigilancia comunitaria. En el primer año del programa parti-

ciparon 36 establecimientos, número que se expandió progresivamente hasta tener 450 establecimientos en el último año. La expansión se produjo desde el interior de las estructuras locales de salud, motivada por los resultados de progreso.

Además de la capacitación del personal de salud, todos los establecimientos participantes recibieron apoyo para mejorar la infraestructura de recursos necesaria para el monitoreo. Con base en los resultados de la evaluación de los equipos antropométricos, fue necesario construir nuevos equipos que reunieran las características técnicas requeridas, como también mejorar los protocolos de medición. Con financiación del programa, cada establecimiento recibió una balanza con tallímetro para la madre, infantómetro, pesabebé y vástula para niños. Algunos establecimientos recibieron kits de estimulación. Sobre la base de los cambios introducidos, se preparó una guía con las normas técnicas para la fabricación de los equipos y una guía antropométrica con los protocolos para ser distribuidos a nivel nacional. Este trabajo fue realizado en coordinación y con el apoyo financiero del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN).

Con los nuevos equipos y protocolos se capacitó y estandarizó a las enfermeras y obstétricas. Esta capacitación demandó tiempo y paciencia pero fue muy bien aceptada y apreciada por el personal, quien aprendió a evaluar la calidad de la información que generaban, cómo procesarla, analizarla y difundirla. También fue necesario rediseñar las cartillas de crecimiento, los formatos para el registro de la información y los carnés para la madre y el niño. Los primeros tirajes fueron financiados por el programa pero esta responsabilidad fue asumida posteriormente por

los servicios. Otras organizaciones no gubernamentales que desarrollan proyectos de nutrición en el país adoptaron la nueva tecnología y los instrumentos técnicos mejorados. En la actualidad, el uso de estos equipos se ha oficializado a nivel nacional y se ha empezado a exportar a países vecinos. La nutricionista, especializada en antropometría, fortaleció su experticia y se convirtió en el recurso técnico más importante para el país. Hoy es un referente importante en el tema y asesora y apoya al MINSA y a otras instancias de gobierno y ONGs, incluyendo capacitación y de los equipos técnicos que trabajan en las encuestas nacionales ENAHO y ENDES.

Componentes

A partir de lo que ya había en los programas de atención a la madre y el niño se conformó un paquete con los componentes mínimos necesarios. Este nuevo paquete buscó mejorar la cantidad y la calidad de la atención que las madres y niños estaban recibiendo. Como en las demás intervenciones, se tuvo especial cuidado de no incrementar la ya pesada carga de trabajo del personal de salud y, a cambio, se optó por promover un mejor manejo del tiempo disponible, a través de la participación de la madre y el padre y el apoyo mutuo entre el personal.

La conformación del paquete y su implementación no fue uniforme en todos los establecimientos de salud sino que tuvo en cuenta los niveles de complejidad de los mismos, particularmente, la capacidad técnica y los recursos disponibles. Hay por ejemplo puestos de salud que solo tienen un técnico de enfermería y disponen de poca capacidad y tiem-

po. Cada componente del paquete se introdujo de manera progresiva en concordancia con los avances en la capacitación del personal. Los componentes/actividades incluyeron:

- Evaluación de la situación de la madre y el niño
- Análisis de los principales problemas encontrados y sus causas inmediatas
- Consejería participativa
- Suplementación de hierro y vitamina A
- Referencia a otros programas o servicios en caso necesario
- Programación del siguiente control

1. Evaluación de la situación de la madre y el niño

Por evaluación de la situación se entiende aquí la evaluación de: (1) el estado de salud, nutrición y estimulación psico-social de la madre y el niño, y (2) las causas o factores de riesgo más inmediatos que están ocasionando los problemas. Teniendo en cuenta que en el contexto de la pobreza los factores de riesgo son múltiples y variados, el detalle de los aspectos evaluados dependió en buena medida de cada caso en particular, incluyendo el tiempo disponible de la madre y del personal. Sin embargo, se insistió en que la información generada fuera de utilidad práctica para la toma de decisiones inmediatas. Cuando se tiene mucha información, los aspectos más relevantes pueden perderse y se corre el riesgo de no ser atendidos.

La evaluación de la situación de la madre contempló: ganancia de peso; incremento de la altura uterina; presencia de infecciones urina-

rias; consumo de alimentos fuente de calorías y proteínas; carga de trabajo; signos visibles de maltrato; apoyo del padre y la familia.

La evaluación de la situación del niño contempló: incrementos en el peso y la talla; presencia de infecciones, cumplimiento del programa de vacunación; prácticas de lactancia materna; número y composición de las comidas; signos gruesos del desarrollo motor, del lenguaje y emocional. En relación con la situación nutricional, se recomendó concentrar la atención en el consumo de calorías y proteínas, incluyendo el consumo de al menos un alimento de origen animal al día. La aproximación del consumo estuvo basada en el número y contenido de comidas al día, más bien que en el contenido de nutrientes. En el caso del niño, se recomendó hacer énfasis en la densidad de las comidas y el cálculo aproximado del volumen consumido en cada comida.

La evaluación del desarrollo psico-social no fue fácil de instrumentar por la complejidad involucrada y por limitaciones de tiempo. En los establecimientos de salud se utilizaba un test de desarrollo bastante largo el cual demandaba mucho tiempo y requería de ciertas condiciones físicas que no estaban disponibles en la mayoría de los servicios. La información que se generaba era de baja calidad y se utilizaba muy poco. Esta situación motivó a recomendar el reemplazo del test por la observación de signos visibles de retrasos en áreas del desarrollo que fueran fáciles de detectar y de entender por parte de la madre.

2. Análisis de problemas y causas

La información obtenida de la evaluación era analizada con la madre y el padre para que ellos tuvieran un panorama claro de la situación. Para facilitar el manejo del tiempo, se recomendó que en la primera visita al establecimiento se hiciera una evaluación, lo mas completa posible de la situación, con el fin de dejar un registro escrito en la historia clínica. Este registro sería revisado en cada control y actualizado o completado según el caso. De esta manera los cambios necesarios podrían ser hechos de manera progresiva. Utilizando su mejor juicio (responsabilidad personal), el personal de salud acordaría con la madre las decisiones a tomar en cada control, sobre la base de dos criterios: la prioridad o relevancia del problema o de la causa y la capacidad de la madre para hacer los cambios.

3. Consejería participativa

La consejería fue concebida como un diálogo participativo entre el profesional de salud y la madre/padre, para ayudarla a encontrar opciones para manejar o mejorar la situación encontrada. Un diálogo participativo es una conversación informal, amable y respetuosa con la madre, a través de la cual las dos personas involucradas, madre y profesional, logran saber lo que piensa la otra, sus preocupaciones y sus motivaciones en relación con el cuidado del niño y de la madre misma. En este sentido, ambas personas comparten el mismo objetivo de mejorar la situación de la madre y del niño, por lo que la una necesita de la otra para alcanzarlo. El encuentro de intereses es importante para desarrollar confianza mutua.

Se considera que la consejería interpersonal es uno de los medios más poderosos para motivar y orientar a la madre a mejorar sus prácticas y comportamientos. Sin embargo, por su dimensión participativa es muy sensible a la manipulación o al manejo inadecuado. Para el personal, el desarrollo de habilidades apropiadas para hacer una consejería exitosa no fue una tarea fácil porque, como dice Robert Chambers, para hacer las cosas correctas hay que “desaprender” lo que no es correcto en la práctica profesional y este es un proceso que toma tiempo, compromiso y paciencia. Algunos aspectos específicos trabajados durante los procesos de capacitación en consejería incluyeron:

- Usar el mejor juicio personal, mas bien que aplicar pasos memorizados encontrados en manuales de procedimientos
- Permitir la participación activa de la madre, con actitudes de consideración y respeto, incluyendo un interés genuino por ayudarla a mejorar su situación
- Actuar con principio de oportunidad, esto es, aprovechar todos los espacios que se dan durante las visitas
- Trabajar con secuencialidad, partiendo de contactos anteriores para permitir el aprendizaje, tanto de la madre como del profesional
- Entender la capacidad limitada de la madre para trabajar varios problemas a la vez
- Manejar eficientemente el tiempo disponible durante el contacto

En zonas de Apurímac y Cusco donde las mujeres solo hablan el idioma quechua y donde los niveles de analfabetismo en las mujeres sobrepasa el 60%, las dificultades de comunicación por no compartir el mismo idioma se hicieron manifiestas desde muy temprano. En este caso, dos

estrategias permitieron reducir el efecto de estas dificultades: la participación del padre en el monitoreo y el uso de fotografías como medio visual. Las fotografías utilizadas fueron las mismas producidas por el Periódico Mural (Ver capítulo de comunicación). Los cambios se dieron en forma lenta pero tuvieron muy buenos resultados. Las experiencias vividas motivaron a muchos profesionales a iniciar el aprendizaje del quechua. Se entiende que la solución adecuada es lograr que el manejo del quechua sea un requisito obligatorio para todos los profesionales o se incorpore en los programas académicos en todas las facultades de salud.

4. Suplementación

Los suplementos de hierro y vitamina A fueron entregados en las visitas de monitoreo de acuerdo con los protocolos técnicos correspondientes. El costo de la suplementación, incluidos los suplementos, la capacitación del personal de salud, la asesoría técnica y el monitoreo y la evaluación del consumo fue asumido completamente por BI. El objetivo del apoyo incluyó la necesidad de desarrollar aprendizaje sobre sistemas de suministro, monitoreo y evaluación prácticos, eficientes y de bajo costo. También se quiso probar nuevos suplementos de hierro que tuvieran mayor aceptabilidad.

Es de anotar que dentro de los programas de atención a la madre y al niño, MINSA contemplaba entre sus normas la suplementación con hierro y vitamina A y el consumo de sal yodada. Sin embargo, estas actividades presentaban varias dificultades relacionadas con la muy baja aceptabilidad de los suplementos de hierro debido a problemas

gástricos, interrupciones continuas en el abastecimiento a los servicios de salud, y sistemas débiles de monitoreo y evaluación del consumo, con excepción del yodo que tenía su sistema de control independiente. Dada la importancia de la suplementación por las altas prevalencias de estas deficiencias en zonas rurales, el bajo consumo de alimentos ricos en estos nutrientes y la influencia del hierro en el CDT, Buen Inicio decidió dedicar los mayores esfuerzos y recursos posibles para reorientar la suplementación como parte de los sistemas de monitoreo.

El apoyo específico de BI incluyó: 1) probar un nuevo suplemento de hierro para la madre que tuviera una aceptabilidad superior al 90%; 2) probar nuevos suplementos de hierro para niños, entre los cuales las gotas mostraron mayor aceptabilidad; 3) regularizar los suministros de vitamina A provenientes de Unicef; capacitar al personal de salud en el manejo eficiente de la suplementación y 4) fortalecer los sistemas de monitoreo y evaluación del consumo de los 3 nutrientes. Este apoyo fue complementado con el apoyo de los promotores de salud a través del componente de vigilancia comunitaria.

Los resultados obtenidos de los cambios fueron muy satisfactorios, con excepción de la suplementación de hierro para los niños por la dificultad de encontrar un producto de alta aceptabilidad. Hoy, este problema está superado con un compuesto de multimicronutrientes en polvo para el niño, el cual está siendo evaluado por MINSA y UNICEF en algunos departamentos. Este compuesto es de muy bajo costo y ha dado buenos resultados en otros países.

Lecciones Prácticas

El éxito de los cambios logrados en la implementación del sistema de monitoreo mejorado puede ser visto desde diferentes ángulos, como se verá en el capítulo de resultados. En este sentido, es importante tener en cuenta que el paquete de intervenciones se implementó de manera integrada por lo que cada una de ellas contribuyó al éxito de las demás. Sin embargo, un aspecto importante en la calidad de la atención fue el mejoramiento de los comportamientos y actitudes del personal, producto de su propio aprendizaje. Cuando el personal empezó a visualizar cambios positivos en la madre y el niño, la monotonía de su trabajo se convirtió en un proceso dinámico que mantuvo con un alto nivel de motivación, le ayudó a desarrollar creatividad y liderazgo para vencer las dificultades, y lo mantuvo expectante con respecto a los resultados.

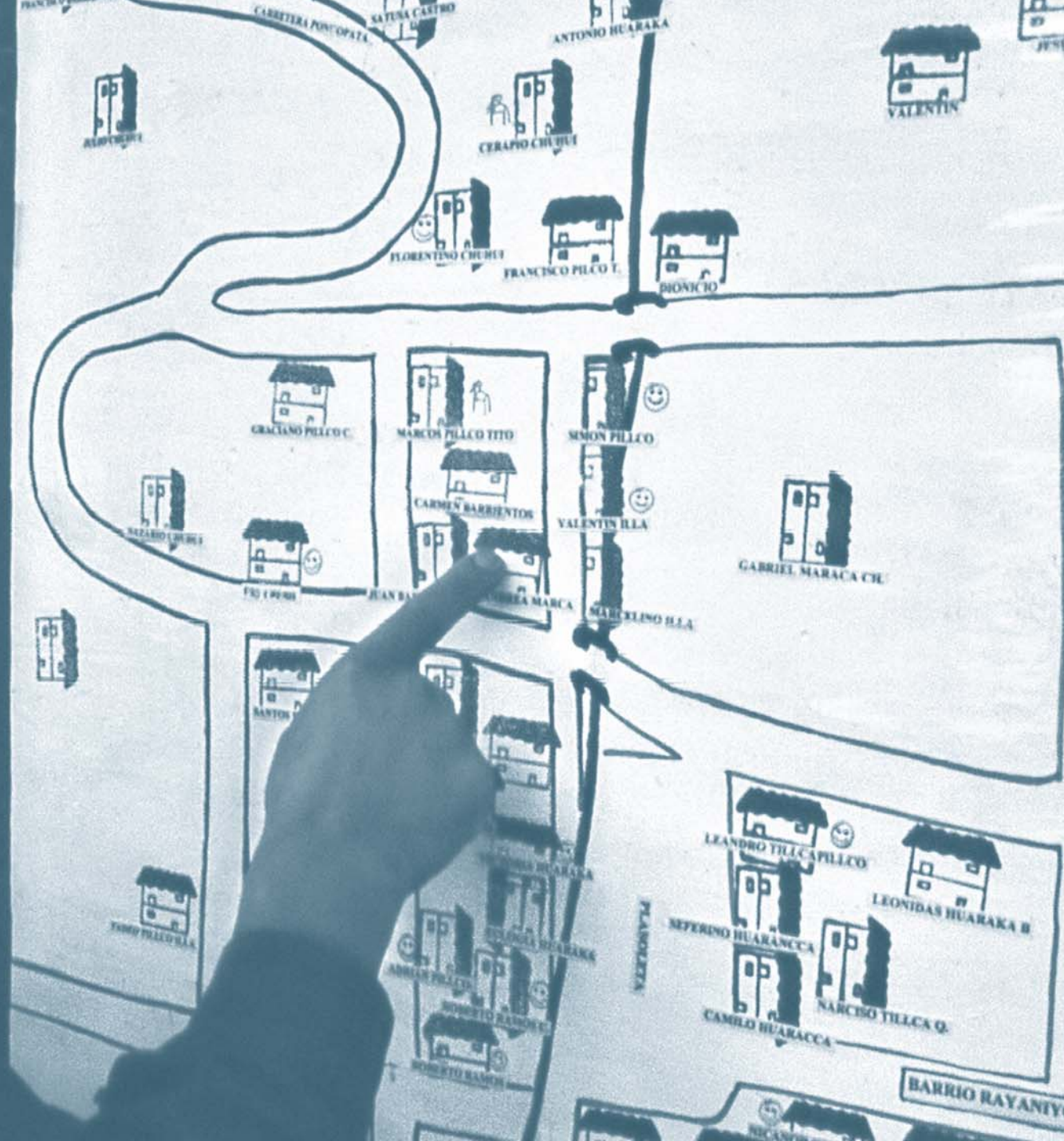
Como en cualquier otra experiencia, el nivel de cambios logrado no fue uniforme en todos los establecimientos, porque tampoco es uniforme la experiencia personal y profesional, ni el ambiente de trabajo en el que el personal se desenvuelve, ni los problemas y necesidades que trae la población a los servicios. Lo que se puede concluir de esto es que el personal de salud tiene un papel crítico que cumplir en la promoción del CDT, pero su éxito depende del apoyo que reciba y de la articulación entre los programas y con los ambientes comunitarios.

La utilización de la información generada por los indicadores de progreso, para la toma de decisiones, mostró ser un mecanismo muy poderoso de gestión para movilizar apoyo y recursos al interior de los servicios y de niveles superiores de la estructura de salud. El compartir y difundir

los resultados se convirtió en el mejor medio de estímulo a la expansión espontánea desde adentro, como también el fortalecimiento del apoyo institucional, manifestado entre otros, por la asignación de nuevos recursos para compra de equipos, capacitación y monitoreo.

El acceso a los servicios de salud puede ser incrementado significativamente a través del mejoramiento de la calidad de la atención y de la movilización de apoyo comunitario. Sin embargo, es claro que para mejorar el acceso de comunidades localizadas a grandes distancias de los servicios se necesita explorar nuevas estrategias y evaluar sus resultados. La localización de un puesto de salud con un técnico de enfermería en estas comunidades, ha mostrado ser una solución intermedia bien recibida.

Buena parte del éxito de cualquier programa de suplementación de micronutrientes depende en buena medida de la fortaleza del sistema de monitoreo del consumo. El costo de este monitoreo, aunque aparente ser alto, representa una inversión en el largo plazo. Son numerosas las experiencias que, por considerar el monitoreo como un gasto, han fallado en generar resultados con los consiguientes costos humanos, en términos de oportunidad para los niños.



9

LA VIGILANCIA COMUNITARIA

LA VIGILANCIA COMUNITARIA

Poco y bueno, lento y profundo, denso y cualitativo, tal es el ritmo que puede concretarse en las comunidades. Hay más sabiduría en algunas experiencias comunitarias, a veces simples, ingenuas e inocentes, que en el torbellino del progreso planetario. Esas acciones son pequeñas y parecen no decir mucho en sí mismas, pero en la trayectoria del proceso son las que tienen mayor poder transformador.

Pedro Demo, 1995

El desarrollo comunitario tiene sus raíces en América Latina, inspirada en los conceptos de Paulo Freire y otros intelectuales de la región en los años 60. El tipo de desarrollo promovido establecía la integración de la investigación, la educación y la acción con el objetivo de identificar problemas, analizarlos, buscar soluciones y promover el cambio a nivel de la comunidad (Freire, 1970). Se consideraba un proceso de investigación porque involucraba una evaluación sistemática de los problemas y situaciones con el propósito de buscar soluciones. Era un proceso educativo o de aprendizaje porque los técnicos y la gente se sentaban juntos a pensar, analizar y aprender de las experiencias. Era un proceso de acción porque las decisiones estaban orientadas a la acción y los resultados eran implementados en la forma de soluciones prácticas (Chambers, 1991, Selener, 1998).

Este concepto de desarrollo basado en la comunidad, ha estado vigente a través del tiempo por quienes buscan una mayor igualdad en la posesión del conocimiento y del poder en favor de las poblaciones más excluidas. Es un concepto de perspectiva mas humano porque está centrado en la gente, porque permite una mayor realización de los valores humanos, una mayor capacidad para ejercer control sobre sus propios ambientes y un mayor reconocimiento de sus derechos y aspiraciones. Este concepto inspiró la vigilancia comunitaria de BI.

Concepto y Características

La vigilancia comunitaria fue concebida como un proceso de desarrollo comunitario a través del cual la comunidad se organiza y se moviliza para vigilar a las madres gestantes y los niños en situaciones de riesgo, con el fin de operar una red de apoyo donde la comunidad tiene el papel central. Significa que las autoridades, líderes y miembros de la comunidad trabajan conjuntamente para tener una mejor comprensión de las prácticas de cuidado de la madre y el niño y ganan experiencia en reconocer los problemas y situaciones de riesgo, implementan acciones de autoayuda y promueven la responsabilidad de los padres en el crecimiento y desarrollo de sus niños. El resultado esperado de la vigilancia, es lograr la aceptación y la integración a la cultura de la familia y la comunidad, del grupo de prácticas y comportamientos considerados críticos para el CDT.

El componente no utilizó ni promovió modelos de vigilancia estandarizados, sino formas de construir sistemas simplificados que evolucionaran

de acuerdo con los contextos organizacionales y las formas de vida de las comunidades.

El nivel de progreso dependió mucho del nivel de organización de la comunidad, como por ejemplo, tener una junta comunal estable, promotores de salud y algún tipo de comunicación con el mundo externo. Los sistemas se caracterizaron por: (i) ser implementados en forma paralela e integrada con el programa de monitoreo en establecimientos de salud; (ii) ser facilitados y apoyados por organizaciones no gubernamentales (ONGs), y (iii) utilizar la participación como su principal herramienta de trabajo.

La selección de las ONGs se hizo a través de un proceso concienzudo basado en criterios que incluyeron: tener experiencia con proyectos dirigidos a madres y niños pequeños; tener un mínimo de 5 años de permanencia en la zona; tener adecuada capacidad técnica, administrativa y financiera; tener presencia en comunidades rurales; demostrar una buena dosis de interés, voluntad y compromiso social; y estar interesada en trabajar con BI. La presencia previa de las ONGs en las comunidades facilitó enormemente la entrada y la aceptación rápida de BI.

Las principales funciones de las ONGs incluyeron:

- Servir de puente de articulación con el programa de monitoreo en establecimientos de salud
- Capacitar a los agentes comunitarios
- Facilitar y apoyar los procesos de vigilancia
- Canalizar apoyo y recursos dentro y fuera de las comunidades

En promedio participaron dos ONGs por departamento, sin contar las organizaciones radiales. Los acuerdos de cooperación se dieron sobre escenarios de ganar-ganar, en los cuales el programa ofreció el fortalecimiento de la capacidad individual e institucional, mientras que la ONG ponía su infraestructura al servicio de la comunidad. Con cada una de las organizaciones se firmó un convenio de trabajo semestral, en el cual se fijaron objetivos, actividades y resultados. Los rubros presupuestales apoyados por el programa fueron bajos y se aprobaron con base en su relevancia en el logro de los objetivos. Los convenios fueron renovados de acuerdo con los resultados obtenidos y el nivel de ética y responsabilidad demostrados. Hubo dos ONGs que no necesitaron apoyo económico porque tenían solidez y estabilidad financiera.

Como en los demás componentes, los procesos comunitarios evolucionaron a través de procesos de aprendizaje flexible, utilizando técnicas participativas para permitir que la gente pudiera expresar y compartir su conocimiento con las ONGs y aprender a través de procesos de evaluación-acción dirigidos al empoderamiento de la gente. Tanto las autoridades comunales como los promotores y consejeras tuvieron un rol preponderante en la vigilancia.

Componentes

Aunque se partió de un paquete básico de componentes, éste varió de comunidad a comunidad sobre la base de la cultura organizacional, los recursos disponibles y la capacidad de apoyo de las ONG facilitadoras. Estos componentes incluyeron:

- Capacitación de agentes comunitarios
- Adaptación de centros de vigilancia
- Referencia a establecimientos de salud
- Monitoreo de indicadores de riesgo
- Consejería a nivel del hogar
- Sesiones educativas
- Actividades de estimulación
- Actividades de comunicación
- Movilización de recursos

Los componentes fueron introducidos de manera progresiva y su implementación se hizo al ritmo de la gente y con sus propios recursos. A pesar de que no había antecedentes de experiencias en este trabajo, la vigilancia progresó con relativa rapidez porque la respuesta de las comunidades fue decidida. Esto permitió reafirmar el hecho de que si los procesos participativos son bien trabajados los resultados se manifiestan más pronto de lo esperado. La creatividad desplegada y las acciones para movilizar recursos desbordaron las expectativas. La solidaridad de todos los miembros de la comunidad manifestada en compromisos, planes y acciones concretas demostró que ellos creyeron en su capacidad y tuvieron confianza para trabajar colectivamente en beneficio propio.

1. Capacitación de agentes comunitarios

En casi todas las comunidades andinas los promotores de salud han tenido funciones de salud en coordinación con los establecimientos de salud. En la gran mayoría de los casos, los promotores elegidos son hombres, en coherencia con la cultura de dominación del hombre, pre-

dominante en estas zonas. Las mujeres no tenían roles especiales en la comunidad y éste era un sentimiento de discriminación guardado por ellas. Las consejeras comunitarias no existían a la llegada de BI y fueron nombradas posteriormente para hacer consejería madre-a-madre en el hogar. Esta fue una iniciativa de las mujeres y de los padres, quienes culturalmente no aceptaban que un hombre fuera a su casa a hablar con su esposa o compañera.

En una primera fase, la capacitación de los promotores fue responsabilidad de las ONGs. Los nuevos promotores y las consejeras comunitarias fueron capacitados por los promotores salientes, con la supervisión y el apoyo de las organizaciones. Los procesos y los temas de capacitación estuvieron en línea con los ejes temáticos definidos para las demás intervenciones.

2. Adaptación de centros de vigilancia

Los centros de vigilancia son un medio y un resultado del empoderamiento de las comunidades. Para ellos representa un símbolo de organización y de autoridad. En cada comunidad se utilizaron locales existentes para ser adaptados como centros de vigilancia. Estos centros fueron coordinados por el promotor de salud y fueron equipados con recursos de la comunidad y el apoyo de BI. A cada centro se le suministró un paquete de materiales de estimulación y algunos implementos de escritorio. Los recursos para el funcionamiento y el mantenimiento de los centros fue responsabilidad de la comunidad. Ninguno de los agentes comunitarios o consejeras recibió salario o compensación económica alguna. Las funciones de los centros de vigilancia fueron determinadas

por cada comunidad y fueron el producto de su propio aprendizaje. Sus principales funciones incluyeron:

- Servir de centros de referencia al interior y al exterior de la comunidad
- Servir de centro de operación de las actividades de monitoreo, capacitación, comunicación, estimulación y otras
- Proveer información a las autoridades y miembros
- Promover la participación del padre
- Canalizar apoyo y movilizar recursos.

3. Referencia a establecimientos de salud

En cada comunidad, todos los niños y madres gestantes fueron mapeados y sus viviendas localizadas por zonas. Utilizando el carné de salud y el indicador de desnutrición crónica, los niños fueron identificados con distintivos de colores de acuerdo con el estado nutricional, utilizando los colores rojo y verde de la cartilla de crecimiento. Los nombres fueron listados en un calendario de controles, con las fechas y los resultados de cada control. Los mapas y calendarios se colocaron en lugares visibles dentro del centro y sirvieron de base para la referencia a los establecimientos de salud, para analizar la situación de los casos en riesgo con los padres de familia y para informar a las autoridades y visitantes sobre la situación de la comunidad.

4. Monitoreo de factores de riesgo

El estado nutricional de la madre y el niño se tomó como indicador de base para la identificación y el seguimiento de otros indicadores los

cuales variaron de comunidad a comunidad. Los indicadores mas comúnmente monitoreados fueron el incremento de peso en la gestación, bajo peso al nacer, prevalencia de infecciones respiratorias y diarreicas, vacunación y maltrato. En algunas comunidades se utilizaron diferentes símbolos o colores para caracterizar cada indicador. El trabajo fue realizado por el promotor de salud, con el apoyo de la ONG y de las autoridades comunales. Cada promotor desarrolló su propio sistema de recolección y registro de información y sorprendió por la creatividad desplegada.

La información sobre los indicadores fue periódicamente analizada por el promotor y los padres de familia y compartida con las autoridades comunales.

En las asambleas comunales se presentaban los casos en riesgo y se discutían las acciones que serían desarrolladas para apoyar a las familias. En algunas comunidades se colocaron banderillas de color rojo o verde al exterior de las viviendas donde había una madre/y o un niño, con el objetivo de estimular a las familias vecinas para dar apoyo en caso necesario. Por ejemplo, las madres vecinas acompañaban a la madre gestante al establecimiento de salud cuando el esposo o compañero no podía hacerlo.

5. Consejería a nivel del hogar

La consejería a nivel del hogar fue realizada por consejeras comunitarias, un grupo de mujeres voluntarias creado por iniciativa de las mismas comunidades.

Su objetivo se concentró en apoyar a la madre en el mejoramiento de las prácticas de cuidado del niño en su propio ambiente familiar. El cuidado fue definido como la provisión de alimento, salud, afecto, protección y estimulación del desarrollo para satisfacer las necesidades de crecimiento y desarrollo, de acuerdo con la edad y la capacidad de respuesta del niño. Una de las grandes ventajas de hacer la consejería en el hogar es poder observar y entender mejor la influencia del ambiente familiar en las prácticas, incluyendo los recursos y su utilización, y brindarle todo el apoyo posible en consistencia con lo observado en el ambiente y el diálogo con la madre.

Las visitas eran realizadas a los hogares donde había una madre y/o un niño que presentaba algún indicador de riesgo. La dinámica utilizada dependió más de acuerdos individuales en cada lugar que de protocolos seguidos. En términos generales, en la primera visita se evaluaba la situación del ambiente familiar, se identificaban y analizaban los problemas encontrados, se seleccionaba la práctica a ser mejorada y se hacían acuerdos sobre el sistema de trabajo con la madre, incluyendo los horarios de las visitas. A partir de estos acuerdos, se iniciaban los ciclos de actividades ya mencionados en los procesos: observación-reflexión-decisión-acción.

Sobre la base de la complejidad y de la complementariedad, cada práctica era trabajada individualmente hasta obtener el mejoramiento o el cambio deseado. La participación del padre en la visita al establecimiento fue siempre una preocupación constante. Las técnicas participativas mas utilizadas fueron la observación participativa, las fotografías y el diálogo informal. En el monitoreo y la evaluación del progreso se trabajaron las siguientes situaciones:

- Adaptación de una nueva práctica
- Integración de la nueva práctica con otras prácticas familiares
- Adopción selectiva o parcial de componentes de la práctica
- Rechazo de la práctica nueva
- Re-adopción de prácticas descontinuadas que eran adecuadas

Como en el caso del componente de monitoreo, se seleccionó el grupo de prácticas de cuidado que serían trabajadas a través de la vigilancia, bajo la premisa de que se harían las modificaciones o adaptaciones del caso en cada lugar. Una guía más específica de los contenidos incluye los siguientes aspectos:

Cuidado de la madre gestante y lactante

- Incremento del número de comidas al día y de la densidad calórica, incorporación de una porción de huevo o carne en una de las comidas.
- Consumo del suplemento de hierro y otros micronutrientes diariamente.
- Uso de sal yodada en las preparaciones.
- Descanso apropiado, a través de la participación del padre u otro miembro de la familia en las labores físicas, particularmente las más pesadas que están bajo la responsabilidad de la madre .
- Liberación del tiempo de la madre para lactar.
- Demostraciones de afecto y consideración por parte del padre y de la familia.

Lactancia materna exclusiva

- Lactancia a libre demanda de día y de noche.
- Lavado de manos antes de la lactancia.
- Demostración de afecto y cariño (toques y caricias) y comunicación verbal (cantos) durante la lactancia.
- Apoyo del padre durante los horarios de lactancia.

Complementación alimentaria mas lactancia materna continuada

- Iniciación de la complementación alimentaria a los 6 meses de edad, con un incremento progresivo de: el número de comidas diarias (2 a 5 entre los 6 y los 24 meses); introducción de nuevos alimentos, densidad calórica y textura de las preparaciones.
- Incorporación de carne o huevo, al menos una vez al día utilizando parte de lo producido en la chacra y dando preferencia al niño en la distribución intrafamiliar de estos alimentos.
- Asignación de utensilios exclusivos para el niño tales como plato, cuchara y taza
- Ambiente adecuado sin distracciones, dedicación de tiempo y apoyo permanente de la madre/cuidador adulto con actitudes de amor, afecto y paciencia.
- Relaciones interactivas madre-niño, para percibir e interpretar correctamente las señales de apetito, preferencias, demandas, gustos/disgustos, etc.
- Alerta al consumo. Si no existen causas fisiológicas que reduzcan el apetito, el consumo de alimentos depende en gran parte del ambiente y la relación madre-niño antes y durante la comida

- Lactancia materna continuada, suministrada después de la comida para no interferir con el consumo de los alimentos complementarios.

Cuidado del niño enfermo

- Continuación de la lactancia materna
- Incremento de comidas al día (más pequeñas)
- Incremento de los líquidos
- Incremento del afecto, el cariño y la estimulación
- Visita al establecimiento de salud, en caso de episodios agudos

Prácticas de higiene

- Lavado de manos antes de la preparación de los alimentos y del consumo
- Hervido del agua y conservación en recipientes higiénicos
- Disposición de basuras fuera de la vivienda y disposición de excretas en lugares lejanos
- Ubicación de los animales fuera del espacio intrafamiliar

Prácticas de estimulación del desarrollo

- Fortalecimiento de la relación afectiva madre-niño, realzando todos los momentos de contacto del día
- Comunicación física, afectiva y social
- Masajes, movimiento libre y autónomo, manipulación de objetos grandes y pequeños, juegos y entretenimiento y participación del niño en actividades del hogar

6. Sesiones educativas

Las sesiones educativas estuvieron bajo la responsabilidad del promotor de salud y tuvieron como objetivo reforzar o complementar el trabajo de la consejería en el hogar y las actividades de comunicación. Las sesiones se desarrollaron en parejas de padres o grupos pequeños para permitir la participación. El periódico mural, descrito en el componente de comunicación, fue el principal medio visual utilizado en estas sesiones.

7. Actividades de estimulación

Esta actividad fue enteramente nueva para las comunidades y muy bien aceptada por su carácter lúdico. Sus objetivos fueron: (i) ayudar a los padres a entender la importancia de la estimulación del desarrollo, (ii) capacitar a los padres sobre el manejo de técnicas de estimulación que ellos podían practicar en sus hogares, y (iii) promover la participación del padre en el cuidado de la madre y el niño.

El énfasis de la capacitación se concentró en ayudar a los padres a practicar la estimulación, a través de cada contacto con el niño durante el día y la noche, bajo el principio de que cada contacto es una oportunidad que no puede perderse. En la zona andina, donde la madre y el niño permanecen juntos las 24 horas del día, esta práctica fue insistentemente trabajada con buenos resultados. La capacitación fue coordinada por el promotor con la participación de los padres y se basó en demostraciones prácticas sobre el uso de técnicas y materiales con los niños asistentes. Los padres aprendieron a hacer réplicas de los materiales

del centro para ser utilizados en el hogar. A partir de esta experiencia, los padres crearon y recrearon numerosos juguetes y materiales propios de la cultura, utilizando envases, pedazos de madera, semillas y otros productos disponibles en la comunidad.

Como en otras actividades educativas, las sesiones de estimulación se convirtieron en espacios sociales para compartir experiencias. Las prácticas promovidas incluyeron la participación del padre en todas las actividades de atención y cuidado de la madre y el niño, reducción del trabajo pesado, liberación de tiempo para el cuidado de ella y del niño y la eliminación de todo tipo de maltrato físico y emocional. La comunicación del niño con la madre y la provisión de afecto y cariño fue uno de los aspectos mas enfatizados.

8. Movilización de recursos

Este fue quizás uno de los componentes que mejor respondió en términos de la creatividad, el entusiasmo y la motivación de las comunidades. Las respuestas empezaron en forma temprana después de que la gente empezó a entender el concepto de crecimiento y desarrollo temprano y, particularmente, la importancia del cerebro y su trascendencia en la vida de los niños y de la comunidad. El papel del cerebro en el desarrollo de competencias del niño fue el motor que movió a la gente a movilizar recursos en la medida de sus posibilidades. En algunas localidades, los promotores mapearon el proceso de crecimiento y desarrollo en grandes gráficos que exhibían en el centro de vigilancia y compartían con orgullo con las comunidades vecinas y con los visitantes.

La movilización de recursos se centró en promover el desarrollo de estrategias de apoyo a las familias que tenían una madre gestante o un niño menor de tres años en situación de riesgo. Las estrategias surgieron como parte de los planes de trabajo. Una de ellas consistió en que miembros de la comunidad asumieron las responsabilidades agrícolas de los promotores de salud en ocasiones en las que ellos debían realizar actividades de vigilancia que les demandaban cierta cantidad de tiempo. Otra estrategia fue el acompañamiento de las madres a los controles, cuando su esposo o compañero estaba fuera de la comunidad o tenía impedimentos para acompañarla.

Quizás una de las estrategias que más sorprendió fue la movilización de recursos alimentarios de origen animal para apoyar a familias que tenían menor disponibilidad de estos productos. Esta estrategia tuvo diversas modalidades: intercambio de carne y huevos por otros productos; sacrificio de un animal para compartir la carne con otras familias; organización de un fondo para comprar carne o huevos en el mercado. Es de anotar que estas estrategias fueron utilizadas más en las comunidades andinas por cuanto en la selva había mayor disponibilidad de animales de casa y pescado.

Lecciones Prácticas

La vulnerabilidad de las madres y los niños tiene un carácter más dinámico que la pobreza misma, ya que ésta depende de la naturaleza del riesgo y la capacidad de la familia para responder a las amenazas. La vigilancia comunitaria permite que estos aspectos sean mejor entendi-

dos y manejados en la realidad en que ellos se presentan y con el involucramiento activo de quienes son afectados por ella.

A pesar de la limitación de ciertos recursos alimentarios, se pudo demostrar que es posible mejorar las prácticas de nutrición sin el uso de alimentos de ayuda externa. Este hecho fue puesto a prueba cuando otros programas que utilizaban esta ayuda llegaron a algunas zonas de BI y fueron rechazados por la misma gente, bajo el argumento de que ellos no la necesitaban. Es importante, sin embargo, tener en mente que puede haber algunos casos en los que se requiere el apoyo de algún programa alimentario externo.

El consumo de alimentos está influenciado por otros factores más allá de la disponibilidad de alimentos. Estos incluyen la interacción afectiva madre-niño; la responsabilidad y la preparación emocional de la madre; la adaptación de las preparaciones a la edad del niño; capacidad del niño para manejar utensilios como el vaso, la cuchara y el tenedor; la motivación para comer; distracciones del ambiente; horarios consistentes; etc. Cualquier descuido en considerar estos factores puede reducir el consumo y predisponer a la desnutrición.

En muchos de los casos, la marginalidad de las comunidades no está dada por las grandes distancias físicas, sino por su pobre comunicación y contacto con el mundo externo. Se sabe que raras veces las comunidades se movilizan por sí mismas, por lo que el apoyo de las ONGs mostró ser crítico para el éxito de la vigilancia. Esto fue evidente en comunidades que intentaron trabajar el componente sin este tipo de apoyo pero finalmente no pudieron progresar.

La profundidad con que se puede penetrar en la vida de la comunidad es muy dependiente de la frecuencia de los contactos, de las medidas persistentes, consistentes y confiables que se desarrollan, y de la participación de las organizaciones facilitadoras en la vida social de la comunidad. Aún en los casos en que las acciones de vigilancia llegan a ser auto-sostenidas, el apoyo externo es importante para mantener la articulación con los servicios de salud, para mantener el enfoque y las prioridades de las intervenciones, analizar conjuntamente las tendencias de los resultados y para canalizar el apoyo adicional requerido.

Un producto importante del empoderamiento de las comunidades es la formación de grupos para la reflexión y la acción. Esta práctica estimula la cohesión social y ayuda a que no se retengan o alimenten otros problemas derivados de la pobreza, como por ejemplo, alcoholismo, violencia intrafamiliar, desespero, impotencia y desesperanza. Los grupos ayudan además a fortalecer la identidad y las habilidades colectivas para demandar mejores políticas a favor de la infancia y para producir cambios de más largo plazo.

Las experiencias vividas con la vigilancia confirman que es muy difícil mejorar prácticas de cuidado en el hogar, sin el involucramiento activo de las familias y comunidades en su propia realidad. Con el incremento en el interés por incorporar este componente como parte complementaria del monitoreo del crecimiento y desarrollo, se abre un debate sobre cómo los servicios de salud pueden asumir esta responsabilidad. El aprendizaje muestra que los servicios requerirían una capacidad adicional para poder implementar la vigilancia y que exigirle esta responsabilidad, sin los recursos necesarios, sería tanto como

poner en riesgo la calidad de la atención o hacer cualquier cosa en nombre de la vigilancia. Dada la importancia de este componente, vale la pena repensar estrategias viables y factibles, probarlas en la realidad y evaluar sus resultados.



10

LA CAPACITACIÓN

LA CAPACITACIÓN

El alcance de los beneficios de la participación comunitaria debe mirarse desde el punto de vista de la "experiencia humana" más bien que desde la "gran victoria". La experiencia humana acumulada es lo que constituye el conocimiento. Por lo tanto, no debe esperarse que las ideas y las acciones comunitarias participativas, sean tan evidentes para poder valorar sus beneficios. "Las experiencias humanas" no sacuden al mundo: son pequeñas pero traen en sí mismas una potencialidad de alternativas más prometedoras que todas las otras propuestas elaboradas bajo la megalomanía del progreso.

Pedro Demo

Sería difícil precisar la enorme cantidad de recursos que los programas de nutrición tradicionales y otros programas sociales han dedicado a actividades de capacitación, sin que se sepa cuáles han sido sus beneficios reales. Tradicionalmente la capacitación en estos programas ha sido juzgada por el número de personas que han atendido las actividades, cuántas han mostrado cambios en las pruebas de salida y cuántos manuales y materiales de apoyo han sido preparados y distribuidos. El resultado probable de estos esfuerzos es que el diseño del programa y los ejecutores vayan por caminos diferentes o, lo que es igual, que no haya resultados de impacto sino simples productos inmediatos.

En coherencia con la programación basada en resultados, BI hizo cambios importantes al sistema tradicional, con el fin de responder a los retos demandados por los procesos de implementación y la magnitud de las metas programadas.

Concepto y Características

La capacitación se manejó como un proceso participativo de carácter formativo que buscó, por sobretodo, el aprendizaje progresivo y acumulativo a través de la experiencia. Esto significó aprender haciendo en las realidades andinas y amazónicas. Sus objetivos específicos fueron: (i) desarrollar habilidades técnicas; (ii) desarrollar valores, motivación y auto-confianza; y (iii) desarrollar comportamientos y actitudes apropiadas para trabajar con otros. Detrás de estos objetivos subyace un objetivo estratégico: desarrollar responsabilidad personal. Esta responsabilidad se define como la habilidad de la persona para hacer juicios, tomar decisiones y actuar, con la autoridad/seguridad que le da el aprendizaje basado en la experiencia.

Como proceso participativo, la capacitación tuvo sus propios momentos, en términos de tiempo y progreso. Fue un trabajo longitudinal de principio a fin y, como tal, hizo parte de todas las intervenciones. Tuvo diferencias y matices de acuerdo con la capacidad de adaptación, tiempo disponible, determinación y necesidades percibidas por cada persona, grupo y organización involucrada. Se caracterizó por ser un proceso progresivo, secuencial y dinámico. Trabajar con estas características demandó considerable tiempo, esfuerzo y paciencia; calenda-

rios y agendas flexibles; seguimiento y apoyo cercanos; y respeto por intereses y motivaciones personales e institucionales.

En una primera fase, la capacitación generó muchas expectativas porque los participantes se vieron enfrentados a un sistema diferente de aprender que no era fácil ni rápido de digerir. Esto es entendible puesto que la persona que ha sido profesionalmente socializada y en cierto grado condicionada por ciertas reglas y normas institucionales, puede no estar dispuesto a reevaluar sus comportamientos y motivaciones tan fácilmente como para motivarlo a cuestionarse en su rutina de trabajo. Ello implicó la aceptación de que las habilidades, la forma en que nos comportamos y las actitudes que manifestamos tienen un efecto enorme en aquellos con los cuales trabajamos, sean éstos profesionales, agentes comunitarios o madres y, consecuentemente, en los resultados que se espera obtener.

Por otra parte, capacitar a los trabajadores para que ganen suficiente comprensión y autoconfianza en el manejo de la participación, mas allá de cómo usar los métodos y técnicas, es un trabajo que amerita cuidado y responsabilidad personal. Parte de la capacitación debe clarificar el hecho de que las metodologías participativas ofrecen muchas ventajas, frente a los métodos tradicionales, pero también involucran riesgos asociados con la interpretación y el manejo de los principios promovidos por ellas. El más frecuente de los riesgos es la rapidez de los métodos para generar y utilizar la información. No es fácil precisar cuán rápido puede ser muy rápido sin que llegue a deteriorar la calidad de la información. Riesgos similares surgen de otros principios como la flexibilidad, la simplicidad de los métodos y técnicas, cuánto puede ser

ignorado o cuánta imprecisión es aceptable en la información que es necesaria para tomar las decisiones. Finalmente, es el juicio del facilitador de los procesos o el investigador/evaluador el que determina lo que es apropiado en cada circunstancia. Esta capacidad de juicio acertado está dada en buena medida por la capacitación y la práctica honesta promovida a través de ella (Chambers, 1988).

En PRA, los comportamientos y actitudes son más importantes que los métodos por lo que los participantes tienen que aprender a no dominar, a no imponer su verdad, ser respetuosos y capaces de establecer relaciones armónicas con la población que recibe sus servicios. Muchos participantes encontraron este aprendizaje difícil por dos razones. La primera es que tradicionalmente la capacitación ha sido didáctica, esto es, en salones de clase donde se enseña a “quien no sabe,” más bien que aprender de la realidad. En segundo lugar, muchos manuales son escritos y entregados como parte de la capacitación, lo cual desarrolla en el capacitado una dependencia de un documento más bien que desarrollarle la capacidad para hacer juicios. Si bien, hay algunos temas que necesitan secuencias de pasos, el formalismo de los manuales que utilizan sets de procedimientos puede llevar a “inutilizar” a las personas, a ser inflexibles en el campo de trabajo, y a estandarizar y codificar en nombre de la calidad dada por las normas.

Participantes

En un amplio sentido de la palabra, todos los involucrados en el programa fueron, en mayor o menor medida, partícipes de la capacitación.

Como una anécdota referencial, los choferes que trabajaron en las zonas transportando a los consultores, se sumaban cada vez que podían a las actividades de vigilancia, como testigos silenciosos. Muy pronto y para sorpresa de todos, los choferes se convirtieron en promotores de BI y compartieron su conocimiento y aprendizaje con sus esposas, familiares, vecinos y amigos. Los testimonios de embarazos exitosos son numerosos y gratificantes.

Entre los grupos participantes en la capacitación figuran nutricionistas, antropólogos, comunicadores y otros especialistas del programa; médicos, enfermeras, obstetrices y técnicos de enfermería; personal técnico de las ONGs facilitadoras, reporteros, locutores y técnicos radiales, autoridades comunales, promotores de salud y consejeras comunitarias.

Estrategias y Métodos

Las estrategias y métodos utilizados fueron coherentes con los objetivos de la capacitación y el concepto de procesos participativos. La dinámica básica contempló la realización de talleres locales y/o reuniones de análisis y reflexión, como antesala a las prácticas de campo. Las prácticas de campo se fundieron con los procesos de implementación de las intervenciones, de tal manera que llegaron a ser parte del proceso de capacitación. Esto hizo que se formara una cultura de trabajo caracterizada por una conciencia autocrítica permanente. Estos métodos fueron complementados con pasantías y asesorías en servicio.

El formato taller-práctica tuvo algunas características particulares:

- Los grupos tenían un máximo de 15 personas para permitir la participación
- Los talleres tenían una duración relativamente corta para no interferir con el trabajo de los profesionales de salud
- Se desarrollaba un solo eje temático por taller
- El conocimiento nuevo se construía partiendo de lo que los participantes ya sabían
- Se hacían evaluaciones verbales durante y al final del día y al final del taller, con la participación de todos (auto-evaluación).
- El conocimiento aprendido se ponía en práctica en las realidades del trabajo
- Las experiencias eran analizadas y compartidas en el siguiente taller o reunión
- Se utilizaron guías en lugar de manuales

Las técnicas de participación utilizadas en los talleres dependieron del tipo de participantes. Las técnicas mas utilizadas fueron tarjetas, fotografías, perfiles y anécdotas. Para algunos temas se prepararon guías cortas que se entregaron al finalizar los talleres. Como ya fue mencionado, esto permitió que cada participante desarrollara su propia forma de aprendizaje y no dependiera de documentos con pasos o procedimientos estandarizados.

Las prácticas de aplicación del conocimiento buscaban confrontar el conocimiento teórico con la práctica en la realidad del trabajo, de lo cual resultaba un conocimiento mejorado. La dinámica de estas prácticas fue la misma aplicada en los demás procesos: evaluación-acción. Las experiencias vividas durante el aprendizaje fueron compartidas con

otros, a través de sesiones de análisis y reflexión, por lo que se trató de propiciar sesiones periódicas para reforzar lo aprendido. También fueron útiles para orientar a los capacitadores dónde invertir más tiempo, energía y recursos y para identificar factores de éxito de los participantes, debilidades, cuellos de botella o problemas específicos que necesitaban ayuda en el corto plazo.

Es de anotar que a pesar de que la capacitación tuvo prácticas asesoradas, todos los actores se vieron enfrentados a situaciones de trabajo sin más apoyo que su responsabilidad personal, basada en su conciencia autocrítica, sus valores y su mejor juicio para tomar decisiones. Pero en este aprendizaje los errores fueron bienvenidos porque fueron fuente de aprendizaje. Como dice Robert Chambers (Chambers, 1992), “la buena ejecución se alcanza a través de la improvisación práctica y no de la invención abstracta; la disciplina viene de la lucha por encontrar lo que funciona, por la interacción de la gente con la gente; la guía viene, no de las reglas escritas, sino de la reflexión autocrítica y del juicio personal responsable.”

Las pasantías se realizaron a diferentes niveles y se manejaron como estímulos y como oportunidades para ayudarle a la gente a aprender a través de su exposición a nuevas ideas, opiniones y tendencias diferentes; a analizar lo aprendido; a convertir las ideas en acción; a remover barreras que impiden innovar o recrear; a ir más allá de lo que le asignan o solicitan; y a identificar personas que apoyen sus ideas y determinar cómo consigue su apoyo y colaboración.

Formación de Capacitadores

Estratégicamente hablando, la formación de grupos de capacitadores no era solo conveniente sino práctico, particularmente en los servicios de salud. La expansión de BI se aceleró de forma imprevista y era muy difícil cubrir la capacitación del nuevo personal. Esta situación sumada a la alta movilización de personal, no solo interfería con las agendas de capacitación y el progreso en la implementación de las intervenciones, sino que la calidad de la información generada en los procesos de monitoreo y evaluación se veía amenazada.

Los grupos de capacitadores fueron conformados por áreas temáticas y por localización geográfica. Estos grupos asumieron la responsabilidad de capacitar al nuevo personal. Los servicios de salud y las comunidades que progresaban con mayor éxito se convirtieron en centros de pasantías para este personal. Esta estrategia representó un mecanismo valioso para la expansión y ayudó a reducir en parte el efecto producido por los continuos traslados del personal capacitado. Posteriormente, el avance de BI de abajo hacia arriba, trajo consigo algún tipo de apoyo para retener personal clave para el programa.

Con variaciones en contenidos de acuerdo con los grupos y las condiciones, todos los actores fueron capacitados con base en los siguientes temas:

- El derecho del niño a un buen inicio en la vida
- Marco conceptual del programa BI
- Conceptualización del crecimiento y desarrollo temprano

- Actitudes y comportamientos
- Metodología participativa
- Monitoreo del crecimiento y desarrollo
- Vigilancia comunitaria
- Cuidado de la madre embarazada y lactante
- Cuidado del niño
- Estimulación psico-afectiva

Lecciones Prácticas

La experiencia muestra que el éxito de un programa participativo depende más de las habilidades, el entusiasmo y la sensibilidad del personal que de cualquier otro factor individual. Para lograr estos cambios se necesita una capacitación intensiva y de alta calidad y un apoyo sostenido a través de todo el proceso. El reto está en si las instituciones están dispuestas a brindar oportunidades para que el personal pueda evolucionar y para que la innovación y la experimentación sean alentadas.

Es improbable que la capacitación tenga un efecto más duradero si ella no es concebida como parte de un proceso más amplio de aprendizaje institucional. Tal proceso puede requerir cambios importantes en los comportamientos, normas y procedimientos que prevalecen en las institucionales. Por lo tanto, un primer paso es reconocer la necesidad de estos cambios, evaluar las políticas y prácticas de capacitación, conceptualizar nuevas estrategias de capacitación participativa, probar las estrategias, documentar el aprendizaje y hacer los ajustes necesarios.

Es importante igualmente, repensar sobre cuál es el objetivo de la capacitación, en términos de la generación de conocimiento que sea productivo. En términos prácticos, esto significa que los conceptos teóricos deben ser confrontados con la práctica en la realidad de la gente. Es esta confrontación la que produce experiencias y es la acumulación de experiencias lo que permite el aprendizaje. El conocimiento se convierte en producto solo cuando el conocimiento de cada uno se combina con el conocimiento de los demás, se organiza de manera eficaz y se pone en común sus experiencias con otros trabajadores para lo cual hay que compartir, discutir, reflexionar y demostrar. En este sentido, el conocimiento es una comunicación viva.

La capacitación participativa ofrece al trabajador la posibilidad de construir nuevo conocimiento, junto con el capacitador/facilitador y los demás participantes, cada uno de los cuales tiene su propio conocimiento derivado de su experiencia personal. La diversidad de los participantes en el debate se convierte en un factor clave, porque de la individualidad nacen las grandes ideas. Su aporte al conocimiento se basa en la cooperación, en la manera en que ellos interactúan para apoyarse, motivarse y estimularse unos a otros. La movilización del conocimiento es una ventaja.

La solidez del aprendizaje participativo radica en que, además de la construcción de conocimiento, se construyen valores o códigos sociales (o morales) que le permiten al capacitado ver el mundo que le rodea con nuevos ojos, sentir que es posible ser solidario y competente al mismo tiempo y crear su propio paradigma social. Implica ayudar a los capacitados a tener claridad del porqué quieren aprender, porqué han de buscar algo nuevo o qué los motiva a desarrollar nuevas o mejores habilidades.

En la capacitación participativa el participante da y toma, buscando siempre avanzar, pero estando seguro de que logró el objetivo de la capacitación. El capacitador/facilitador juega aquí un papel importante, en términos de distinguir la efectividad de la capacitación a nivel de las habilidades y las actitudes adquiridas y la efectividad a nivel de la acción. Esto implica que debe acompañar el proceso de la práctica, lo cual puede hacerse combinando dos técnicas: observación de la práctica y sesiones de análisis y reflexión sobre los resultados de la experiencia práctica. No tener en cuenta este aspecto puede imponer límites al aprendizaje, especialmente en ambientes institucionales con agendas cargadas, limitados recursos y alta movilidad de personal.



HUAWAQUIRA
IRAPACA
(El Niño Bonito)

LA COMUNICACIÓN

El desarrollo se está moviendo mucho más lejos, de la persuasión a la comunicación, en forma de diálogo y aprendizaje de la experiencia. Busca formas funcionales de contrarrestar los flujos de información de arriba hacia abajo, con estructuras de comunicación participativa más viables en las comunidades.

Nora Quebral

Comunicación Participativa

La comunicación social ha sido abordada por diferentes disciplinas y desde diferentes enfoques como la sociología, la psicología y la antropología, entre otras. Muchos comunicadores y otros profesionales de estas ciencias han invertido considerable tiempo y esfuerzo en buscar medios y formas adecuadas de aproximarse a la gente para tratar de mejorar su conocimiento y sus prácticas de vida. A pesar del enorme debate, existen todavía muchos vacíos en relación con la utilidad práctica de estas experiencias. Uno de los problemas es la atención dedicada, quizás en forma excesiva, a la tecnología de los medios mas bien que a su contribución real al alcance de metas sociales. Buscando beneficiarse de la experiencia de otros, algunos profesionales han adoptado modelos, en forma parcial o total, con la esperanza de alcanzar los mismos resultados, hecho que en la práctica no ha sucedido. La evidencia muestra que la principal falla ha sido el poco conocimiento

de los contextos culturales que favorecieron ciertas estrategias y que fueron las que produjeron los resultados esperados.

Si bien las tecnologías de comunicación son importantes, es igualmente cierto que si éstas no guardan coherencia con los contextos culturales y las necesidades de las audiencias se corre el riesgo de empobrecer, mas bien que enriquecer, las formas tradicionales y autónomas de auto-expresión, las iniciativas locales y la identidad cultural de la gente.

Según algunos autores, la efectividad de la comunicación se mide por la calidad del mensaje, la recepción, la interpretación, la decisión y la acción (Sinha, 1999). Pero, ¿cuánto del conocimiento y la información que se transmite pasa a ser parte de la vida cotidiana de las personas?. Esta ha sido y seguirá siendo una preocupación que amerita mayor investigación. La temporalidad de los proyectos, la ausencia de evaluación relevante y la dificultad para precisar los efectos específicos de la comunicación son algunos de los factores que necesitan ser abordados en el futuro. La pregunta sobre la habilidad de un medio de comunicación para movilizar a la gente a actuar con base en la información que le suministra, necesita ser considerada. No es lo mismo la efectividad a nivel de las actitudes que la efectividad a nivel de las acciones. La gente puede estar convencida de querer cambiar en cierta forma, pero hay factores que intervienen en la decisión de actuar en cierta dirección (Kasoma, 1999).

Concepto y Características

La comunicación se concibió como una intervención de apoyo al trabajo de los demás componentes. Sus objetivos fueron: (i) incrementar el conocimiento, el entendimiento y las habilidades de las familias y comunidades para el manejo de problemas y situaciones, (ii) expandir las relaciones de la comunidad y las actividades que influyen el cuidado apropiado de la madre y el niño y (iii) facilitar y expandir las relaciones internas y externas del programa.

El componente hizo énfasis en las relaciones que existen entre la comunicación educativa, el mejoramiento de prácticas, comportamientos y actitudes y los resultados de impacto y de proceso. Se fundamentó en el concepto de que el incremento del conocimiento e información contribuye al mejoramiento de prácticas de cuidado de la madre y el niño y de los ambientes que favorecen el CDT, estimula el compromiso del personal para dar lo mejor de su capacidad, puede atraer la atención de decisores y líderes políticos, organizaciones y programas sociales y moviliza recursos y apoyo dentro y fuera del programa.

Para la comunicación educativa se diseñó un plan estratégico con lineamientos conceptuales y operacionales, lo suficientemente flexibles para permitir los ajustes necesarios. Esta estrategia se caracterizó por ser formativa, propositiva y, por sobre todo, participativa tanto en la creación como en la transmisión de los mensajes. Tuvo en cuenta la estructura de los mensajes y la habilidad de la gente para procesarlos y aplicarlos efectivamente. Demandó constantes ajustes dependiendo del tiempo, del lugar y de la evaluación del progreso. Fue un instrumento que dio

fuerza y dirección para movilizar el compromiso colectivo y motivar el uso de recursos y energías para alcanzar las metas.

A pesar de la flexibilidad implícita en los lineamientos, en la fase inicial se presentaron algunas incongruencias entre la teoría y la acción. Entre otras razones, se encontró que la diversidad de los contextos culturales mostraron ser mas complejos de lo que en el inicio se pudo percibir. Por ejemplo, se intentó desarrollar un boletín escrito dirigido a las autoridades y promotores de salud que pudiera orientar sus actividades en la comunidad, el cual probó ser inapropiado. A pesar de que hubo participación de promotores en su producción, tenía muy pocos textos escritos, utilizó vocabulario local y se evaluó en una muestra de comunidades, la comprensión de los mensajes fue muy baja. Esto llevó a descartar cualquier medio escrito y a comprender mejor que en los contextos de pobreza, la comunicación va más allá de simplemente incrementar el acceso de la gente a la información.

Audiencias y Estrategias

Se consideraron tres grupos de audiencias con una amplia gama de actores: (i) madres y padres de familia, agentes y autoridades comunales; (ii) equipo de consultores, personal de ONGs facilitadoras, autoridades y personal de salud; (iii) autoridades municipales, periodistas y comunicadores locales, organizaciones sociales y agencias de cooperación. La comunicación educativa para el aprendizaje correspondió al primer grupo, la comunicación interna al segundo y la comunicación externa al tercer grupo.

Las estrategias de comunicación utilizadas para los tres grupos de audiencias se desarrollaron en forma armónica. Esto significó que sobre la base de los ejes temáticos del programa se seleccionó un grupo pequeño de temas y de prácticas, sobre los cuales se centraría toda la comunicación. Significó que aunque los mensajes comunicados a cada grupo eran diferentes, ellos enfatizaban los mismos aspectos centrales promovidos por el programa. Este sistema hizo posible que se hablara el mismo idioma y se creara una red de comunicación armónica entre los tres grupos, lo cual tuvo efectos sorprendentes en la promoción del CDT, la credibilidad del programa y el interés por ampliar la información transmitida.

Comunicación Educativa

Esta estrategia estuvo dirigida a los participantes del programa: madres, padres, familias y comunidades. Su objetivo fue fortalecer el conocimiento y las habilidades para la prevención y el manejo de factores de riesgo que afectan el CDT y las prácticas de cuidado de la madre y el niño. El analfabetismo de las mujeres predominante en las comunidades rurales, especialmente andinas, favoreció la preferencia de medios como la radio, el periódico mural y la utilización de los medios comunitarios disponibles. Los mismos mensajes fueron transmitidos a las mismas audiencias por los diferentes medios, en forma simultánea y repetitiva, por períodos que oscilaron entre uno y dos meses.

En el desarrollo de los mensajes se tuvieron en cuenta los siguientes pasos:

- Definición de los principales problemas y necesidades (Estudio cuantitativo)
- Evaluación y consulta con las comunidades sobre los problemas, causas, limitaciones, puntos de resistencia en las prácticas y comportamientos, y apreciaciones de la comunidad sobre ellos (Estudio cualitativo)
- Construcción de mensajes con la participación de promotores de salud
- Entrega de mensajes con la participación de miembros de la comunidad
- Evaluación de la recepción, comprensión y adopción de mensajes (Evaluaciones intermedias)

Aunque la cobertura, la entrega y la comprensión de los mensajes fueron criterios utilizados para evaluar la efectividad de la estrategia, fue difícil precisar la influencia de los medios en el cambio de prácticas y actitudes. Dos razones vale la pena resaltar. En primer lugar, los componentes de monitoreo del crecimiento y la vigilancia comunitaria tuvieron un componente educativo utilizando medios no masivos lo cual hace difícil separar los efectos de uno y otro. En segundo lugar, la efectividad de los mensajes debe ser evaluada a nivel de la acción y esto es algo que amerita investigación adicional. Un intento del programa para realizar esta investigación fue iniciado, llegando solo hasta la preparación de la propuesta técnica por un grupo externo especializado. Lamentablemente, la falta de recursos financieros y de tiempo no permitió continuar con el proceso.

1. Radio

Las dificultades técnicas y financieras para contar con medios audiovisuales como la TV y el video en comunidades rurales, hacen que la radio siga siendo el principal medio masivo en las zonas andinas y amazónicas. A pesar de las dificultades económicas existentes en estas zonas, casi la totalidad de las comunidades posee un radio como único medio de comunicación con el mundo externo y están familiarizadas con las emisoras radiales existentes.

En cada una de las zonas se seleccionaron emisoras radiales bajo tres criterios: audiencia amplia, probado compromiso social y reconocimiento local. Se seleccionaron 7 emisoras en la zona andina y una en la selva. Dos de las emisoras tenían cobertura en la mayor parte del país, mientras que las otras cubrían toda la población de las provincias y localidades, permitiendo de esta manera que los mensajes llegaran a comunidades no involucradas en el programa.

Estas emisoras derivaban sus bajos ingresos de servicios de noticias y la ayuda esporádica de algunas organizaciones, por lo cual su tecnología era precaria y el personal no tenía capacitación adecuada. El programa suministró algún apoyo financiero para el fortalecimiento de la tecnología existente y capacitó al personal en el desarrollo de competencias. Los talleres de capacitación se convirtieron en espacios creativos para el manejo de la radio y de otros medios. Las competencias desarrolladas incluyeron las siguientes:

Competencia ética, para reconocer, promover y trabajar en favor de los principios y valores de BI, para diferenciar lo accesorio de la trascendente, lo que conviene más al colectivo o la comunidad y para trabajar la comunicación con una perspectiva democrática y con un sentido de derechos.

Competencia técnica, para dominar y manejar apropiadamente los instrumentos y materiales tales como cabinas de edición, digitalización, ploteo, material de audio, ampliaciones y reproducciones de material gráfico.

Competencia expresiva, para manejar el lenguaje apropiado para cada medio. Se trabajaron diversidad de géneros, códigos y formatos haciendo claridad entre la oralidad, la gestualidad, la corporalidad, el material fotográfico y los materiales de procedencia electrónica.

Competencia para analizar y comprender, para el desarrollo de la auto-crítica a través de una mirada interior conocido en el campo de la antropología visual como ‘procesos de auto-objetivación.’”

Competencia de comunicación, para el manejo conceptual de los mensajes combinado con la reflexión para integrarlos a la práctica.

Competencia de gestión, para la acción social, la auto-gestión y la generación de iniciativas para adaptar las estrategias a las características locales y la capacidad institucional.

La producción de mensajes partió de los problemas y necesidades identificados en el estudio de prácticas y tuvo la participación de agentes comunitarios. Los mensajes fueron transmitidos en forma de cuñas ra-

diales y revistas radiales con la participación de las voces de agentes comunitarios y de algunos personajes locales. Todo el proceso, desde la producción hasta la recepción y comprensión de los mensajes, fue asesorado por la comunicadora del programa y supervisado y evaluado por una ONG especializada en comunicación radial.

En total se trabajó con 8 organizaciones radiales, 7 en la zona andina y 1 en la selva. Con ellas se realizaron convenios similares a los de las ONGs facilitadoras de la vigilancia comunitaria. La cobertura geográfica de las emisoras fue la siguiente:

Departamento	Emisora	Cobertura
Apurimac	INTI RADIO	Toda la provincia de Abancay
	ESTACION SOLAR	Nivel nacional en Onda corta
		Abancay en Onda media
Cajamarca	RADIO PANORAMA	Toda la provincia de Andahuaylas
	RADIO CHOTA	Provincia de Chota y zona de Minas en Cajamarca en O.M
		Gran parte de Perú en O.C
Cusco	RADIO CAMPESINA	Norte del Perú y Cajamarca
	RADIO INTI RAYMI	13 provincias
	RADIO SICUANI	Todo Perú en Onda corta
Loreto	LA VOZ DE LA SELVA	7 provincias (80% del departamento)

2. Periódico mural comunitario

El Periódico mural es un medio o herramienta para transmitir mensajes educativos a base de fotografías en blanco y negro tamaño jumbo, sin ningún texto escrito. Las fotografías son tomadas en la misma comunidad y colocadas en una tabla de madera, cartón u otro material resistente pero liviano. Las fotografías son ordenadas de acuerdo con el mensaje que se desea transmitir, en número no mayor de 5 o 6. La preferencia del color blanco tiene como fin evitar la desviación de la atención hacia los colores de las imágenes.

El periódico mural se manejó como un proceso de comunicación alternativa, horizontal, y participativa con las siguientes características:

- Utiliza tecnologías artesanales
- Está dirigida a un público específico
- Reivindica el mundo de los signos y significados de dicho grupo cultural, así como su manera particular de expresarlos
- Promueve e invita a la acción colectiva

Lo esencial en la comunicación horizontal es que el proceso comunicativo se orienta hacia la construcción, discusión, interpretación y búsqueda de la acción social concreta. La potencialidad y la fuerza misma del proceso comunicativo es un medio para que la gente se ocupe de la discusión e interpretación de los aspectos del CDT y desarrolle su capacidad autocrítica, a partir del ejercicio de “verse” para poder orientar su acción social. Reivindica el mundo de los signos y significados de un grupo cultural así como su manera particular de expresarlo.

La fotografía activa los mecanismos de la memoria y fija el recuerdo. Esta reanimación del pasado permite cobrar conciencia del tiempo y de la relación entre pasado y futuro. Su uso como medio de comunicación educativa reposa fundamentalmente en la capacidad de leer la imagen y de reconocer en ella los elementos que permiten crear un razonamiento a partir de las vivencias que impactan. El uso de la cámara fotográfica ha mostrado ser especialmente útil en el análisis transcultural de las prácticas de crianza, superando además en plasticidad, riqueza, belleza y efectividad a los afiches, boletines y otros medios gráficos y escritos tradicionalmente utilizados.

La complementariedad, reiteración y secuencia, condiciones fundamentales sobre las cuales se asienta la relación entre fotografía y antropología visual, así como los principios de integración, participación y sostenibilidad promovido por BI, fueron la base sobre la cual se desarrolló este medio. El desarrollo del periódico se hizo en dos fases, la primera de las cuales se implementó como una fase de aprendizaje bajo la dirección de un fotógrafo documentalista quien tenía experiencia previa en el Perú. Las actividades de esta primera fase incluyeron las siguientes:

Zonificación.- Se establecieron estratégicamente 10 zonas geográficas cada una de las cuales tuvo un área de influencia y un promotor de salud coordinador, quien más tarde se convertiría en fotógrafo comunitario. Estos promotores fueron seleccionados por las comunidades bajo criterios de: reconocimiento, aceptación y autorización para tomar las imágenes; habilidades en el desarrollo de tareas relacionadas; estabilidad en la comunidad; interés en asumir las responsabilidades y disponibilidad de tiempo.

Capacitación.- Los promotores seleccionados, las ONGs y el equipo local del programa fueron capacitados por el fotógrafo profesional en la toma de fotografías, construcción de mensajes, manejo de archivos de fotografía y manejo del taller de producción.

Taller permanente.- Este fue un espacio de trabajo creado para producir y evaluar el periódico con la participación de los promotores y el personal capacitado. Las tareas incluyeron: reflexión, discusión y acuerdo sobre los mensajes a ser transmitidos; selección y organización de las fotografías sobre la tabla; y evaluación de resultados. El periódico se producía cada dos meses.

Circulación y difusión.- Cada número del periódico era circulado entre las comunidades donde permanecía por espacio de un mes, al final del cual era circulado a otras comunidades. En la comunidad, el periódico era colocado en el centro de vigilancia y en otros lugares estratégicos para facilitar el acceso de todos los miembros. Cada periódico era utilizado en las actividades educativas dentro del componente de vigilancia comunitaria. En algunas zonas, el periódico se colocó en otros lugares públicos como barberías, muro exterior de bodegas y plazas de mercado.

Con base en el aprendizaje logrado, la segunda fase introdujo algunas variaciones. El promotor fotógrafo asumió la responsabilidad de todo el proceso con la supervisión y asesoría del comunicador y de las ONGs. A cada promotor fotógrafo se le entregó una cámara fotográfica, rollos y otros materiales. Las cámaras se distribuyeron de acuerdo con el número de comunidades cubiertas por las zonas. Estas cámaras pasaron a ser propiedad de las comunidades al igual que los archivos fotográficos.

Probablemente el periódico no fue muy efectivo en alcanzar grandes coberturas más allá de las comunidades de BI porque las copias eran limitadas. A pesar de la frecuente demanda para incrementar la producción, no fue posible asumir los costos involucrados. Sin embargo, este medio rompió todos los esquemas tradicionales y generó tantas reacciones positivas que después de cierto tiempo de circulación, más y más comunidades vecinas empezaron a tomar interés en ver el periódico, a hacer preguntas y a intercambiar información con los promotores fotógrafos. Los procesos de toma de imágenes pronto se convirtieron en espacios sociales donde se intercambiaban comentarios, preferencias y sugerencias.

Muchas emociones y situaciones humanas afloraron, porque por primera vez la gente podía verse así mismos en una fotografía. Por ejemplo, para el tema de estimulación a la madre, hubo mujeres que solicitaron más escenas donde el padre expresaba su afecto a la madre con un abrazo o una caricia. Esto respondía a una necesidad sentida de afecto o deseo oculto de las mujeres, debido a que en la cultura andina estas demostraciones son muy escasas o no “permitidas” en espacios públicos. Fue interesante observar, además, que las imágenes tomadas por los promotores eran mucho más reales, en términos de las escenas captadas, no solo por su capacidad para elegir escenas susceptibles de representar más cercanamente su propia cultura, sino por construir escenas que les permitiera expresar y transmitir significados de los cambios que se iban logrando.

Aunque se presentó algún debate sobre la sostenibilidad del periódico al finalizar el programa, este debate se tornó en un espacio de reflexión

sobre el uso de la fotografía como una técnica educativa que puede permanecer en el tiempo. En otras palabras, el periódico como tal puede desaparecer físicamente en el tiempo, pero las memorias y mensajes quedan. Las fotografías guardan un cúmulo de memorias, relativas al aprendizaje, las cuales difícilmente podrán ser olvidadas. Es en este sentido que se entendió la sostenibilidad del periódico: la potencialidad y la fuerza misma de las fotografías termina siendo un pre-texto para que la gente se ocupe de hablar, discutir y reflexionar a cerca de los mensajes que ellas encierran.

3. Otros medios comunitarios

Los medios comunitarios tales como los altoparlantes fueron utilizados en combinación con la radio y el periódico. La familiaridad de las comunidades con estos medios facilitó su uso educativo y contribuyó a crear una dinámica interesante al estimular la participación de más miembros de la comunidad.

Comunicación Interna

Partiendo del principio de que la comunicación está en la base de todas las actividades humanas, el objetivo de la estrategia de comunicación interna puso especial énfasis en el desarrollo de relaciones interpersonales que motivaran la colaboración y el apoyo mutuo de todos los involucrados, para satisfacer las necesidades del programa y las necesidades profesionales e individuales. La negociación para la consecución de acuerdos dentro de un ambiente de respeto mutuo, estuvo siempre

presente. La estrategia estuvo dirigida a los ejecutores del programa: autoridades de UNICEF y USAID, personal del programa, personal de servicios de salud y de ONGs aliadas.

La eficiencia y la bondad del sistema de comunicación requirió tener en cuenta ciertos criterios, como por ejemplo conocer y entender las necesidades de información de los involucrados en el programa, tratando de dar mas atención a la demanda que al suministro de información; manteniendo una comunicación fluida, abierta y permanente para fortalecer el compromiso y la confianza; evitando el exceso de canales y de información circulando; disponiendo de información correcta antes de ser circulada y desarrollando comportamientos de escucha para vencer las barreras en las relaciones resultantes de sesgos personales.

La comunicación entre las personas que trabajan por un objetivo común tiene una enorme importancia, no solo por su contribución al alcance de las metas sino porque contribuye al desarrollo profesional y al crecimiento personal de los involucrados. Esto fue muy evidente en BI y tuvo su expresión de varias maneras: agregó más valor al trabajo; produjo más satisfacciones personales; incrementó el rendimiento individual y colectivo; estimuló el aprendizaje mutuo; y permitió construir equipos cohesionados, con personas que se sintieron contentas, satisfechas y optimistas. Estos fueron mecanismos eficaces para publicitar el programa. Un trabajador que disfruta de su trabajo habla positivamente de él y aporta nuevos valores a las personas que les rodean.

Los medios mas utilizados dieron preferencia a la comunicación cara-a-cara para conflictos y problemas personales, y la comunicación escrita,

el diálogo participativo y reuniones de discusión para aspectos relacionados con el desarrollo del trabajo. Hasta donde fue posible, estos medios se manejaron con una política de puertas abiertas, respuestas rápidas a requerimientos y contactos regulares entre los consultores, los especialistas y los trabajadores locales.

Comunicación Externa

La estrategia de comunicación externa tuvo como objetivo hacer abogacía para promover el CDT y el fortalecimiento de las políticas públicas. Estuvo dirigida a decisores políticos, líderes de programas, profesionales, autoridades y organizaciones sociales y agencias de cooperación. La atención de la estrategia se concentró en construir una visión común del CDT y hacer que autoridades, líderes y profesionales de otros programas llegaran a conocer el impacto de las acciones. Esto significó abogacía con individuos y organizaciones clave para mostrar que los cambios promovidos por BI iban más allá de aplicar nuevos métodos y procedimientos.

Los principales medios utilizados incluyeron reuniones para compartir resultados; presentaciones en foros y eventos nacionales e internacionales; visitas a los centros de vigilancia comunitaria y exposiciones fotográficas utilizando el material de imágenes producido por el Periódico mural. Dos experiencias vale la pena mencionar. La primera se refiere al excesivo número de personas y organizaciones que visitaron algunos centros de vigilancia comunitaria, especialmente aquellos considerados más exitosos. Aunque la motivación de algunos visitantes extranjeros generó recursos adicionales para el programas, este exceso causó en algunos casos in-

convenientes por el tiempo demandado a las ONGs y las autoridades y agentes comunitarios para atender las visitas, mientras que en otros casos estimuló un protagonismo que fue desafortunado por la inexperiencia de las comunidades en el manejo adecuado de estas situaciones.

La segunda experiencia se refiere al éxito de las exposiciones fotográficas como medio efectivo de información y abogacía. El formato de las exposiciones utilizó las edades críticas en la evolución del CDT, resaltando las prácticas positivas en los ambientes familiares y comunitarios y en los servicios de salud. De esta manera, los visitantes pudieron tener una idea completa del trabajo y de los resultados. Las exposiciones se hicieron en lugares estratégicos tales como el Congreso de la República, el Ministerio de Salud, una Galería de Arte y algunas alcaldías municipales.

La importancia de utilizar medios estratégicos para abogacía radica en que los líderes y decisores clave se motivan e influyen más viendo en la práctica el qué, el porqué y el cómo de estrategias innovadoras y los resultados exitosos que se pueden producir. Otros medios escritos como los estudios cualitativos, un material de referencia sobre CDT y un libro de fotografías sobre el tema, fueron un complemento importante de los demás medios de abogacía e información citados.

Lecciones Prácticas

La comunicación para el crecimiento y el desarrollo humano significa compartir el ambiente humano en la cual los miembros de una comuni-

dad o grupo toman parte como iguales. Es más que una actividad en la cual las audiencias están adquiriendo información, conocimiento y habilidades que los capacitan para cambiar ellos mismos, sus ambientes, sus formas de vida y sus percepciones acerca de ellos mismos y de sus relaciones con los demás. Como el conocimiento, la comunicación debe construir sobre lo que las audiencias saben y valoran.

Los medios de comunicación deben buscar no solo que los mensajes lleguen a las audiencias, sino que el mensaje sea realmente entendido y aceptado por la gente, como para llegar a influenciar o cambiar los comportamientos y actitudes de la gente. En este sentido, hay vacíos en cómo evaluar la efectividad de la comunicación.

La comunicación está en el centro del trabajo con otros, bien sea que se esté liderando, asesorando, manejando conflictos, resolviendo problemas o situaciones, o construyendo relaciones. El proceso de hablar debe guardar equilibrio con el proceso de oír atentamente para mantener buenas relaciones.

El desarrollo de competencia ética, técnica, expresiva, analítica y comunicacional en quienes tienen el papel de comunicadores, sean estos profesionales, técnicos o agentes comunitarios, debe preceder y acompañar el proceso de producción y entrega de mensajes educativos.

Mantener una comunicación fluida y abierta entre las personas involucradas en la ejecución de un programa, facilita enormemente el trabajo y estimula un ambiente de colaboración mutua para lograr los mismos objetivos. Para el programa, esto implica recursos para información y

mecanismos para compartirla, facilitar espacios para relaciones interactivas a diferentes niveles y ayudar a la gente a entender que su involucramiento puede promover el crecimiento personal y profesional. Para el personal, significa voluntad de ayudar a otros y de contribuir a enriquecer las relaciones a través de ajustes a sus propios comportamientos y actitudes.

La comunicación externa para el desarrollo de alianzas y abogacías, basadas en ganancias mutuas, es esencial para mantener colaboración y apoyo a la promoción del CDT. Para alcanzar este objetivo, los aliados deben ser receptivos en forma tal que puedan reaccionar a nuevas iniciativas, influenciar decisiones, contribuir a la solución de problemas, y proveer liderazgo y contactos adicionales que permitan afectar positivamente el CDT.



12

EL MONITOREO Y LA
EVALUACIÓN

EL MONITOREO Y LA EVALUACIÓN

Es en la paradoja de la toma de decisiones que la acción efectiva nace de la reacción. Solamente cuando las personas, las organizaciones y la gente toman información del ambiente y reaccionan a las condiciones cambiantes, es cuando ellos pueden actuar en ese mismo ambiente para reducir la incertidumbre e incrementar la flexibilidad discrecional. Lo mismo sucede para el decisor individual o para los grupos que solucionan problemas.

Michael Q. Patton, 1997

La definición del marco conceptual de un programa es importante para saber con claridad lo que se quiere alcanzar y cómo alcanzarlo. El sistema de monitoreo y evaluación (SME) permite confirmar si lo que se buscaba finalmente se alcanzó. De aquí que se deriva que el SME sea una herramienta muy valiosa para el buen manejo de un programa porque, sobre la marcha, provee la información necesaria para tomar decisiones oportunas y adecuadas. Ayuda a recordar sistemáticamente cuáles son los pilares de la estructura estratégica: los problemas, la visión y los valores del programa. Cometer errores no es reprochable; no aprender de los errores pasados porque no se tuvo un sistema de monitoreo y evaluación apropiado, sí lo es.

Aunque la gran mayoría de los programas sociales hacen esfuerzos por incorporar en su estructura actividades de monitoreo y evaluación, solo en pocos casos se logra que este componente se convierta en una

necesidad de rutina, más bien que en una imposición o una exigencia de los directores o donantes. La concentración de la atención, a veces exagerada, en hacer actividades y generar productos para cubrir metas de coberturas, acaban por convertir el monitoreo y la evaluación en sistemas de control que son percibidos por el personal como una amenaza a su estabilidad laboral. En otros casos, la evaluación consiste en llenar formularios extensos que generan información poco útil que termina siendo archivada sin ser utilizada (Patton, 1999).

Concepto y Características

Aunque el término monitoreo y evaluación tiende a verse como una sola cosa, ellos son diferentes pero relacionados entre sí. El monitoreo fue concebido como la recolección sistemática de información a medida que el programa avanzaba. Su principal objetivo fue hacer juicios acerca del progreso para mejorar la eficiencia y la efectividad, tomar acciones correctivas y programar acciones futuras. Se preguntó sistemáticamente si los procesos de implementación eran coherentes con los objetivos y metas propuestas, si había cosas que funcionaban mal y ayudó a mantener el trabajo en su ruta correcta. Se preocupó de proveer una base útil para la evaluación.

Por su parte, la evaluación se concibió como la comparación entre los resultados de impacto que se estaban obteniendo y los resultados de impacto que se planearon alcanzar. En otras palabras, valoró los resultados y se preguntó constantemente si se estaban produciendo los cambios deseados, en otras palabras, si se estaban satisfaciendo las nece-

sidades de los participantes, en forma tal que estuviera haciendo una diferencia en la calidad de vida de los niños, las madres y sus ambientes familiares y comunitarios. En este sentido, la evaluación fue formativa porque se con la intención de mejorar las estrategias de funcionamiento y porque se constituyó en una fuente permanente de aprendizaje (Patton, 1999).

Como sistema, tanto el monitoreo como la evaluación estuvieron dirigidos al aprendizaje y se focalizaron en mejorar la eficiencia, la efectividad y el impacto. La eficiencia significó mirar si los insumos (dinero, tiempo, personal, capacidades, métodos) eran apropiados en términos del resultado. La eficacia significó mirar el grado al cual el programa alcanzaba los objetivos y metas específicas propuestos. El impacto significó mirar si el programa era realmente útil en producir los cambios esperados, es decir, si los derechos de los niños y las madres eran satisfechos con la calidad esperada.

El SME se caracterizó por ser parte integral de los procesos de implementación, por ser participativo y formativo, por ser acumulativo para permitir el aprendizaje y por generar información oportuna y útil para los usuarios potenciales del programa. Al funcionar como un sistema regular y no como un plan maestro o una actividad, el monitoreo y la evaluación ayudó en forma importante a repensar las prioridades, re-direccionar los procesos y reprogramar los cursos de acción, en una forma dinámica y armónica.

Evaluación de la Implementación

1. Características

El monitoreo y la implementación, cubrió aspectos específicos tales como: (i) insumos, personal, metodología, tiempo; (ii) calidad de los procesos, esto es, si ellos estaban centrados en la gente, si eran participativos e integrados; (iii) productos, tales como, información, conocimiento y metodología mejoradas; (iv) resultados, tales como impactos y desempeño de la gente; y (v) informes o reportes, su difusión y utilización (Patton, 1999; Shapiro, 1998).

Tanto los objetivos como las características de las intervenciones, requirieron contar con un SME planificado pero flexible de manera tal que se pudieran hacer los cambios o ajustes cuando fuera necesario. Este sistema demandó, entre otros:

- Establecer y definir indicadores de proceso y de impacto
- Definir las formas de generar información, cómo hacerlo, cuándo y a quiénes involucrar
- Analizar la información y utilizarla para la toma de decisiones
- Informar a las autoridades y aliados sobre la marcha y el manejo del programa

En la práctica, el SME operó a través de ciclos de evaluación- aprendizaje-decisión-ajustes. Esto demandó un trabajo arduo y conciente, para hacer que el sistema fuera realmente una herramienta valiosa que ayudara a identificar los problemas y causas, sugerir soluciones posibles,

generar preguntas y posibles respuestas, motivar a la reflexión sobre las metas y cómo llegar a ellas, estimular a la acción y, por sobre todo, ayudó a incrementar las posibilidades de hacer la diferencia en el desarrollo del potencial de los niños que viven en pobreza.

2. Tipos de Evaluación

El programa utilizó una combinación de formas de evaluación que incluyeron: (i) auto-evaluación; (ii) evaluación cualitativa; (iii) evaluación participativa; y (iv) evaluación externa. La información del análisis situacional inicial se tomó como punto de partida e incluyó: evaluación inicial de los contextos locales; evaluación de los programas de atención de la madre y el niño en establecimientos de salud; evaluación de las ONGs y de sus comunidades, y el estudio de base de los indicadores contratado a evaluadores externos.

Auto-evaluación, funcionó como auto-análisis o auto-reflexión crítica del personal del programa, sobre el avance y las prácticas de trabajo con el fin de aprender y mejorar comportamientos, actitudes y valores. Esto demandó honestidad y un buen grado de valentía y humildad. Se hizo en forma continua como parte de la rutina del trabajo y a través de reuniones mensuales, trimestrales y semestrales, en forma individual y grupal.

Evaluación cualitativa, se refiere a dos estudios cualitativos realizados a nivel de la familia y la comunidad, hechos por los nutricionistas y antropólogos del programa: prácticas y comportamientos de crecimiento y desarrollo a nivel de la familia y la comunidad y prácticas y motivaciones

de los promotores de salud en las comunidades. Estos equipos fueron capacitados, asesorados y apoyados por un antropólogo especializado en investigación cualitativa y el apoyo de las ONGs y las autoridades comunitarias. Un producto de la capacitación fue el diseño del estudio. Los métodos utilizados incluyeron entrevistas semi-estructuradas, grupos focales, observación directa, observación participativa y otros. Los estudios tuvieron un valor especial por la calidad y la utilidad práctica de la información recogida, la cual empezó a ser usada en forma inmediata en la implementación de las intervenciones. Otras ventajas incluyeron: el hecho de que los consultores y el personal de las ONGs estuvieran familiarizados con las comunidades y manejaran el idioma quechua en Cusco y Arequipa, lo cual facilitó que la gente se expresara libremente y con confianza; la relativa rapidez en la recolección y análisis de la información, en comparación con los estudios realizados por grupos externos, que no conocen los contextos culturales y que tienen que esperar un largo proceso de procesamiento, análisis y publicación de la información, antes de ser utilizada; y el bajo costo por cuanto los gastos extras se concentraron en el acompañamiento del investigador. Los detalles de estos estudios pueden ser consultados en la biblioteca de UNICEF.

Evaluación participativa, constituyó el grueso de la evaluación de los procesos de implementación a nivel de los establecimientos de salud y de las comunidades. Se integró desde un comienzo a la implementación de las intervenciones y evolucionó basado en las evaluaciones regulares de los procesos de reflexión-acción y en el incremento del mejoramiento logrado paso a paso, incluyendo la identificación de soluciones potenciales de rápida aplicación para evitar interrupciones en el progre-

so. Se focalizó en mirar cómo se producía un cambio en una práctica o en un aprendizaje, más bien que concentrar la atención en el cambio en sí mismo. El monitoreo y evaluación involucró a personal de ONGs, promotores de salud y consejeras comunitarias. Utilizó principalmente diálogos participativos, observaciones participativas, grupos focales y reuniones interactivas.

Evaluación cuantitativa, incluyó: (i) tres evaluaciones del progreso en la reducción de la desnutrición crónica, de las prácticas de CDT y del efecto de suplemento de hierro en niños fueron realizados en una muestra de pequeñas comunidades andinas y de Loreto respectivamente; y (ii) monitoreo y evaluación, hecho trimestralmente por el personal de salud, de 7 indicadores de progreso en una muestra de establecimientos de salud: Inicio del control prenatal; número de controles, según el protocolo establecido por MINSA; número de controles de crecimiento y desarrollo del niño, según el protocolo de MINSA; incremento del peso en la gestación, bajo peso al nacer, desnutrición crónica y participación del padre en las visitas. Toda la información generada fue utilizada para la toma de decisiones, y compartida y difundida interna y externamente.

Evaluación externa, se refiere a la evaluación final de los indicadores de impacto y de proceso, contratado para tal fin. También se contrató un estudio de casos y controles, para evaluar la eficacia del suplemento de hierro utilizado en el programa para reducir la anemia por deficiencia de hierro en las gestantes participantes. Se utilizó como indicadores la hemoglobina y la ferritina en una muestra de madres atendidas en los establecimientos de salud participantes. Se evaluó igualmente la aceptabilidad y el consumo del suplemento.

El sistema de monitoreo y evaluación implicó que los evaluadores/facilitadores estuvieran en contacto permanente con la realidad en la cual trabajaban y tuvieran un interés genuino en la información como un medio para ser mas efectivos, mas bien que como un requerimiento del programa. Su involucramiento activo les permitió probar sus propias habilidades de evaluación y aprender de sus propias experiencias. Entre más activa fue su participación más probabilidades hubo de utilizar la información y más alto el impacto en la emisión de juicios y en la reducción de la incertidumbre al tomar las decisiones. Una de las ventajas de este sistema es que la evaluación facilita el desarrollo de juicios basados en la experiencia práctica, permite entender la situación como un todo y evoluciona un proceso de aprendizaje en forma organizada y coherente. Dentro de este contexto, la naturaleza del monitoreo y la evaluación dependió más de las circunstancias o situaciones locales que de un modelo previamente determinado.

Para los facilitadores, este sistema de evaluación fue su mejor medio de capacitación. Ellos tenían los conceptos básicos de la implementación y de la evaluación y los modificaron para adaptarlos a las condiciones locales, incorporando lo mejor de sus decisiones y lo mejor de la sabiduría local. Fueron procesos de adaptación mutua entre facilitadores y participantes, en los cuales los métodos fueron modificados sobre la marcha para adaptarse a las necesidades de unos y otros. Estar correctos siempre no fue tan importante como mantener las acciones avanzando, mientras al mismo tiempo se evaluaban y analizaban los errores y se encontraban formas para manejarlos. Aceptar los errores es parte importante del aprendizaje y estimula la creatividad.

3. Manejo de la Información

El mayor volumen de información se generó a nivel de servicios de salud y a nivel de comunidades. Para el caso de los establecimientos de salud, el manejo de la información enfrentó muchas dificultades por la ausencia de una cultura de información en los servicios. Si bien existía un software general en el Ministerio de Salud, la producción de información para indicadores específicos de crecimiento y desarrollo era muy limitada, de baja calidad y no era utilizada para la toma de decisiones. El mejoramiento en la calidad de los datos, en forma uniforme entre los establecimientos de salud, fue muy lento por lo cual fue necesario seleccionar una muestra entre los establecimientos que mostraron una alta consistencia en los datos generados. A estos establecimientos se les llamó centros centinela.

El monitoreo de los indicadores se hizo trimestralmente, entre el 2002 y el 2004. Con los resultados se prepararon reportes que fueron presentados y analizados en reuniones con las autoridades del sector. La experiencia se tomó como base para la creación de un subsistema de información específico para los programas de atención a la madre y el niño, incluida la preparación de un software. La estrategia fue muy útil para el monitoreo, pero desafortunadamente el tiempo disponible en el programa no fue suficiente para la incorporación de este subsistema como parte de los servicios.

A nivel de comunidades se manejaron sistemas de información diseñados por los mismos agentes comunitarios, con el apoyo de las ONGs facilitadoras. La mayoría de estos sistemas sorprendieron por la creati-

vidad y la eficiencia en la recolección y el registro de la información. Los principales indicadores monitoreados incluyeron: controles prenatales, controles de crecimiento y desarrollo del niño, infecciones diarreicas y respiratorias, maltrato a la madre y al niño, estimulación del desarrollo, vacunación y otros.

Por el carácter de la información generada al interior de las comunidades, se consideró que ésta era propiedad de las comunidades, razón por lo cual no fue utilizada para la preparación de informes o reportes externos. La información era registrada en forma manual en cuadernos y presentada en cuadros de monitoreo en los centros de vigilancia para ser compartida y analizada por las autoridades, los padres de los niños y otros miembros de la comunidad, y constituyó un insumo importante para las ONGs facilitadoras, el personal de salud y el personal del programa. La información fue permanentemente utilizada por las mismas comunidades para la toma de decisiones y para el aprendizaje. La información era presentada periódicamente en las asambleas comunitarias y con frecuencia compartida con comunidades vecinas, estimulando así el interés de ellas por aprender.

La información generada a nivel nacional y departamental fue utilizada para la preparación de reportes mensuales y semestrales y constituyó la base para toma de decisiones, ajustes, y programaciones. Adicionalmente, se prepararon reportes semestrales de progreso para la agencia donante y reportes anuales para UNICEF. Numerosos testimonios e historias de vida fueron escritos y utilizados para abogacía a nivel nacional e internacional.

Evaluación de Resultados

Los resultados son entendidos aquí como una cadena de cambios en las condiciones de los niños y las madres y, más específicamente, en los factores que influyen el CDT. Un cambio implica entonces la satisfacción de sus necesidades y está ligado a una cadena de resultados inmediatos, de proceso y de impacto. Los resultados son a su vez las consecuencias de los procesos de implementación. En este sentido, puede decirse que los resultados dirigen los procesos y no lo contrario.

Todos los resultados de impacto y de proceso fueron evaluados a través de un estudio externo contratado por convocatoria. El universo del estudio estuvo conformado por todas las comunidades donde el programa trabajó por más de tres años. Las comunidades fueron arbitrariamente divididas en 221 conglomerados con un promedio de 15 niños menores de tres años en cada uno de ellos (150-160 en cada departamento) con el fin de asegurar una precisión con un intervalo de confianza del 95%. El cálculo muestral se hizo por el método bietápico, seleccionándose en una primera etapa 15 conglomerados y 5 adicionales por departamento, con excepción de Loreto donde se hizo un censo total. En una segunda etapa se fijó aleatoriamente una cuota mínima de 15 hogares con niños menores de tres años en cada conglomerado, con residencia en la comunidad por al menos tres meses consecutivos previos a la entrevista. Antes de iniciar el trabajo de campo se excluyeron 4 conglomerados de Cusco por inaccesibilidad geográfica debido al mal tiempo.

Se visitaron 2,850 hogares, de los cuales se seleccionaron 930 hogares que cumplían con los criterios de elegibilidad. Un total de 955 niños en-

tre 0 y 36 meses fueron evaluados, con una pérdida del 13.4%. Cusco y Cajamarca presentaron las mayores pérdidas por el rechazo a la toma de muestras de sangre. El 81% de los hogares reportó una permanencia en la comunidad por tres o más años. De total de niños de la muestra, el 11% correspondió a niños menores de 6 meses, 9.2% a niños de 6 a 9 meses, y el 79.8 % de niños entre 9 y 36 meses.

Dentro de cada conglomerado, el equipo de campo actualizó los croquis disponibles a nivel de manzanas y viviendas. Luego de enumerar las viviendas y seleccionar la vivienda de partida, se realizaron las entrevistas en una secuencia aleatoria hasta completar el conglomerado. Para la recolección de los datos se utilizaron dos encuestas, una general y otra abreviada, utilizando formularios que tenían las mismas características de los conglomerados. Para la determinación de hemoglobina y retinol sérico se tomaron muestras de sangre con Hemocues después de aplicadas las encuestas, con el fin de asegurar una adecuada preservación de las muestras. En Cajamarca se tuvo un alto porcentaje de rechazos para la toma de sangre y no fue posible ampliar el tamaño de la muestra debido a dificultades logísticas para conservar las muestras (disponibilidad de nitrógeno líquido) y problemas de accesibilidad geográfica. En Cusco hubo también rechazos pero se pudo ampliar la muestra de conglomerados. Para evaluar la deficiencia de yodo se utilizó el consumo de sal yodada, debido a que el grupo investigador no se comprometió a tomar muestras de orina por las dificultades que este procedimiento demandaba.

Una vez revisados los formularios, los datos recogidos fueron ingresados por digitación de un sólo paso a una base de datos en formato MDB, MS Access 1997, bajo control de integridad por definición de límites y

dependencias en la estructura de las tablas, y el control de secuencia de pantallas incluida en un segundo MDB, MS Access 2002. Se efectuaron además procedimientos de limpieza y revisión de consistencias mediante consultas (queries). Los datos de retinol sérico fueron ingresados en hojas XLS, MS Excel 2002, bajo protección de celdas y validación de datos, e importados a la base mediante enlaces de claves primarias. Para el análisis de los datos se hizo una exploración descriptiva y gráfica inicial, con el fin de identificar rangos y criterios de agrupación.

Indicadores de Resultados

Un total de 5 indicadores de impacto y 16 indicadores intermedios o de proceso fueron evaluados, a través del estudio final y corresponden a las metas programadas. Los indicadores de impacto fueron definidos de la siguiente manera:

1. Porcentaje de niños menores de 3 años que tienen desnutrición crónica. Se refiere a los niños que presentan baja talla para la edad. El punto de corte utilizado fue de menos dos desviaciones estándar.
2. Porcentaje de niños menores de 3 años que tienen desnutrición aguda. Se refiere a los niños que presentan bajo peso para la estatura. El punto de corte utilizado fue de menos dos desviaciones estándar.
3. Porcentaje de niños menores de 3 años que tienen anemia por deficiencia de hierro. Se refiere a los niños que tienen el nivel de hemoglobina sérica menor de 12 mg/dl.

4. Porcentaje de niños menores de 3 años que tienen deficiencia de vitamina A. Se refiere a los niños que presentan retinol sérico menor de 20 microgramos por decilitro.
5. Porcentaje de niños menores de 3 años que tienen deficiencia de yodo. Se refiere a los niños que presentan yodo en orina menor de 10 microgramos por decilitro.

Los indicadores de proceso fueron agrupados en 3 categorías: (i) fortalecimiento del conocimiento sobre los problemas de CDT; (2) mejoramiento de prácticas y comportamientos a nivel de la familia y (3) mejoramiento del acceso a servicios de salud. Los indicadores para cada grupo de resultados son los siguientes:

Grupo 1: Atención en salud

6. Número de madres y padres que participan en el monitoreo del crecimiento y desarrollo en establecimientos de salud. Se refiere a la participación en al menos 4 sesiones por año para los niños menores de un año y 3 sesiones para los niños entre dos y tres años.
7. Número de familias que reciben información en forma sistemática. Se refiere a las madres y padres que reciben información y mensajes educativos a través del componente de comunicación.
8. Número de madres que reciben consejería sobre prácticas de salud, nutrición, higiene y estimulación del desarrollo. Se refiere a la consejería en forma regular recibida a nivel del hogar o de la comunidad.

Grupo 2: Prácticas y comportamientos mejorados a nivel de la familia y la comunidad

9. Duración de la lactancia materna exclusiva. Se refiere al número de niños menores de 3 años que reciben lactancia materna sin la adición de otros líquidos o alimentos.
10. Porcentaje de niños menores de 6 meses que reciben lactancia materna exclusiva. Se refiere a los niños que reciben lactancia materna los primeros 6 meses sin adición de otros líquidos o alimentos.
11. Porcentaje de niños de 6-9 meses que reciben complementación alimentaria apropiada. Se refiere a los niños que reciben dos comidas al día con densidad y contenido nutricional adecuado para su edad.
12. Porcentaje de niños de 10-24 meses que reciben complementación alimentaria apropiada. Se refiere a los niños que reciben no menos de 5 comidas al día con densidad y contenido nutricional adecuado para la edad.
13. Porcentaje de niños menores de 3 años que reciben líquidos y sólidos con mas frecuencia durante y después de una infección. Se refiere a los niños que incrementaron el consumo de alimentos y líquidos en la última enfermedad.
14. Número de comunidades que desarrollaron acciones sostenidas para promover el crecimiento y desarrollo temprano. Se refiere a las comunidades que desarrollaron iniciativas para apoyar a la madre en forma regular.

Grupo 3: Cuidado mejorado de la salud y nutrición

15. Porcentaje de niños menores de 3 años que tienen acceso a servicios de salud. Se refiere a los niños que fueron atendidos en los servicios de salud y recibieron atención y consejería.
16. Porcentaje de niños menores de 3 años que recibieron atención de salud en forma apropiada. Se refiere a los niños que fueron evaluados y recibieron atención de salud y cuyas madres recibieron consejería.

Los indicadores de progreso agregados y evaluados en los establecimientos de salud fueron los siguientes:

17. Porcentaje de madres que fueron controladas tempranamente. Se refiere a las madres que recibieron atención antes de la semana 13 de gestación en los establecimientos de salud participantes.
18. Porcentaje de madres que completaron los controles prenatales. Se refiere a las madres que recibieron los controles completos en los establecimientos de salud participantes, de acuerdo con las normas establecidas.
19. Porcentaje de niños menores de 3 años que tuvieron los controles completos para la edad en establecimientos de salud de acuerdo con las normas establecidas.
20. Porcentaje de niños con bajo peso al nacer. Se refiere al porcentaje de niños que nacieron en los establecimientos de salud participantes y que pesaron menos de 2.500 gramos.
21. Promedio de peso al nacer. Se refiere a los intervalos de peso menores de 2.500 gr., 2.500-3000 gr; y mayores de 3000 gr; de niños que nacieron en los establecimientos de salud participantes.

Lecciones Prácticas

El monitoreo y la evaluación, como parte de los procesos de implementación, es un instrumento muy valioso porque ofrece a los trabajadores oportunidades para su desarrollo profesional y personal, le permite descubrir nuevas cosas por sus propios medios, crear y recrear su forma de trabajo y fortalecer sus valores. Sin embargo, para que esto sea posible se requieren, al menos, dos condiciones. La primera es que la información que se genere de los ciclos de aprendizaje sea útil desde el punto de vista práctico, esto es, que realmente sirva para evolucionar los cambios esperados, aunque esto signifique retroceder o volver a empezar un proceso. La segunda condición es entender que para aprender hay que asumir riesgos, aún cuando éstos involucren posibles equivocaciones. Mas que hablar de errores, las equivocaciones son oportunidades que hacen parte de la ciencia del saber.

La forma en que se conducen las evaluaciones para producir información que sea útil a los usuarios potenciales, explica la diferencia entre programas efectivos e inefectivos. El éxito de cualquier programa requiere que éste sea mejorado continuamente, por lo que es importante evaluar el progreso hacia el cambio sistemático. El uso de la información emerge en la interfase entre la ciencia y la acción, entre el saber y el hacer. En esta interface surgen preguntas acerca de la racionalidad humana, la toma de decisiones y el conocimiento aplicado, todo lo cual hace posible la creación de mejores condiciones para el CDT.

La evaluación involucra mucho más que la consecución de metas; ella da cuenta de la implementación de los procesos, la satisfacción de ne-

cesidades, la anticipación de secuencias y los impactos de largo plazo. Por esto, el factor personal de los evaluadores debe estar caracterizado por liderazgo, interés, entusiasmo, determinación, compromiso, estar acertado y sentir preocupación por las personas afectadas por los problemas.

Cuando se trabaja con procesos participativos, el diseño de la evaluación no puede ser completamente especificado mucho antes del trabajo de campo. El diseño se despliega como se despliega el trabajo. Se puede conocer solamente lo que se experimenta atendiendo las percepciones y significados de un estado de alerta conciente a las situaciones encontradas. Esto es especialmente importante cuando se trabaja con comunidades rurales andinas y amazónicas, caracterizadas por una enorme diversidad cultural. Esta diversidad hace que cada evaluación deba ser ajustada a cada situación particular.



13

LOS RESULTADOS

LOS RESULTADOS

Los resultados obtenidos en BI deben ser entendidos como el producto de un paquete global de lineamientos, intervenciones y metodología establecidos en el marco del programa y trabajados en forma integrada y armónica. Si bien el éxito del programa puede ser medido por el nivel al cual se lograron las metas de impacto y de proceso, existen otros logros importantes relacionados con el objetivo estratégico: (i) aprender, desde la realidad de la pobreza, cuáles son los factores que favorecen el crecimiento y desarrollo temprano; (ii) cuáles son los puntos más sensibles que deben tenerse en cuenta acerca de cómo abordar los problemas para obtener un impacto en la satisfacción de los derechos de los niños y sus madres; y (iii) que hagan la diferencia en su calidad de vida y que tengan efectos de largo plazo.

Cobertura de Participantes

La cobertura de participantes no se definió de manera precisa en el marco del programa por no tener referencias de experiencias anteriores. Por otra parte, por la naturaleza participativa del programa, se contemplaron participantes directos, esto es, niños menores de 3 años y madres gestantes y participantes indirectos, esto es, todas aquellas personas, grupos e instituciones que participaron de los beneficios como por ejemplo mujeres en edad fértil, niños pre-escolares, Organizaciones públicas y privadas, etc.

En el cuadro 1 se puede observar la evolución de las coberturas de madres y niños durante el período de ejecución. En el 2004, se sustituyó el departamento de Cajamarca por Ayacucho debido a cambios en la zona de intervención de UNICEF Perú. La expansión de la cobertura fue consistentemente progresiva y se dio por demanda espontánea (por demanda), tendencia que se mantuvo en el 2006 como lo muestran los datos del primer semestre incluidos en el cuadro. Esta tendencia expansionista estuvo influenciada por los resultados de progreso y por la motivación transferida entre servicios y comunidades.

Cuadro 1: Evolución de la cobertura de participantes en el período 2000-2006

	AÑO DE INTERVENCION						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
PROVINCIAS	10	16	18	19	24	22	22
DISTRITOS	17	64	82	109	148	170	170
E. DE SALUD	36	137	199	290	491	449	320
COMUNIDADES	120	95	162	167	211	207	207
GESTANTES	2.159	11.416	15.176	20.000	28.854	13.183	17.218
NIÑOS	13.706	24.867	31.292	46.000	58.024	34.300	39.295

Fuente: Informe Final de utilización de fondos de USAID, UNICEF, 2006
En el 2004 se reemplazó Cajamarca por el departamento de Ayacucho
Los datos del 2006 corresponden al primer semestre

Resultados de Impacto

Los Cuadros del 2 al 4 presentan el nivel de impacto y de reducción de las prevalencias para la desnutrición crónica, la anemia por deficiencia

de hierro y la deficiencia de vitamina A. En general, puede observarse que la meta de reducción del 20% programada fue superada en casi todos los casos y que los resultados son bastante coherentes con la situación trabajada. El cuadro 2 muestra los resultados de impacto en la reducción de la desnutrición crónica. Aunque Loreto no alcanzó la meta por muy pocos puntos, el nivel de reducción en los 4 departamentos puede considerar muy exitoso. El promedio de reducción de la prevalencia en los cuatro departamentos fue de 4.3% por año.

La mayor reducción presentada en Apurímac es coherente con la fuerte presencia y el apoyo consistente de la ONG Kusiwarma y Solaris Perú en la vigilancia comunitaria.

Cuadro 2. Impacto en la prevalencia de desnutrición crónica

Departamento	2000 %	2004 %	Reducción en puntos porcentuales	Porcentaje de reducción
Cusco	66.1	49.5	16.6	25.1
Cajamarca	49.2	37.5	11.7	23.8
Apurímac	55.2	38.5	16.7	30.3
Loreto	30.0	24.2	5.8	19.3
TOTAL	54.1	36.9	17.2	31.8

El cuadro 3 presenta el impacto en la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro. La reducción anual es de 5.9% por año. Los contrastes en el nivel de reducción son muy claros .En Cajamarca y Loreto, hay un mayor consumo de carne. Cajamarca es una zona ganadera mientras que en Loreto hay disponibilidad de pescado y de animales de

caza. En los dos casos, el consumo de estos alimentos fue redireccionado hacia los niños. Adicionalmente, a diferencia de los otros departamentos, en Loreto se hizo la suplementación de hierro en forma más consistente con el apoyo de las comunidades y de la Parroquia Santa Rita de Casia. En el caso de los otros dos departamentos donde no se alcanzó la meta, se mejoró el consumo de carne pero este recurso es limitado para satisfacer las necesidades.

Cuadro 3. Impacto en la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro

Departamento	2000 %	2004 %	Reducción en puntos porcentuales	Porcentaje de reducción
Cusco	85.6	72.4	13.2	15.4
Cajamarca	88.3	50.7	37.6	42.6
Apurímac	75.1	62.0	13.1	17.4
Loreto	55.1	24.1	31.0	56.3
TOTAL	76.0	52.3	23.7	31.2

En los 4 departamentos la prevalencia de parasitosis es muy alta por las precarias condiciones sanitarias. Llama, sin embargo, la atención que Loreto presenta las prevalencias mas bajas de desnutrición y anemia, a pesar de que el clima exacerba aún mas la parasitosis. Esto equivaldría a decir que en la relación sinérgica desnutrición-infección, la buena nutrición tiene un mayor peso. Una situación similar se encontró en el programa Wawa Wasi en Abancay donde el énfasis estaba concentrado en prevenir infecciones. Cuando se evaluó el estado nutricional de los niños, se encontró que las prevalencias de desnutrición crónica y anemia no guardaban mucha relación con la prevalencia de infecciones, la

cual era cercana a cero. Esto podría significar que cuando los recursos son limitados para atender todos los factores de riesgo con la misma intensidad, mejorar o proteger el estado nutricional puede ser más costoso-efectivo que invertir en sistemas de agua y alcantarillado.

El cuadro 4 presenta la situación de impacto en la deficiencia de vitamina A, donde se alcanzaron los resultados más altos, con una reducción porcentual promedio de 6.3% anual. Esta es una muestra más de que la suplementación si es adecuadamente implementada tiene altos beneficios.

Cuadro 4. Impacto en la prevalencia de deficiencia de vitamina A

Departamento	2000 %	2004 %	Reducción en puntos porcentuales	Porcentaje de reducción
Cusco	33.0	6.2	26.8	81.2
Cajamarca	29.9	4.5	25.4	84.9
Apurímac	29.6	2.4	27.2	91.9
Loreto	28.6	8.0	20.6	72.0
TOTAL	30.4	5.3	25.1	82.6

En cuanto al impacto en la deficiencia de yodo, éste no pudo ser medido por no haber sido incluido en el estudio de resultados. La razón es que el equipo investigador consideró que la toma de muestras de orina en bebés, requería de una logística difícil de manejar en las condiciones rurales andinas. En su defecto se utilizó el indicador de consumo de sal yodada, a través de visitas a los hogares, para tener una idea aproximada de la situación. La evaluación mostró que en las zonas de Loreto

el 31.4% de los hogares no consumía sal yodada, en comparación con los otros tres departamentos cuyos valores oscilaron entre 6 y 11%. Una de las explicaciones es que en la selva se utiliza la sal sin yodar para conservar el pescado, por la creencia de que el yodo le cambia el sabor a la carne. Al comparar estos datos con los datos de MINSA, podría asumirse que hubo una reducción importante de hogares que no consumían sal yodada, al bajar de 65% en el 2000 a 31% en el 2004. Los registros de MINSA indican que el consumo de sal yodada en Loreto ha sido históricamente bajo.

Resultados de Proceso

Los resultados intermedios corresponden al impacto en las prácticas de crecimiento y desarrollo, aunque no se programaron metas cuantitativas. Los indicadores contemplados fueron incluidos en la línea de base, pero hubo problemas de orden técnico en la recolección de la información. Es por esta razón que el análisis de los resultados se hizo tomando como referencia el estudio cualitativo de prácticas y comportamientos a nivel de la familia y la comunidad, ya mencionado anteriormente. La evaluación cualitativa de las prácticas a través del monitoreo longitudinal, hecho por observación directa en el hogar, permite concluir con cierta confianza que se produjeron cambios importantes en todas las prácticas trabajadas, particularmente en aquellas comunidades que participaron en todas las intervenciones por períodos de más de dos años.

Vale la pena mencionar que, posiblemente, un estudio cualitativo final hubiera sido más apropiado para evaluar los cambios, pero desafortuna-

damente las condiciones requeridas no se dieron. Hacer estos estudios en las condiciones de ruralidad andina y amazónica no es realmente fácil. También hubiera sido apropiado evaluar los cambios con distintos períodos de participación de las comunidades en las intervenciones. La muestra seleccionada en el estudio final incluyó algunas comunidades que tenían un tiempo de participación muy corto, hecho que pudo haber sesgado algunos de los resultados que aquí se registran. La importancia de estos comentarios está asociada con la necesidad de dar mayor atención a la investigación en estos temas.

Lactancia materna exclusiva

El estudio muestra que el 71.7% de los niños menores de 6 meses recibió lactancia materna exclusiva, definida ésta como el suministro de leche materna sin la adición de otros líquidos o preparaciones. En el 92.6% de los casos, los niños reciben más de 8 lactadas al día. En relación con la duración, los porcentajes de niños que recibieron lactancia materna exclusiva por los 6 primeros meses son: Loreto 73%, Apurímac 72.%, Cusco 70% y Cajamarca 66.7%.

En el estudio de prácticas, la mayoría de los niños recibían lactancia materna pero desde muy temprano empezaban a tomar té y mates de hierbas, práctica que era muy extendida en las comunidades andinas. La duración encontrada oscilaba entre los 3-4 meses en el mejor de los casos. En Loreto se encontró que la lactancia materna tenía un gran apoyo por parte de los padres, pero a pesar de esto la duración apenas llegaba a los 2 o 3 meses cuando se introducían preparados de plátano. Quizás los datos de esta práctica contrastan con los de otros estudios

o evaluaciones, los cuales muestran una práctica más extendida y una duración mas prolongada. En el estudio de prácticas al igual que en la experiencia de vigilancia comunitaria, BI pudo observar que se necesitan varios contactos interactivos con la madre para entender con mayor certeza las características de esta práctica.

Lactancia materna continuada

En el momento de la entrevista, el 52% de las madres de niños entre 6 y 36 meses se encontraba amamantando. El mayor porcentaje se presentó en Cajamarca con 61.1%, seguido por Apurímac con 55.5%, Cusco con 50.9% y Loreto con 45.5%. La duración de la lactancia continuada se extiende más allá de los 24 meses aunque, como es esperado, la proporción va decreciendo con la edad : de 96.5% entre los 6 y los 12 meses descendió a 65.6% entre 12 y 24 meses y 13% entre 24 y 36 meses.

El estudio de referencia muestra que poner el niño al pecho es una forma de mantenerlo tranquilo, independientemente de si el niño recibe o no leche. Esta práctica se debe en parte a que el niño permanece con la madre todo el día, tiene muchas responsabilidades que cumplir y muy poco tiempo disponible para ocuparse del cuidado del niño. En repetidas ocasiones se pudo observar que cuando por razones del oficio de la madre el niño era puesto a un lado, era frecuente que el niño llorara y que la madre reaccionara automáticamente poniéndolo al pecho. Si ella no lo hacía y el padre estaba presente, la orden era muy clara para ponerlo al pecho. La observación recurrente de esta práctica hace presumir que si la exclusividad es corta, la producción y el flujo de leche empiezan a reducirse a partir de los 3 meses, por consumo de otros

líquidos más bien que por razones de demanda del niño. Es importante que la investigación se ocupe de este tema dada su trascendencia en condiciones de pobreza.

Alimentación complementaria en niños de 6 a 9 meses

De acuerdo con el estudio del 2004, el 80% de los niños entre los 6 y 9 meses de edad recibía las comidas diarias recomendadas (2-3), además de la leche materna. La cantidad, la consistencia y la calidad de las preparaciones fueron evaluadas por la nutricionista de campo como siendo adecuadas en cantidad, densidad y contenido para la edad del niño. El 67% de las comidas eran consumidas por el niño en su totalidad. En la situación inicial, las preparaciones más comunes para este grupo de edad fueron los caldos con baja densidad calórica. El consumo es con frecuencia bajo por la falta de tiempo de la madre para ayudarlo al niño a comer y establecer una relación interactiva que le permita conocer e interpretar las reacciones del niño.

Alimentación complementaria en niños de 9 a 24 meses

En el grupo de edad de 9 a 24 meses el 39% de los niños recibe de 4 a 5 comidas al día con preparaciones adecuadas y alimentos variados. Aunque estos porcentajes son todavía bajos, el número de comidas se incrementó de acuerdo con lo observado en el estudio de prácticas donde se encontró que todos los niños consumían generalmente 2 comidas al día como lo hacían los adultos. Cabe señalar que, en relación con la composición de las comidas, uno de los mayores cambios observados es la incorporación de alimento de animal con una frecuencia de

5-7 veces por semana. Antes de Buen Inicio, el consumo de carnes era mensual y en el mejor de los casos cada quince días.

Debido a las dificultades que presenta la evaluación de la complementación alimentaria a través de este tipo de estudios, se tomó una submuestra de 202 casos donde se aplicó una encuesta de consumo por recordatorio de 24 horas. Se evaluó específicamente el consumo de calorías y proteínas y la adecuación calórica proveniente de proteínas y grasas de las comidas recibidas por el niño. Este cálculo no incluyó la ingesta de calorías y proteínas suministradas por la leche materna, la cual se estima que proporciona entre el 40 y 50% de los requerimientos de energía en los niños menores de un año y de 30 a 35% en el grupo de 12 a 24 meses de edad. Con base en este estimativo, para el análisis de los datos se consideró arbitrariamente como ingesta adecuada de calorías y proteínas aquella que llenaba el 50% o más de los requerimientos para el grupo de menores de un año, y el 75% o más para el grupo de 12 a 24 meses.

Los resultados indican que el 45% de los niños recibió el 75% o más de las recomendaciones de calorías para la edad y el 78.5% de las recomendaciones de proteínas. La adecuación calórica proveniente de las proteínas fue la recomendada para la edad en el 41.5% de los niños, mientras que la adecuación calórica proveniente de las grasas fue más baja de la recomendada en casi todos los casos. El departamento de Loreto presenta las mejores adecuaciones tanto para proteínas como para grasas, en contraste con Cajamarca. La baja adecuación de las grasas es un hecho que se repite frecuentemente en poblaciones que viven en pobreza.

Consumo de sólidos y líquidos durante y después de infecciones

Cuando se pregunta por el consumo de sólidos en la última enfermedad infecciosa (últimos 15 días), entre el 20% y el 37% de los niños mantiene el mismo consumo de alimentos sólidos, entre el 57 y el 77% los reduce, y entre el 2 y 8% los incrementa. Después de la enfermedad, el 34% de las madres reporta haber incrementado el consumo de sólidos. Aunque esta práctica es difícil de manejar por la reducción del apetito durante una infección, hay necesidad de insistir en un mayor fraccionamiento de las comidas.

El consumo de líquidos durante una infección se incrementa en el 45% de los casos, mientras que en un 23% los reduce. Los departamentos de Loreto y Apurímac son los que reportan un incremento mayor en el consumo de líquidos con 64% y 57% respectivamente.

Participación del padre

El estudio reporta que en promedio el 61% de los padres acompañó alguna vez a la madre al establecimiento de salud y estuvo presente durante el control. En el 12% de los casos el padre participó en la mayoría de los controles, porcentaje que se incrementa al 19% cuando el niño es menor de 6 meses. Si bien estos porcentajes son todavía muy bajos, la participación del padre no existía antes del programa.

Apoyo recibido por las comunidades

Para efectos de interpretación de los resultados de este indicador, cabe mencionar que la vigilancia comunitaria no existía en ninguna de las zonas

estudiadas. El 79% de las madres reportan recibir información y apoyo en temas de crecimiento y desarrollo, en forma sistemática. Este porcentaje se incrementa a 94% en Apurímac, en contraste con Cusco donde se encuentra el menor porcentaje (68%). El apoyo fue recibido por parte de los promotores de salud, las enfermeras y las ONGs. Los promotores de salud y otros agentes comunitarios reconocen el apoyo que ahora reciben del personal de salud en comparación con épocas anteriores.

Estimulación del desarrollo

El 98.5% de los niños encuestados reciben estimulación del desarrollo en sus hogares, en forma diaria en más de la mitad de los casos. Al menos tres áreas del desarrollo son estimuladas entre 5 y 7 días a la semana en todos los departamentos, con excepción de Cusco donde se practica 2-3 por semana. La participación del padre en actividades de estimulación es de 83% en Apurímac, 68% en Cajamarca, 55% en Cusco y 48% en Loreto. Esta participación se incrementa después de los 12 meses de edad del niño porque el padre se siente más cómodo. El 29% de los niños asisten periódicamente a las sesiones de estimulación realizadas en el centro de vigilancia de su comunidad.

Desarrollo psico-social

Desafortunadamente, el impacto en el desarrollo psico-social del niño no pudo ser evaluado formalmente por no disponer en aquel momento de instrumentos relativamente fáciles de aplicar en la complejidad de las realidades rurales. Algunos expertos en desarrollo opinan que la mejor evaluación que se puede hacer en este grupo de edad es aquella

que se realiza en el contexto donde el niño vive para poder observar los comportamientos y sus relaciones con el ambiente y las respuestas en distintos momentos del día y de la noche. Estos estudios son muy costosos y difíciles de llevar en contextos rurales. Otros investigadores sugieren utilizar indicadores indirectos lo cual facilita enormemente el desarrollo de la evaluación. En la actualidad el país cuenta con una experiencia desarrollada en los últimos años la cual podría ser aplicada en programas similares a BI.

Ante la ausencia de una evaluación formal, se menciona alguna información cualitativa obtenida por observación y diálogos participativos con padres y profesoras de instituciones pre-escolares, como parte del monitoreo de las intervenciones. Al preguntar a los padres sobre cambios observados en el niños, tomando como referencia de comparación sus niños mayores u otros niños conocidos y no participantes en BI, las respuestas mas comunes incluyeron: mayor capacidad para aprender cosas, hacer preguntas, manipular objetos y materiales, hacer actividades físicas, comunicarse y socializarse; mayor seguridad emocional manifestada por menos timidez, menos llanto e irritabilidad y mayores muestras de alegría y disfrute del juego.

Otras preguntas fueron hechas a las profesoras de los centros de educación pre-escolar a donde ingresaron niños de BI, desde los 2. La explicación de los padres a este ingreso temprano era que a esta edad los niños demandaban mayores retos de aprendizaje, estimulación y sociabilidad que no podían ser satisfechos a nivel del hogar. Según las profesoras consultadas en algunas de estas instituciones, los niños BI mostraban un mayor interés en aprender, mayor rendimiento y mayor

adaptación, como comparado con los demás niños mayores de 3 años que asistían a la institución

Expresiones como las anteriores fueron reiteradamente oídas en los diferentes ambientes que rodeaban al niño. En verdad, fue la visibilidad de los impactos en la estatura y el desarrollo de los niños la que en muchas ocasiones estimuló la expansión del programa. Siempre fue notorio observar el orgullo de los padres al hablar de los cambios que veían en sus niños y la forma cómo irradiaban motivación y aprecio por los resultados.

Cobertura de inmunizaciones

La cobertura de inmunizaciones se evaluó en una submuestra de 211 niños. Los niños de 12 a 36 meses son los que mayor protección contra polio tienen en contraste con el grupo de 6 a 9 meses donde sólo el 57% recibe la vacuna. Llama la atención la baja cobertura de DPT en todas las edades. En los niños menores de 6 meses, el 44% están protegidos mientras que los niños mayores no recibieron las 3 dosis recomendadas. Cabe precisar que el MINSA reporta para el año 2000 coberturas entre 88 y 92% en las mismas zonas y para el 2003 entre 70 y 94%. La cobertura de sarampión es una de las más altas observadas con 83.4%, aunque en el grupo de 12 a 36 meses es del 70%. La cobertura de hepatitis B es del 46.9% y de fiebre amarilla del 57%, porcentaje que sube a 74.2% en Loreto. No se evidenció protección contra hemófilus B en ninguno de los departamentos, probablemente por desabastecimiento de la vacuna a nivel nacional.

Control de crecimiento y desarrollo

La casi totalidad de los niños encuestados (94%) acude a los controles de crecimiento y desarrollo en los establecimientos de salud, aunque el porcentaje de niños que cumplieron con el protocolo de controles establecido por el MINSA fue decreciendo con la edad así: el 65% de menores de 6 meses, 52% de niños de 6-12 meses y 42% de 24-36 meses de edad. Los controles recomendados por el MINSA eran en ese periodo 7 durante el primer año, 4 durante el segundo y 3 en el tercer año de vida. El departamento de Apurímac presenta el mayor porcentaje de niños (79%) que completan o superan los controles recomendados. Por otra parte, el porcentaje de niños que completan los controles se duplica en las comunidades más cercanas al establecimientos de salud en relación con las más alejadas. No todos los niños que fueron evaluados participaban de las otras intervenciones de Buen Inicio.

Al comparar estos resultados con las coberturas del año 2000 reportadas por el MINSA, puede verse que hubo un mejoramiento notorio de esta práctica. En este año, sólo el 40% de los niños menores de un año asistía a los controles, aunque no se tienen datos sobre el número de controles. En este año, la política del MINSA daba toda la prioridad solamente a los niños menores de 1 año por lo que la asistencia de los niños de 1-3 años era mínima.

El 55.4% de las madres reporta que los controles fueron realizados por una enfermera, porcentaje que se incrementa a 60% en Cajamarca, 70% en Cusco y 71% en Apurímac. Los técnicos de salud realizan los controles en el resto de los casos. Loreto presenta una situación diferente pues

los controles son realizados en un 63% por el promotor de salud de la Parroquia Santa Rita de Casia. Sólo el 29% de los niños asiste al establecimiento de salud por razones de acceso y de calidad de la atención.

Resultados de Progreso

Esta evaluación tiene como fuente los registros de los servicios de salud y corresponde a indicadores de progreso realizada en una muestra de 17 establecimientos de salud. Además de conocer el progreso, la evaluación tuvo el propósito de capacitar al personal de salud en el manejo de indicadores relevantes que pudieran ser incorporados en el sistema regular de información de las DISAs. En el comienzo el proceso la muestra fue más grande pero tuvo que ser reducida por interferencias producidas por la constante rotación de personal capacitado.

La evaluación corresponde al período 2002 - 2004, y fue hecha en una muestra de los establecimientos que mostraron un mejoramiento más consistente y regular en la toma y el registro de los datos. Aunque el proyecto se inició en 1999, fue solo a partir del 2002 que empezó a mejorarse la calidad de la información recolectada. Esto indica que al no tener información previa no se conoce la magnitud del cambio generado en los indicadores evaluados. Para el procesamiento de los datos se diseñó un Software que sirvió de complemento al SPSS utilizado por el sistema de información existente.

Se aclara que no todas las madres gestantes y los niños atendidos en los establecimientos de salud fueron expuestos a las intervenciones de

vigilancia comunitaria, excepto el programa radial que tuvo una cobertura muy amplia en cada departamento. Para el caso de Loreto, la información corresponde a la zona periurbana de Iquitos donde no hubo trabajo de vigilancia comunitaria.

Control prenatal

El primer indicador utilizado fue inicio del control prenatal antes de las 13 semanas de gestación (primer trimestre). El mayor porcentaje de incremento se produjo en Cusco al pasar del 31% en el 2002 al 44% en el 2005. El menor incremento se presentó en Loreto, de 31% a 37%, por las razones anotadas anteriormente.

La recomendación del MINSA establece como mínimo 6 controles prenatales, este fue el segundo indicador utilizado. Entre el 2002 al 2004 el porcentaje se incrementó de 78% a 83% en Cajamarca y de 67% a 75% en Apurímac. En Cusco entre el 2003 y 2004, la cifra se incrementó de 73% a 82%. El avance en este indicador es importante no solo por el incremento del porcentaje sino también en términos de la distribución de los controles a lo largo del embarazo. Los registros anteriores al 2002 muestran que las madres que completaban los controles lo hacían sin ninguna programación, es decir, todos los controles podían concentrarse en las últimas semanas de embarazo.

Bajo peso al nacer

El punto de corte utilizado para el peso al nacer es menos de 2,500 gramos. Ante la inexistencia de información en el país, se menciona

como referencia la prevalencia de 11% estimada por OMS/UNICEF en el 2004. La mayor reducción se presentó en Apurímac. El logro alcanzado en este indicador es muy importante y tiene mucha relación con los mejoramientos alcanzados en los dos indicadores anteriores, cantidad y calidad del control prenatal y con la vigilancia comunitaria. Se prevé que la prevalencia ya no bajará más, al menos para el caso de Cusco, donde en el primer trimestre del 2006 se encontraba en cero.

Cuadro 5. Porcentaje de reducción del bajo peso al nacer, 2001-2005

Departamento	2001	2005	Reducción en puntos porcentuales	Porcentaje de reducción
Cusco	10.5	2.4	8.1	77.0
Apurímac*	11.2	4.7	6.5	58.0
Loreto	10.0	3.5	6.5	65.0

*Dato de referencia basado en las estimaciones de OMS/UNICEF

Promedio de peso al nacer

Asociado con el anterior, este indicador mostró que no solamente se redujo el porcentaje de niños que nacieron con menos de 2.500 gramos sino que también se incrementaron los intervalos de peso a partir de 2.500 hasta más de 3.000 gramos. En el rango de más de 3,500 gramos hay cerca de un 25% de niños con este peso.

Desnutrición crónica

Este indicador fue calculado sobre la base de los niños que completaron todos los controles de crecimiento y desarrollo recomendados por

MINSA: 7 durante el primer año, 4 durante el segundo y 3 en el tercer año. El punto de corte utilizado es menos 2 desviaciones estándar. En el departamento de Apurímac la reducción de la prevalencia durante el periodo 2002-2005 fue la mayor, tanto para el grupo de niños menores de 12 meses como para el grupo de 12-24 meses, 48.8% (15.1 puntos) y 37.7 % (24.3 puntos) respectivamente. En Cusco, la reducción fue de 24.0% (9 puntos) para el grupo de niños menores de 1 año y de 23.0% (18.8 puntos) para el grupo 12-24 meses de edad.

Otros Resultados

Otros resultados considerados importantes son referidos a: (i) desarrollo de capacidad y compromiso; (ii) fortalecimiento de las instituciones; y (iii) fortalecimiento de políticas de salud y nutrición.

1. Desarrollo de capacidad y compromiso

El fuerte énfasis que se le dio a la capacitación participativa para el empoderamiento de la gente, representa un legado importante para los servicios de salud, ONGs y comunidades participantes. Buena parte del personal y de los actores locales emergieron como líderes naturales durante el desarrollo del programa y fueron reconocidos por su capacidad innovativa para facilitar cambios y para promover diálogos, alianzas y discusiones que fueron y siguen siendo vitales para la promoción del CDT. Puesto que el trascender del aprendizaje va mas allá de conocer y comprender a través de la experiencia, se asume que la capacidad, el compromiso y los valores fortalecidos en las personas involucradas

en el programa, continuarán expresándose en la vida cotidiana de su trabajo, independientemente del lugar donde ellas se encuentren. Los múltiples testimonios recogidos a posteriori indican que en buena medida esto ha sido así.

Los nuevos paquetes de monitoreo del crecimiento y desarrollo, los nuevos equipos de antropometría, los protocolos técnicos mejorados, y el fortalecimiento de mecanismos, procedimientos y herramientas técnicas, son algunos de los logros que complementan el fortalecimiento de la capacidad del recurso humano en las instancias de salud y que sirven de referencia para su incorporación a otros lugares. En la actualidad los nuevos equipos se utilizan en la mayoría de los programas de nutrición y la tecnología empieza a ser exportada a otros países como Colombia. La nutricionista antropometrista del programa, es hoy un referente técnico para el país y tiene una gran demanda de instituciones de gobierno y de organizaciones no-gubernamentales, para capacitar y asesorar los profesionales responsables, y para evaluar y controlar la calidad técnica de la producción. Lo mismo sucede con todos los demás profesionales que trabajaron en el programa, quienes se encuentran hoy vinculados a programas nacionales de nutrición, tanto públicos como privados, con la misión de expandir el aprendizaje logrado.

2. Fortalecimiento de las instituciones

Como dice Estanislao Zuleta (Du Bois, 2004), la desigualdad económica y social no es simplemente una diferencia cuantitativa de bienes y posibilidades, sino que termina creando relaciones de dependencia y de dominación de los que tienen sobre los que no tienen y reduciendo

a estos últimos al aislamiento social sin otras posibilidades mas allá de sobrevivir a la desesperanza. Esto fue lo que BI encontró en un comienzo y puede decirse, con cierta aproximación, que el trabajo comunitario llevó a la gente un sentido de esperanza, manifestada en el aprendizaje de que el ayudarse a sí mismos y trabajar para el bien de otros, tiene impactos importantes en el fortalecimiento de su identidad y de las habilidades que son necesarias para apoyarse mutuamente.

Uno de los resultados del empoderamiento de las comunidades, fue la formación de grupos para la reflexión que llevaron a su gente a asumir responsabilidades en relación con las madres y los niños y un compromiso de continuar progresando por ellos y para ellos. Transformar la vida de las comunidades a través de los niños tuvo grandes efectos en las relaciones familiares de los adultos con los niños y del padre con la madre. Cambiar la forma en que se cuida y se trata a los niños ha probado ser la estrategia más poderosa y fructífera en el largo plazo. Los adultos que son violentos e intolerantes son a menudo aquellos que sufrieron violencia y maltrato cuando eran niños indefensos, aquellos para quienes la oportunidad de desarrollar su potencial les fue efímera.

A nivel de las ONGs, se logró institucionalizar los procesos participativos, con diferencias de organización a organización. A nivel de los servicios de salud, se lograron cambios en los ambientes de trabajo en apoyo al personal. Estos cambios fueron estimulados desde adentro, por los resultados de progreso y por el mejoramiento de los comportamientos y actitudes del personal para trabajar con otros y para permitir la participación de las madres en los procesos de monitoreo del crecimiento y desarrollo.

3. Fortalecimiento de políticas públicas

Los efectos de la experiencia han trascendido a las políticas a todos los niveles del Sector Salud y en otros sectores públicos y privados. Buen Inicio fue considerado como parte de la evidencia nacional para la formulación de la Estrategia Nacional CRECER. Esta demostró que era posible reducir la desnutrición crónica en contextos rurales y de pobreza. Así CRECER consideró: (i) reducción en 9% de la desnutrición crónica, como principal meta de la estrategia; incorporación del monitoreo y la vigilancia del crecimiento y desarrollo temprano, con participación de la comunidad (ii) reforma de la norma técnica del control de crecimiento y desarrollo del Ministerio de Salud; (iii) políticas de nutrición como prioridad dentro de las políticas sociales, a nivel de algunos gobiernos regionales.

A nivel del sector privado, empresas tales como Profuturo, CLARO, y Lan Perú han aportado fondos para fortalecer la expansión en otras zonas marginadas, con el apoyo de UNICEF. Organizaciones como Kusi Warma y Visión Mundial-Ricchary Ayllu, continúan trabajando la vigilancia comunitaria articulada a los servicios de salud, con logros muy importantes.

Otros logros que son testimonio de la sostenibilidad de la experiencia, pueden observarse en varias localidades. En el distrito de Huanipaca (Apurímac), se destaca que la desnutrición crónica ha continuado su descenso. Al lado de la desnutrición, hay un monitoreo sistemático de 6 indicadores entre los cuales se encuentran el bajo peso al nacer y las infecciones diarreicas y respiratorias agudas, cuyas prevalencias son menores al 1%. La creación de una casa de espera y de 3 puestos de

salud localizados en las comunidades más distantes, son parte del progreso en el acceso a la atención de las madres y niños. Estos logros se deben a la capacidad dejada y al esfuerzo del establecimiento de salud. El apoyo de la ONG fue descontinuado por problemas económicos.

Otra zona de Apurímac que ha mantenido el trabajo y los resultados es Andahuaylas, donde la ONG Kusiwarma sigue liderando el apoyo a las comunidades y la articulación con los establecimientos de salud. Aquí existe el apoyo del alcalde de la municipalidad, quien ha incorporado el CDT como una de sus políticas sociales. Actualmente la microrred de salud tienen un rol importante en la extensión y continuidad de esta experiencia. El trabajo en este departamento se ha extendido a la provincia de Chincheros con el apoyo de UNICEF. No se visualizan todavía resultados por dificultades en el progreso de la vigilancia comunitaria.

En Cusco, la localidad de Lamay continúa trabajando con la misma intensidad y ha diversificado las estrategias de vigilancia con el apoyo sostenido de la ONG Visión Mundial. Una de las nuevas estrategias es el desarrollo de proyectos productivos para incrementar el ingreso de las familias en apoyo a las madres y niños. En Loreto BI contribuyó en la estrategia de la Dirección Regional de Salud y está trabajando en los barrios más pobres de Iquitos donde hay una población muy alta de gestantes adolescentes. En la zona rural de Santa Rita de Casia, la Parroquia ha mantenido el desarrollo de las intervenciones, a pesar de las dificultades en el acceso a las comunidades y de las limitaciones económicas. Para compensar los esfuerzos, UNICEF ha retomado el apoyo técnico y financiero en este departamento.

Familia de la comunidad de Cusco, Igidio Suttaraura Tillca y Antonia Tillca Pillco, con sus hijos gemelos Abdías y Abraham, de la la comunidad de Hanaq Chuquibamba en Cusco. Ellos participaron en Buen Inicio desde que la madre estaba embarazada hasta sus tres años. Actualmente están en la escuela, sanos, seguros y con un buen rendimiento.



»Gemelos recién nacidos



Gemelos a los 5 años



14

REFLEXIONES E
IMPLICACIONES FINALES

REFLEXIONES E IMPLICACIONES FINALES

Aunque en los últimos años ha habido un mayor consenso sobre la importancia de priorizar el crecimiento y desarrollo temprano dentro de las políticas sociales, aún persiste el reto de hacer de este tema un atributo tangible, una necesidad sentida, un reconocimiento sincero de que las intrincadas relaciones entre la pobreza, la infancia temprana y el desarrollo humano tienen efectos duraderos y consecuencias dolorosas. Como expresa Nathanielsz, “una onza de prevención vale una libra de tratamiento. En la vida siempre pagamos ahora o más tarde.”

En el corto plazo, el punto más sensible de la situación es, quizás, la necesidad de hacer más y mejores progresos en el alcance de las Metas de Desarrollo del Milenio, un compromiso adquirido por todos los gobiernos para el 2015. Buena parte de estas metas están concentradas en la reducción de la pobreza y los problemas que afectan a las madres y niños, problemas estrechamente asociados con el crecimiento y desarrollo temprano. Un programa de nutrición y desarrollo infantil, fundamentado en el aprendizaje de BI, es un buen acierto para lograr avanzar en el logro de estas metas y de otros efectos de más largo plazo.

En Perú, como en otros países, los esfuerzos para mejorar la salud y la nutrición de la madre y el niño, han tenido resultados importantes pero con pocos beneficios para las poblaciones rurales. Larga historia de inversiones sociales para tratar de reducir la desnutrición crónica, a través de programas de nutrición y alimentación, no ha logrado cambiar la situa-

ción. Como ejemplo, entre los años 1997 y el 2000, se invirtieron en Perú alrededor de US\$1,0000 millones en programas alimentarios tales como Vaso de Leche, Desayunos escolares, Complementación alimentaria y los del PRONAA, dirigidos a gestantes y niños menores de 5 años. En el año 2001 se hizo una nueva reforma la cual reordenó estos programas a nivel de los ministerios con el fin de fusionarlos y reducir el gasto. Entre el 2001 y el 2003, el gasto fue alrededor de US\$685 millones, no se concretó la fusión de los programas y los problemas de ineficiencia continuaron al igual que la estabilidad de las tasas de desnutrición (Freund, 2004). Entre los problemas que fueron comunes a las reformas figuran los altos gastos administrativos, la baja capacidad de gestión y problemas de focalización de beneficiarios que llevaban a la superposición de beneficiarios.

Probablemente la situación no es muy diferente en otros países. Los programas de transferencias monetarias a familias pobres, condicionada a un mayor gasto familiar en nutrición, salud y educación han sido muy debatidos en Perú, Colombia, México y Brasil. Una de las razones es la incertidumbre acerca de la sostenibilidad en el tiempo de estos programas y las posibles consecuencias sociales y políticas que pueda generar la suspensión en el futuro. Otra de las razones es el alto costo que demanda un buen sistema de monitoreo y evaluación, sin el cual es difícil saber cuáles son los beneficios reales de la inversión.

El aprendizaje de BI es aplicable a cualquier país y a cualquier contexto. A la luz de la experiencia, este capítulo tiene como objetivo señalar en, forma resumida pero explícita, los aspectos críticos que pueden ayudar a reorientar los programas en marcha o a formular nuevas estrategias más costo-eficientes.

Escenario de la Situación

Sobre la base de la experiencia, la situación de riesgo que aún persiste en las poblaciones rurales que viven en la pobreza en Perú se resume de la siguiente manera:

- Aislamiento social y económico de la población rural, causado por la pobreza
- Altas tasas de desnutrición crónica, anemia por deficiencia de hierro y deficiencia de vitamina A (en ámbitos focalizados)
- Programas sociales concentrados en asistencia alimentaria, sin resultados
- Servicios de salud con programas de atención para la madre y el niño de baja calidad, bajas coberturas y baja capacidad para mejorar
- Comunidades con un mínimo de organización, carentes de apoyo externo, sin espacios o ambientes adecuados para el cuidado de la madre y el niño
- Familias con ambientes poco favorables para el crecimiento y desarrollo temprano
- Madres como cuidador primario del niño pero sin conocimiento sobre las prácticas adecuadas de CDT, sin tiempo ni autonomía y sin apoyo por parte del padre y la familia
- Niveles moderados de inseguridad alimentaria que no requerían ayuda alimentaria externa, pero sí necesitaban suplementación de micronutrientes
- Bajo compromiso y capacidad de instancias públicas y privadas para promover el crecimiento y desarrollo temprano

- Altas prevalencias de desnutrición crónica y anemia en niños escolares, bajos niveles de rendimiento escolar y altos niveles de repetición, ausentismo y deserción escolar, indicadores que reflejan problemas en el desarrollo temprano

Probablemente la situación de Perú se repite en otros países. Lo que es importante señalar aquí es que hay evidencia clara de que existe un ciclo de pobreza-bajo desarrollo que es necesario romper para que todos los niños, sin excepción, tengan la oportunidad de desarrollar su potencial humano. Para muchos niños pobres por nacer, tener un buen comienzo en la vida puede significar su única oportunidad. Esta evidencia muestra que:

1. Existen problemas derivados de la pobreza que ponen en riesgo el desarrollo del potencial del niño
2. Los problemas afectan drásticamente la formación y maduración del cerebro y los demás órganos vitales
3. Los daños suceden durante la gestación y los primeros dos años de vida del niño
4. Los daños producen consecuencias que pueden ser irreversibles, afectando todas las etapas de la vida
5. Los daños pueden pasar de generación en generación, reproduciendo el ciclo de pobreza-baja productividad y baja calidad de vida
6. La inversión necesita ser re-direccionada hacia los más pequeños, con programas más costo-eficientes
7. Los programas de monitoreo y promoción del CDT han mostrado beneficios concretos que incluyen resultados de largo plazo y aprendizajes importantes

Aspectos Críticos

Los aspectos considerados críticos para cerrar las brechas existentes en los programas están muy asociados con la capacidad y el compromiso, individual e institucional para diseñar e implementar programas lo suficientemente estratégicos como para hacer la diferencia en la vida de los niños y de las madres. Específicamente, estos aspectos incluyen: (i) definición clara del marco conceptual; (ii) ambiente institucional favorable; (iii) coberturas progresivas; (iv) participación de todos los involucrados; (v) construcción de alianzas fuertes; (vi) sistema coherente de monitoreo y evaluación; y (vii) proyección del costo-beneficio.

Es claro que la incorporación de estos elementos implica tener voluntad política para iniciar y evolucionar procesos de cambio, de manera progresiva y ordenada, en paralelo con las acciones que están en marcha. Estos procesos son lentos y demandan una buena dosis de paciencia y dedicación a todos los niveles. Ayudan a cambiar la concentración de la atención en procesos mas bien que en actividades y en resultados de largo plazo mas bien que en metas de cobertura o resultados inmediatos. Abren oportunidades para aprender haciendo y señalan la ruta a seguir para maximizar el beneficio de los esfuerzos y para expandir el aprendizaje.

1. Marco Conceptual bien definido

De todos los puntos de entrada para producir un cambio en la forma como los programas son concebidos, nada puede ser más útil y fructífero desde el punto de vista práctico que la definición de un marco

conceptual sobre el *qué*, el *cómo* y el *porqué* de lo que se propone. Hay que aclarar, sin embargo, que este marco, por sí mismo, no es sinónimo de éxito pero sí es una herramienta operacional que ayuda a que todos los involucrados tengan un entendimiento básico común que los guíe por el mismo camino y hacia el mismo objetivo. Es como la partitura para todos los músicos de una orquesta que les ayuda a no desviarse o a no alterar la sincronización y la armonía en la música que producen. Esto es especialmente importante para el manejo de la convergencia o la integración de varios programas. La convergencia se refiere a ejecutar todas las acciones en los mismos participantes (beneficiarios) pero sin coordinar metas y estrategias. La integración está referida a la integración de metas y estrategias a nivel de los mismos participantes, con los programas trabajando juntos para coordinar esfuerzos pero permaneciendo separados.

La ausencia de un marco conceptual lleva implícito el riesgo de que las responsabilidades y los esfuerzos se diluyan, lo cual se traduce en la práctica a que simplemente no suceda nada diferente de lo que se estaba haciendo antes, porque no existe la consistencia ni la complementariedad que lo permitan. La consistencia se refiere a cómo las intervenciones son desarrolladas, y en su adherencia a los principios que rigen los derechos del niño, dentro de su ambiente familiar y comunitario. La complementariedad se basa en la interdependencia de las necesidades y de las acciones específicas. Bajo este concepto, el nivel de integración depende en buena medida de los conceptos, principios y valores que son promovidos por el marco conceptual y que son los que guían y motivan las acciones.

2. Clima organizacional favorable

Muchos países en desarrollo han tenido avances importantes en la descentralización, aunque su operacionalización ha encontrado algunas dificultades. Dos problemas vale la pena mencionar. El primero se relaciona con la lenta descentralización de la autonomía o el poder para tomar decisiones, en consistencia con la descentralización de las responsabilidades. El segundo problema se refiere a la descentralización de recursos, sin el previo desarrollo de capacidades para manejar los presupuestos eficientemente y para gestionar acuerdos entre y con líderes y autoridades locales. Por ejemplo, la estrategia de Perú y de otros países de asignar presupuestos basada en resultados, es un avance administrativo importante, pero sus beneficios pueden verse reducidos si no existe en las instituciones un ambiente favorable para desarrollar compromiso y capacidad, condiciones que son necesarias para acompañar los procesos de descentralización.

Desarrollar una cultura institucional, favorable al cambio, implica entre otras cosas, aceptar que los trabajadores que están en la base de la organización deben aprender a entender y manejar adecuadamente la complejidad, la diversidad, la dinámica y la incertidumbre de las realidades locales. Significa evolucionar sistemas de apoyo al trabajo que sean más democráticos, que permitan delegar responsabilidades sin temor a perder el poder, y que flexibilicen las relaciones internas reduciendo la formalidad y las presiones verticales.

Los sistemas de apoyo deben buscar fundamentalmente la institucionalización de procesos de aprendizaje a través de oportunidades y es-

pacios para que el personal pueda: aprender de las experiencias y de las equivocaciones; tener formas de motivación, compensación y reconocimiento equitativas ; desarrollar autonomía para tomar decisiones; tener cargas de trabajo justas y estabilidad para acumular aprendizaje; y desarrollar capacidad de liderazgo. Estos cambios demandan, además, la asignación de recursos suficientes y sostenidos, repensar y adoptar nuevos procedimientos, estrategias e instrumentos técnicos que respondan más eficientemente a las características específicas y los objetivos del CDT en contextos de pobreza.

Para el personal el proceso de cambio implica poner lo mejor de sí, ser sensitivo a las situaciones y necesidades de los demás, innovar, aceptar los errores, compartir y difundir las lecciones aprendidas. Cualquiera que sean las dificultades, cada persona, en forma diferente y en mayor o menor grado, puede aprender a usar su mejor juicio en la toma de decisiones y ayudar a otros a hacer lo mismo. La informalidad y las relaciones igualitarias, aunque parezcan poco significativas, ayudan a transformar gradualmente la cultura institucional favorable al cambio.

En resumen, de las lecciones aprendidas en BI y otras experiencias, hay algunos elementos comunes que favorecen los procesos de cambio institucional para promover el CDT: la continuidad del compromiso para mantener el ambiente favorable, incluida la estabilidad del personal; empezar los procesos de cambio con cosas pequeñas y sin rapidez; tener presupuestos flexibles; dar capacitación, motivación y apoyo permanente al personal de base; establecer estrategias que permitan construir el éxito desde la base; y adoptar la participación como la herramienta central del trabajo con la gente

3. Compromiso y capacidad

El desarrollo de compromiso y capacidad es un proceso lento y de largo plazo. Cada persona o cada trabajador tiene una formación diferente, una visión humana diferente y unos valores y responsabilidades diferentes. El punto de base aquí es que para trabajar con la gente, excluida por la pobreza, se necesita desarrollar un compromiso a prueba de dificultades y un comportamiento generoso, solidario, crítico y sensitivo a sus necesidades. La capacidad se construye a través de un proceso dinámico y continuo, donde se aprende haciendo en la realidad de la gente. Esto significa que es un proceso lento y así debe ser entendido y manejado.

Un primer paso en este proceso, es para las instituciones reconocer la necesidad de cambiar los sistemas de capacitación, conceptualizar nuevas metodologías que permitan la participación de la población afectada y desarrollar experiencias en pequeña escala, analizar y documentar resultados e introducir los ajustes necesarios. Los cambios en la cultura de capacitación no se logran fácilmente. Tiempo, tacto y esfuerzo son necesarios para evolucionar sistemas de capacitación flexibles y escalonados, en un período sostenido y con la participación de todos los actores involucrados. Además de habilidades, las personas deben desarrollar valores tales como: tolerancia y respeto mutuo, manifestados en la voluntad para aceptar las percepciones de otros; apertura y adaptabilidad, manifestadas en la voluntad para aceptar los errores y buscar el cambio; y sabiduría para tomar decisiones, manifestada en la aceptación de que el desarrollo de iniciativas particulares en el campo de trabajo requiere ser innovada y estimulada para aprender a facilitar el aprendizaje de otros.

La capacitación es uno de los componentes que demanda más apoyo sostenido de las autoridades. La estabilidad del personal, por ejemplo, permite que cuando se inicia un proceso de capacitación haya un tiempo prudente para la consolidación de los cambios en comportamientos y actitudes, los cuales toman tiempo en formar raíces. En el corto plazo, la capacitación busca que el personal cambie su rol de transmisor de conocimiento y tecnología al de facilitador de la participación para que otros aprendan. En el largo plazo, se busca que la capacitación convierta a las instituciones en centros de aprendizaje para la expansión de los cambios. Estos objetivos no son alcanzados si el personal es constantemente movilizado.

Si no se establece un sistema de apoyo riguroso a la capacitación en el manejo de la participación, basada en un concepto de alta calidad, las intervenciones y las iniciativas comunitarias pueden ser catalogadas como tal por el simple hecho de hablar de participación o de empoderamiento, o pueden perder credibilidad por inoperantes o por no mostrar resultados.

4. Coberturas progresivas

Cuando se introducen cambios en un programa, las coberturas guardar coherencia con los avances en el desarrollo de la capacidad individual e institucional, incluido el incremento de los recursos apropiados. Cuando el aprendizaje viene del hacer (evaluación-acción), es sabio empezar con poco y despacio. La adopción de nuevas formas de trabajo puede encontrar resistencia por lo que la evolución gradual funciona mejor que abocarse a grandes escalas. Esto es especialmente importante cuando se trabaja con intervenciones intensivas, continuas y duraderas que

demandan contacto cercano y persistente con las familias y comunidades. Además de tiempo y esfuerzos, el presupuesto para monitoreo y evaluación puede exceder la capacidad de los programas cuando se trabaja con grandes coberturas. Las condiciones de acceso geográfico a comunidades rurales, factores climáticos y otros imprevistos asociados con la pobreza rural, son factores que también deben pesar en la definición de coberturas.

En la misma medida, la definición de las metas debe ser coherente con los avances en el desarrollo de capacidad y debe guardar correspondencia con el costo-beneficio esperado. Las intervenciones que buscan cambios en prácticas y comportamientos demandan tiempo, esfuerzo y dedicación, pero tienen un potencial de eficiencia mayor puesto que son las que finalmente conducen al logro de metas de impacto y de otros beneficios de mas largo plazo. La presión para alcanzar muchas o grandes metas en un período de tiempo fijo puede interferir en la habilidad de las personas para internalizar los cambios y para organizarse ellas mismas en la adopción y adaptación a los cambios introducidos.

5. Participación a todos los niveles

Promover y facilitar prácticas, comportamientos y valores apropiados, implica entender y aceptar la diversidad local para permitir que las realidades sean mejor expresadas y las necesidades mejor satisfechas. La participación que empodera a la gente para que ella genere sus propios cambios, ha mostrado ser práctica y costo-efectiva porque los cambios pueden ser más sostenibles en el tiempo. Empoderar significa pasar las iniciativas y el control de la realidad a la gente. No hay empoderamiento

sin participación y no hay fórmulas mágicas para la participación, ni ésta puede darse por decreto o resolución.

Es preciso entender que el empoderamiento es algo que se construye lenta y cuidadosamente en el tiempo, que toma diferentes formas de acuerdo con cada persona, grupo o contexto y que requiere de herramientas o técnicas que necesitan ser entendidas y continuamente mejoradas. El hecho de participar no significa que el empoderamiento se produzca de manera automática. Quién participa, cómo y cuándo, la clase de acciones que la participación genera y el contexto en el cual ellas se dan, son entre otros, los factores que hacen posible el empoderamiento. Estas preguntas son críticas para definir el tipo y el nivel de participación que se quiere promover y apoyar y para dimensionar el tiempo en el cual los cambios esperados tienen probabilidad de ocurrir.

Una de los problemas más evidentes en los programas tradicionales es la aceptación de que las decisiones que afectan a la población producen mayores beneficios cuando estas son tomadas por la misma gente. Esto es normal en sistemas de trabajo donde los cánones de eficiencia de los sistemas son por lo común caracterizados por soluciones inmediatas y resultados evidentes. Estas presiones que pesan sobre los técnicos para responder con rapidez a las expectativas de quienes asignan los recursos, son factores que sin lugar a dudas desmotivan el interés del personal de acercarse más a los lugares donde la gente vive para trabajar con ellos y aprender de ellos.

Con el interés creciente por incorporar formalmente la vigilancia comunitaria en los programas sociales, la participación cobra nuevamente

fuerza para buscar una mayor correspondencia entre los procesos de vigilancia y los recursos disponibles y entre éstos y los intereses de las comunidades. Sin embargo, la vigilancia comunitaria es un concepto relativamente nuevo y poco entendido, en las instancias de gobierno, como por ejemplo el sector Salud. Para evitar que esta estrategia sea manipulada o distorcionada, es necesario desarrollar capacidad sobre cuáles son sus objetivos y cómo pueden ser apoyados para permitir que las comunidades desarrollen sus propios sistemas de vigilancia, que sean auto-sostenidos con recursos propios.

La vigilancia comunitaria, articulada con el monitoreo del crecimiento en los servicios de salud, ha mostrado ser una dupla que bien manejada puede incrementar significativamente el potencial de beneficios, particularmente, en el mejoramiento de prácticas y comportamientos a nivel de la familia. Estos cambios son muy difíciles de conseguir con la sola consejería del sistema de monitoreo. Sin embargo, la incorporación de la vigilancia comunitaria como parte de los programas de atención de la madre y el niño requiere ciertas consideraciones. Este trabajo requiere contactos frecuentes con las comunidades para facilitar y apoyar los procesos, los cuales se desarrollan al ritmo de la gente y en sus propias realidades. Estos procesos demandan considerable tiempo y dedicación, especialmente en una primera fase. Imponerle nuevas responsabilidades al personal de salud, con los recursos que tiene, ciertamente involucra un riesgo de poner en jaque la calidad de la atención y/o hacer cualquier cosa en nombre de la vigilancia comunitaria.

Dada la importancia de mejorar las prácticas y comportamientos de la familia, a través de la vigilancia, deben evaluarse opciones para facilitar y

apoyar los procesos bajo la responsabilidad de los servicios de salud. Aquí se sugieren dos opciones. La primera consiste en desarrollar una primera fase con apoyo de ONGs locales contratadas, hasta lograr un avance significativo en la evolución de los sistemas y un nivel adecuado de empoderamiento de las comunidades, para luego dejar en manos de los servicios la responsabilidad del seguimiento y el apoyo de manera menos intensiva. En BI existe al menos una experiencia exitosa de esta modalidad en el distrito de Huanipaca, en la provincia de Abancay. La ONG fue contratada por BI pero por razones de sostenibilidad financiera de la organización, la contratación fue suspendida. El establecimiento de salud continuó con el trabajo y hasta el momento se ha sostenido y se ha convertido en centro de aprendizaje para otros distritos. La sostenibilidad incluye la estabilidad de los resultados de impacto que han alcanzado niveles ejemplares.

Una segunda modalidad consiste en dejar toda la responsabilidad a los establecimientos de salud, en cuyo caso habría que crear o adaptar estructuras similares a las de las ONGs, localizadas en niveles estratégicos de la estructura de salud, como por ejemplo las redes locales de salud en el caso de Perú. Esta estructura debe contar con los recursos de personal adecuadamente capacitado, los fondos necesarios para operar y la autonomía y el apoyo necesarios para tomar decisiones y hacer alianzas o articulaciones con las instancias locales.

Cualquiera que sea la modalidad adoptada, debe tenerse presente que los facilitadores externos son indispensables y que esto demanda recursos financieros adicionales. Los recursos pueden ser gestionados con las alcaldías o con agencias donantes con los cuales se comparten agendas programáticas.

6. Monitoreo y evaluación eficientes

En la práctica, el componente de monitoreo y evaluación es la inversión más rentable por la función que cumple: llevar el barco a buen puerto. Ignorar la importancia de esta función ha llevado a que se repitan las mismas equivocaciones en la implementación de los programas o de las intervenciones y al desconocimiento del porqué no se logran resultados costo-efectivos. Dada la trascendencia del CDT en la vida de los niños y la importancia que tiene satisfacer sus derechos, el monitoreo y la evaluación representa una especie de brújula para que los niños lleguen a buen puerto. Un desvío en el camino es para los niños una oportunidad perdida que no se recupera. Para los programadores e implementadores significa haber dejado pasar una oportunidad de aprender de la experiencia.

La definición del sistema de evaluación y monitoreo debe basarse en una definición clara de las metas de impacto y de proceso, teniendo en cuenta las especificidades del CDT y las características de los contextos locales. Esto implica un diseño específico, separado de otros temas para mantener esta especificidad. El diseño debe involucrar la participación de las personas responsables de la implementación de los programas, quienes deben ser capacitados, tener asistencia técnica y ser estimulados y apoyados en forma sostenida. Esta participación incrementa la capacidad de los involucrados para enfrentar sus propios problemas y orientar sus propias soluciones.

7. Redes de apoyo estratégicas

La construcción de alianzas estratégicas al interior del sector salud y fuera de él ha mostrado ser beneficiosa para lograr apoyo en la promoción, consolidación y expansión de los cambios que son necesarios para alcanzar metas significativas y avanzar en el aprendizaje. A nivel interno, estas redes se construyen a través del involucramiento del personal o de los trabajadores en la planeación, programación y evaluación de los cambios de manera que ellos se sientan parte de ellos y los motive a dar de sí lo mejor para hacer el trabajo.

Las estrategias para lograr apoyo externo incluyen desarrollar liderazgo para participar en otras organizaciones con las que se comparte los mismos intereses o agendas programáticas.

Tanto las alianzas internas como externas deben buscar ampliar los consensos y abogar por el fortalecimiento de políticas y el incremento y mejor uso de presupuestos que favorecen la promoción de la nutrición y el desarrollo infantil. La fuerza y la cohesividad del liderazgo local tienen un impacto importante en lograr apoyo para la implementación de procesos comunitarios.

Construir alianzas puede no ser tan difícil como mantenerlas. Puesto que los aliados, sean ellos individuos o instituciones, tienen diferentes sistemas de trabajo, metas y valores, no siempre es fácil anticipar posibles conflictos de intereses o debilitamiento de las relaciones. Esto significa que deben establecerse formas de entendimiento y adaptación mutuas, en escenarios de ganancias equitativas para las partes, con

oportunidades para el crecimiento personal y profesional, a través de aprendizaje secuencial y a través de ajustes en las relaciones cada vez que sea necesario.

8. Visión de costo-beneficio

Una visión anticipada de los beneficios que se esperan de un programa o estrategia debe ser discutida cuidadosamente desde el diseño del programa y, más específicamente, en la selección de la metodología y el diseño de las intervenciones. Una forma es examinar la trascendencia de las consecuencias que pueden traer los problemas nutricionales y de desarrollo temprano en un contexto específico y cuánto podría cambiar la situación con los resultados que se esperan alcanzar con el programa. Otra forma más práctica es consultar referencias sobre experiencias exitosas y no exitosas, en contextos similares, cuyo costo-beneficio ha sido evaluado y se encuentran documentadas en la literatura o están disponibles en algún lugar.

Algunos ejemplos de la trascendencia y de experiencias documentadas son presentadas por el Banco Mundial en su documento “Reposicionando la Nutrición”/ Repositioning Nutrition (World Bank, 2006). El bajo peso al nacer incrementa entre 2 y 10 veces el riesgo de muerte temprana del niño, con relación a los niños que nacen con un peso normal. La desnutrición, aún en forma moderada, está relacionada en forma directa e indirecta con la mortalidad y la morbilidad infantil. La anemia por deficiencia de hierro, es un indicador de alto riesgo de muerte materna durante el parto y en el posparto. La deficiencia de vitamina A reduce la capacidad del sistema inmunitario para luchar contra las infecciones

y puede ser también causa de muerte del niño. La deficiencia de yodo durante el embarazo causa retardo mental en el bebé, con diferencias en el coeficiente intelectual entre 10 y 15 puntos, con respecto de los niños que no han tenido la deficiencia.

Datos del costo-beneficio de programas de nutrición en otros países indican que las intervenciones que incluyen asistencia alimentaria o fortificación de alimentos tienen un costo beneficio mucho mas bajo que otras intervenciones como la promoción del crecimiento y desarrollo basado en la comunidad y la suplementación con micronutrientes. Los siguientes son algunos ejemplos citados por el Banco Mundial (World Bank, 2006):

Programa	Costo-beneficio (US\$) Persona/Año
Lactancia materna en hospitales	5-67
Suplementación de Vit.A	4-43
Suplementación de hierro	6-14
Fortificación con hierro	176-200
Promoción del CDT con alimentos (Bolivia)	259-412
Promoción del CDT sin alimentos (Bolivia)	2.0-3.0
Suplementación alimentaria	36-172 por 1.000 kcal.

El BM señala además que los programas que se han concentrado en el crecimiento económico o en la reducción de la pobreza, como medidas para para reducir la desnutrición crónica, han obtenido resultados muy modestos. Estimaciones indican que, por ejemplo, un crecimiento anual de la economía de 2.5%, en un período de 15 años (1999-2015), llevaría a reducir la desnutrición en 27%, lo cual corresponde a solamente la mitad de lo esperado en las Metas del Milenio.

Aunque no se evaluó el costo-beneficio del programa BI, su costo fue evaluado en el 2007, como parte de una evaluación externa contratada por Unicef. La evaluación fue realizada tomando como base el departamento de Apurímac, donde en buena parte continúa el trabajo. Los resultados indican el costo por niño año es de US\$7.07 para el primer año de implementación y de US\$3. 69 para los años siguientes. Este costo indica que la inversión necesaria para cubrir 15 millones de pobres con un programa similar sería de US\$106.7 millones durante el primer año de implementación y de US\$55.8 millones para los años siguientes. El evaluador sugiere agregarle un costo adicional por mejoramiento de servicios de salud, el cual ha sido calculado en US\$2.0 anuales por niño. A manera de comparación, el presupuesto ejecutado por el gobierno en programas de complementación alimentaria para el 2001 fue de mas de US\$200, sin resultados de impacto en la reducción de la desnutrición crónica (Lechtig, 2007).

Necesidades de Investigación

De la experiencia han surgido preguntas que sugieren la necesidad de desarrollar mas experiencias de aprendizaje y de investigación, tomando como base los programas en marcha. Específicamente se necesita:

- Fortalecer la formación de investigadores, particularmente en investigación cualitativa y participativa.
- Desarrollar experiencias que permitan comparar y evaluar la efectividad de diferentes intervenciones, contenidos, procedimientos y canales de entrega

- Identificar barreras en la implementación de programas/proyectos/intervenciones y los medios para enfrentarlas
- Evaluar el efecto de estrategias de comunicación en prácticas y comportamientos
- Evaluar el grado al cual los cambios en una práctica tienen efectos en otras prácticas. Por ejemplo, las prácticas alimentarias proveen oportunidades para desarrollar habilidades de estimulación.
- Desarrollar herramientas de monitoreo y evaluación accesibles y culturalmente adaptables
- Evaluar el impacto de intervenciones en el desarrollo del niño, utilizando métodos o pruebas fácilmente aplicables en contextos rurales
- Evaluar de prácticas de lactancia materna en diferentes contextos culturales. La suspensión temprana de la lactancia materna exclusiva es el inicio del proceso de desnutrición y de otros problemas relacionados. Estudios longitudinales han encontrado que la nutrición de la madre influye en la producción de leche y en el contenido de algunos nutrientes como la grasa.
- Se necesita más investigación y mas experiencias en: cómo los métodos y procedimientos participativos encajan dentro de los sistemas de trabajo existentes, cómo la participación afecta los resultados; qué modificaciones son necesarias para abrir espacios para la participación; qué experiencias hay disponibles en relación con los factores que apoyan o limitan la participación y cómo han sido manejados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Gillespie, Stuart. "Strengthening Capacity to Improve Nutrition." In International Food Policy Research. Discussion Paper Number 16. Washington, D.C., USA, 2001.
- Gillespie, Stuart, et al. "Combating Malnutrition: Time to Act." In Health, Nutrition and Human Development Series. The World Bank, Washington, D.C. USA, 2003.
- UNICEF/WHO/USAID. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Conclusions of a consensus meeting held in Washington. World Health Organization, Switzerland, 2007.
- Coupal, Francoise. "Results-based Participatory Monitoring and Evaluation.
- Canadian Association for Participatory Development. Ottawa, Canada 2001.
- Crantham-McGregor, et al. "Effects of Health and Nutrition on Cognitive and Behavioural Development in Children in the First Three years of Life." In Food and Nutrition Bulletin, Number 20. United Nations University Press. Tokio, Japan, 1999.
- Feirerstein, Marie-Therese. "Evaluating Development and Community Programmes with Participation." In Teaching Aids at Low Cost. St. Albans, Hertfordshire, UK 2005.
- Hill, Zelee, et al. "Family and Community Practices that Promote Child Survival, Growth and Development: A Review of the Evidence." World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2004.
- Whitmore, Elizabeth. "Understanding and Practicing Participatory Evaluation."

- In New Directions for Evaluation. American Evaluation Association, No.80, Winter, 1998.
- Engle, Patrice and Lida Lhotska. "The role of care in programmatic actions for nutrition: designing programmes involving care." In Food and Nutrition Bulletin. United Nations University press. Tokio, Japan, 1999.
- UNICEF/INEI. "La Situación de los Niños, Niñas y Adolescentes en las Provincias." En Estado de la Niñez en el Perú, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia e Instituto Nacional de Estadísticas e Informática, Lima, Perú 2008.
- UNICEF/WHO. "A Guide for Health Managers." In Nutrition Essentials. Reprinted by BASICS/USAID, Washington, D.C., 2004.
- Coffman, J. Public communication campaign evaluation: An environmental scan of challenges, criticisms, practice and opportunities. Harvard Family Research Project. Cambridge, MA, 2002.
- World Health Organization. A Critical Link, interventions for physical growth and psychological development. Edited by Mandy Mikulencak. World Health Organization, Switzerland, 1999.
- Alverson C. et.al. The developing structure of temperament and personality from infancy to childhood. Erlbaum, Hillsdale, New Jersey, USA, 1994.
- UNICEF. Assessment, Analysis and Action to Improve Care for Nutrition. The Care Initiative, Unicef Nutrition Section, New York, New York, USA, 1997.
- Tontisirin, K. and Gillespie S. "Linking community-based programs and service delivery for improving maternal and child nutrition." In Asian Development Review, 1999.
- Ashworth, A. Shrimpton R. and Jamil K. "Growth monitoring and Promotion: review of evidence of impact." In Maternal and Child Nutrition Supplement, 2008.
- United Nations. "Landscape Analysis on countries' readiness to accelerate action to reduce maternal and child undernutrition" The Peru Assessment." In CSN News No.37, Standing Committee on Nutrition, Lavenham Press, United Kingdom, 2009.
- Mohan, Giles. "Beyond Participation: Strategies for Deeper Empowerment." In Participation: The New Tyranny? Edited by Billl Cook and Uma Oothary. Zed Books, London, New York, N.Y., 2002.
- United Nations. "Nutrition as Key to Achieving the Millenium Development Goals." In SCN News, Standing Committee on Nutrition, Number 28. Lavenham Press, United Kingdom, 2004.
- Simeon, D. and Grantham-McGregor S. "Nutritional deficiencies and children's behaviour and mental development." In Nutrition Research Review, 1990.
- Bendersky, M. Lewis. Environmental risks, biological risks and developmental outcome. Development Psychology, 1994.
- Dobbing, Jhon. "Nutrition and Brain Development." In Present Knowledge, 4th ed. The Nutrition Foundation, New York, New York, 1986.
- Read, Merrill S. "Lessons from Latin American Studies of malnutrition and Behaviour." In Behavioural Effects of Energy and Protein Deficit, edited by Joseph Brosek. Washington, D.C., 1979.
- Wachs, Theodore D. "The nature and nurture of child development." In Food and Nutrition Bulletin, Volume 20, Number 1. United Nations University Press, Tokio, Japan, 1999.
- Masten A. and Coastworth J. The development of competencies in favorable and unfavorable environments. American Psychology, 1998.

- Balderston, Judith et al. "The Web of Food, Health, Education, Fertility and Agricultural Production." In *Malnourished Children of the Rural Poor*. Auburn House Publishing Company, Boston, Massachusetts, USA, 1981.
- Anderson, Jeanine. "Género e identidad en culturas marcadas." En revista peruana de Ciencias Sociales. Vol.12, No.1, Lima, Perú, 1994.
- Chambers, Robert. "Learning to Learn." In *Whose Reality Counts? Putting the first last*. Intermediate Technology Publications, London 1998.
- USAID/Ministerio de Salud. *La Muerte Materna en Zonas Rurales Andinas del Perú*. Proyecto Salud 2000. USAID y MINSA, Lima, Perú, 1999.
- Pedersen, Duncan. "Qualitative and Quantitative: Two Styles of Viewing the World or Two Categories of Reality?" In *Qualitative Methodologies for Planning and Evaluation of Health Related Programmes*. International Nutrition Foundation for Developing Countries. Boston, MA, USA, 1992.
- Landsdown, Gerison. *The Evolving Capacities of the Child*. Save the Children/Unicef, United Nations Children Fund, Siena, Italy, 2005.
- Nathanielsz, Peter. *Life in the Womb, The Origin of Health and Disease*. Promethean Press, Ithaca, New York, USA, 2000.
- UNICEF/USDA/HDWB. *Technical Consultation on Low Birth Weight*. Unicef, NYHQ, New York, USA, 2000.
- Martorell, Reinaldo et al. "The Human Capital 2002-204 Study in Guatemala: A Follow-up to the INCAP Longitudinal Study 1969-1977." In *Food and Nutrition Bulletin*, Volume 26, Number 2. United Nations University Press, Boston, MA, USA, 2005.
- World Health Organization. *Complementary Feeding of Young Children in Developing Countries: a review of current scientific knowledge*. World Health Organization, Geneva, Italy, 1998.
- Sierra, Lucila. *Los Métodos y Técnicas Participativas*. Documento de referencia técnica preparado para el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID/IDRC). Bogotá, Colombia, 1993.
- Heckman, James. "Investing in the Very Young." In *Fostering Human Capital*. Ounce of Prevention Fund and the University of Chicago Harris Scholl of Public Policy Studies, Chicago, Ill, 2001.
- Chander, Mahesh. "Theory and Practice of Shifting Paradigm. PRA and Participatory Extension: Theory, Practice and Implications." In *Learning to Share, Experiences and Reflections on PRA and Community Participation*. Concept Publishing Company, New Delhi, India, 1997.
- Chambers, Robert. *Whose Reality Counts? Putting the last first*. Intermediate Technology Publications, Southampton Row, London, 1997.
- Chambers, Robert. *Rural Appraisal: Rapid, Relaxed and Participatory Discussions*. Paper No.311, Institute of development Studies, Sussex University, UK, 1992.
- International Nutrition Foundation for Developing Countries. *Rapid Assessment Procedures (RAP)*. Qualitative Methodologies for Planning and Evaluation of Health Related Programmes. Edited by Nevin Scrimshaw and Gary R. Gleason. International Nutrition Foundation for Developing Countries (INFDC), Boston, MA, USA, 1992.
- Blackburn, James and Jeremy Holland. *Who Changes?, Institutionalizing Participation in Development*. Intermediate Development Publications, Ltd, London WC1B, UK, 1998.

- Selener, Daniel. Participatory Action Research and Social Change. Cornell Participatory Action Research Network, Cornell University, Ithaca, New York, USA, 1997.
- Freire, Paolo. Pedagogy of the Opressed. Seabury Press, New York, New York, USA, 1970.
- Santosh, Mehrota and Richard Jolly. Development with a Human Face: Experiences in Social Achievement and Economic Growth. Clarendon Press, Oxford, 1997.
- Howes, M. and Robert Chambers. "Indigenous technical Knowledge: Analysis, Implications and Issues. Institute for Social development Bulletin, Sussex University, Ingland, UK, 1979.
- International Foundation for developing Countries. Community-based Longitudinal Nutrition and Health Studies: Classical Examples from Guatemala, Haiti and Mexico. Edited by Nevin Scrimshaw. International Foundation for Developing Countries (INFDC), Boston, MA, 1995.
- UNICEF/USAID- Perú. Promotor de Salud, Trabajo y Motivaciones, Programa Buen Inicio, Publicado por Unicef, Lima, Perú, 1993
- Taylor, D. and Carl Taylor. Just and Lasting Change, When Communities Own their Future. The Jhons Hopkins University Press, Baltimore and London, 2002
- Bashar, Khairul. The Journal of Development Communication, Number Two, Volume One, Asian Institute for Development Communication (AIDCOM), Kuala Lumpur , Malaysia, 1990.
- Miedaner, Talane. Coaching para el Exito. Ediciones Urano, S.A, Barcelona, España, 2002.
- UNICEF/USAID. Crecimiento y Desarrollo Temprano: Prácticas y Recursos. Programa Buen Inicio. Reporte del estudio publicado por Unicef-Perú, Lima, Perú, 2003.
- Secretaría Técnica Gobierno del Perú (CIAS). Estrategia Nacional CRECER. Política Social, Compendio de Normas para la estrategia Nacional CRECER. Secretaría Técnica, Gobierno del Perú, Presidencia del Consejo de Ministros, Lima, Perú 2008.
- Lechtig, Aarón. Evaluación externa, Programa Buen Inicio. Reporte de la evaluación. Unicef-Perú, Lima, 2007.
- United Nations. "Managing Nutrition Successful Programmes." Administrative Committee on Coordination-Subcommittee on Nutrition. Report on The 14th UN International Congress on Nutrition, Geneva, Switzerland, 1991.
- UNICEF. Informe Final y de Utilización de Fondos, Proyecto Sobrevivencia y Desarrollo Infantil. Reporte de Unicef-Perú, Lima, Perú, 2006.
- Panamerican Health Organization. Anemia, Prevention and Control, What Works. Washington, USA, 2003.
- Patton, Michael. Utilization Focused Evaluation. The New Century Text. Sage Publications, International Educational and Professional Publisher, Thousand Oaks, London, UK, 1997.
- Patton, Michael. "Conceptual Issues in the Use of Qualitative methods." In Qualitative Evaluation and research Methodos. SAGE Publications, International and Professional Publisher, Newbury, London, UK, 1990.
- Sonnichsen, Richard. "Can Government Learn? "In Comparative Perspectives on Evaluation and Organizational Learning. Edited by Leuw Rist and R. Sonnichsen. New Brownswick Transaction, 1993.
- Rafter, David. "Three Aproaches to Evaluation Research." Knowledge, Creation, Difussion, Utilization, 1984.
- Rossi, Peter and H.E. Freeman. Evaluation: A systematic Approach. Sage Beverly Hills, CA, 1993.

- Pritchett, Price. Resistance: Moving Beyond the Barriers to Change. Pritchett and Associates, Dallas, TX, 1996.
- Owen, Jhon M. Program Evaluation: Forms and Approaches. New South Wales, Australia, 1993.
- PACT. Participatory Evaluation: A User's Guide. Private Agencies Collaborating Together, New York, New York, USA, 1986.
- Pollit, Ernesto. et al. "A reconceptualization of the effects of undernutrition on children's biological, psychological and behavioural development." In Social Policy Report. Society for Research and Child Development. Ann Arbor, Michigan, USA, 1996.
- McIntosh, Winsome. Process or Outcomes? Keep the Context Long-Term. Foundation March-April, 1996.
- Lopera, H.M. et.al. "Diagnóstico Participativo: Experiencias con grupos de campesinos en el Norte de Antioquia." Instituto Colombiano Agropecuario (ICA), División de Divulgación, Medellín, Colombia, 1985.
- Miller, Arden et.al. Monitoring Children's Health: Key Indicators. American Public Health Association, Washington, D. C., USA, 1988.
- Gebelein, Susan H. et.al. "Motivation and Courage Factor." In Successful Managers Handbook. Ed. By Barbara Demond, Personnel Decisions International (PDI) Corporation, Minneapolis, Minnesota, USA, 2001.
- Horx, Mattias. "Tendencias y Futuro." In Wealth Management, Edición Internacional, 2007
- Behrman, Jere R. "Economic considerations for análisis of early childhood development programmes." In Food and Nutrition Bulletin Volume 20, United Nations University press, 1999.
- Scrimshaw, Nevin. "The SCN and the Millenium Development Goals." In Nutrition in the Millennium Development Goals. United Nations System Standing Committee on Nutrition. CSN NEWS, Number 28. Lavenham Press, United Kingdom, 2004.
- Du Bois, Fritz. Programas sociales, salud y educación en el Perú: Un balance de las políticas sociales. Democratizando el gasto social. Fundación Conrad Adenauer/Instituto Peruano de Economía Social de Mercado. Lima, 2004
- World Bank. Directions in Development. Repositioning Nutrition as Central to Development. A Strategy for Large-Scale Action. The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, Washington, D.C., 2006.
- Howe, Melvyn. "Mothers, Babies and Health in Later Life." In Man, Environment and Disease in Britain. Harper and Rowe, 1972.
- UNICEF. "Basic Principles of Children." In UNICEF and Rights. Resources for Learning and Doing, Part Two. Working Paper, UNICEF, N.Y., 1990.
- Thorp, Frank, et al. "Nutrition in the Infant and Young Child" in Quick Reference to Clinical Nutrition. Edited by Seymour L. Halpern. J.B Lippincott Company, Filadelfia, Pensilvania, USA, 1997.
- Friedman, Sara y S. Ammassari. Participación y empoderamiento la comunidad: el reto del milenio para Unicef y sus socios. Documento de trabajo, Sección de Género, Unicef, New York, N.Y. 2000.
- Wachs, D. Theodore. "The Nature and nurture of child development." In Food and Nutrition Bulletin, vol 20, No.1, The United Nations University, Tokio, Japan, 1999.
- Shoonmaker, Karen and Bara Guey. PRA Notes to accompany Introductory Training Module. PRA Notes, International Institute for Environment and Development, London, UK, 1990.
- Wachs D. Theodore, Maureen M. Black, Patrice L. Engle. "Maternal

Depression: A Global Threat to Children's Health, Development and Behaviour, and to Human Rights. " In Child Development Perspectives. JOURNAL Compilation, Volume 3, Issue 1. Society for Research in Child Development, Lafayette, Indiana, 2009.

- Shankoff, P. and D. Phillips. "From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early childhood Development." In National Research Council, Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development. Child Network Publications, Atlanta, USA, 2000.
- McConnell, Scott. Early Child Growth and Development. Early Childhood Institute on Measuring Growth and Development. University of Minnesota, Minneapolis, MN, USA, 1996.



ANEXOS

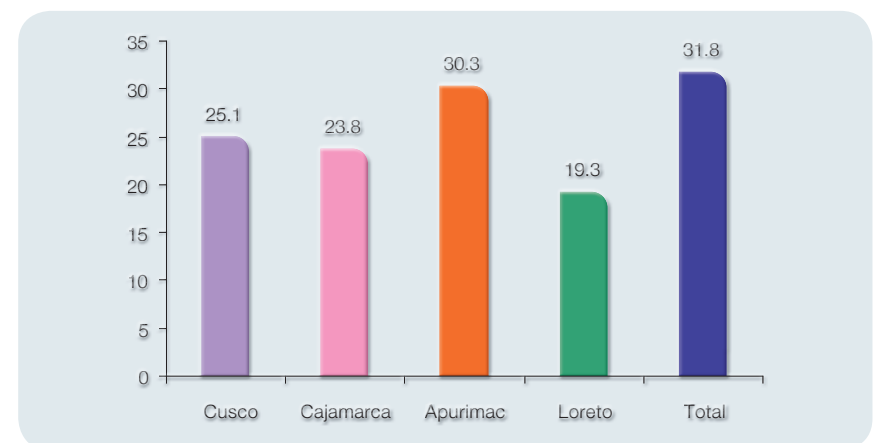
ANEXO 1

PROGRAMA BUEN INICIO RESULTADOS GRAFICOS 2000-2004

En el año 2000 UNICEF desarrolló la línea de base para iniciar el programa Buen Inicio y el año 2004 se realizó la evaluación de los cuatro años de intervención. Esta evaluación se realizó a nivel de las comunidades en las que desarrolló toda la propuesta. Los gráficos 1 al 9 corresponden a los resultados de esta evaluación.

GRAFICA N° 1

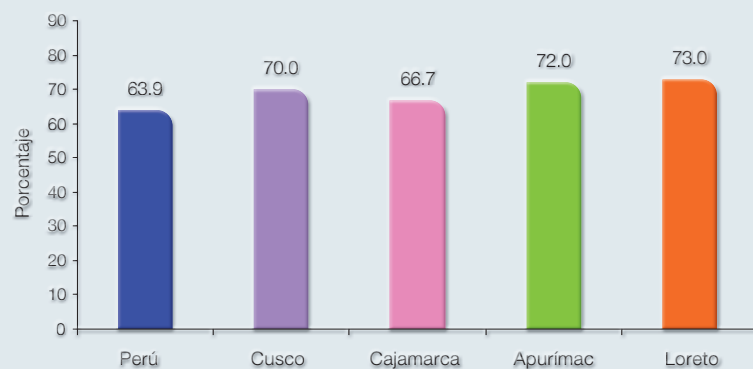
Porcentaje de reducción de la prevalencia de desnutrición crónica en niños < 3 años por departamento, 2000 – 2004



Fuente: Evaluación externa Buen Inicio. UNICEF. 2007

GRAFICA N° 2

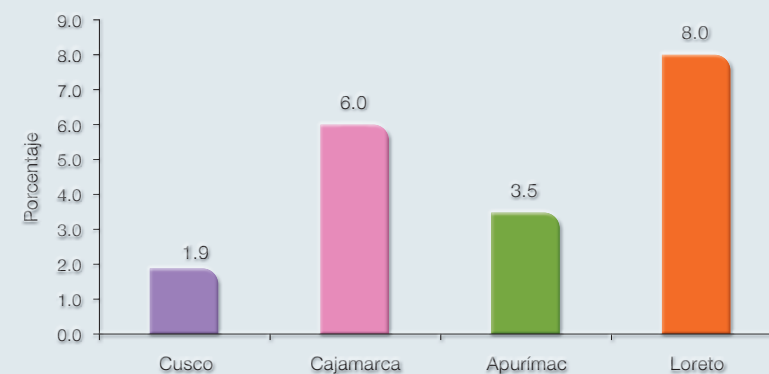
Prevalencia de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses por departamento, 2004



Fuente: Informe Final Buen Inicio.2005. UNICEF

GRAFICA N° 4

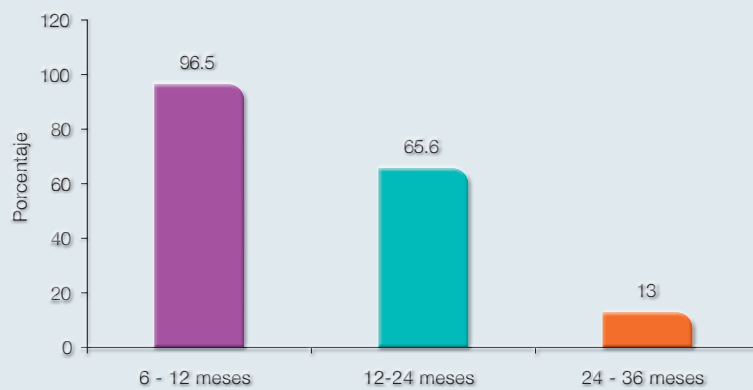
Proporción de madres que incrementan sólidos en procesos infecciosos por departamento, 2004



Fuente: Informe final de Buen Inicio.2005. UNICEF

GRAFICA N° 3

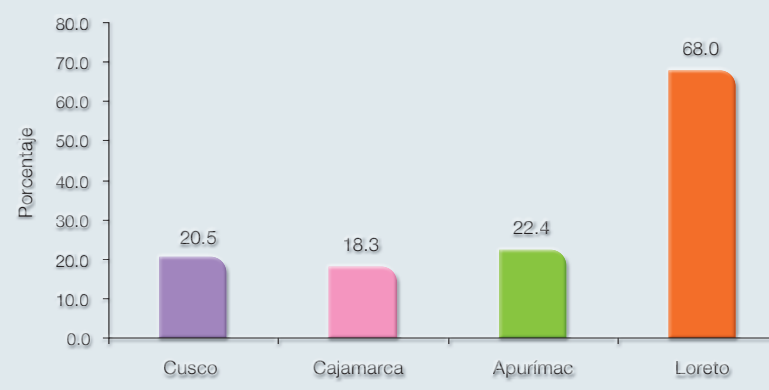
Prevalencia de lactancia materna continuada en niños de 6 meses a 36 meses, 2004



Fuente: Informe final Buen Inicio.2005. UNICEF

GRAFICA N° 5

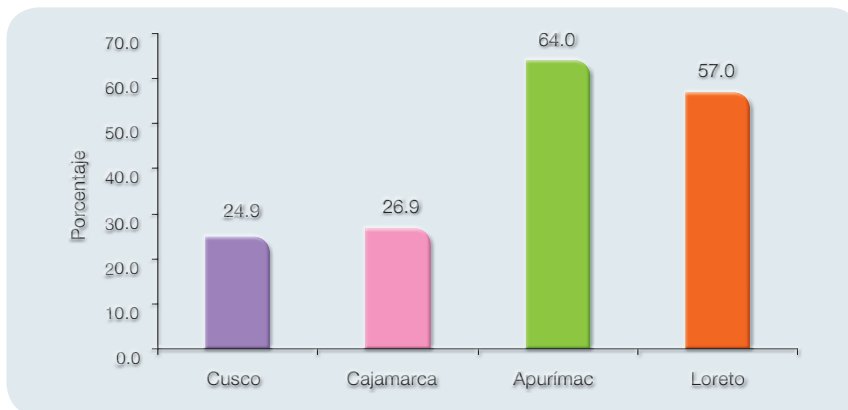
Proporción de madres que incrementan sólidos después de procesos infecciosos por departamento, 2004



Fuente: Informe final de Buen Inicio.2005. UNICEF

GRAFICA N° 6

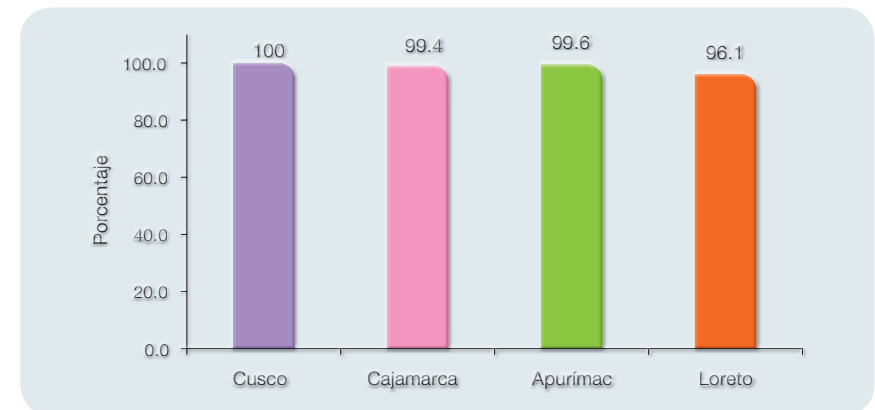
Proporción de madres que incrementan líquidos en procesos infecciosos por departamento, 2004



Fuente: Informe final de Buen Inicio.2005. UNICEF

GRAFICA N° 8

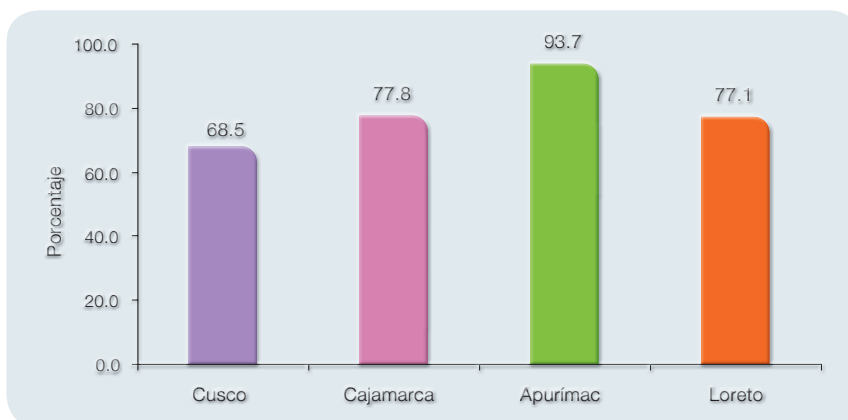
Proporción de niños que reciben estimulación del desarrollo en su hogar por departamento, 2004



Fuente: Informe final de Buen Inicio.2005. UNICEF

GRAFICA N° 7

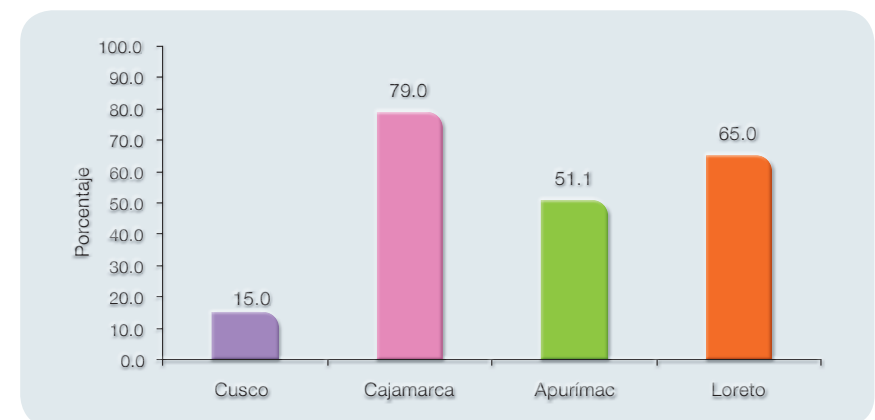
Proporción de padres o cuidadores que reciben información sistemática Sobre crecimiento y desarrollo por departamento, 2004



Fuente: Informe final de Buen Inicio.2005. UNICEF

GRAFICA N° 9

Proporción de niños que reciben estimulación del desarrollo 5 a 7 veces por semana según departamento, 2004

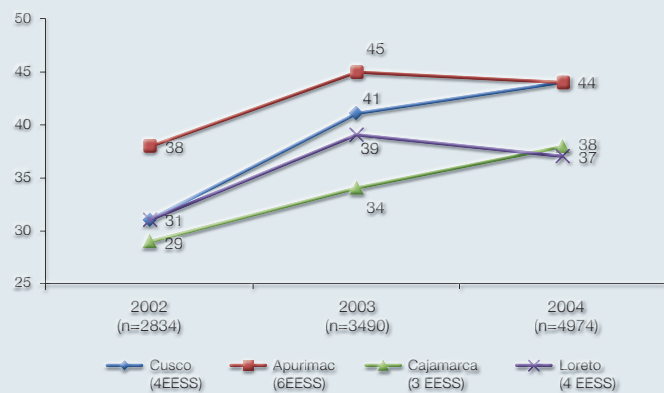


Fuente: Informe final de Buen Inicio.2005. UNICEF

Buen Inicio estableció un sistema para monitorear indicadores intermedios, para ello se seleccionaron algunos establecimientos; los que fueron fortalecidos para asegurar la calidad del dato recolectado. Para el caso de Loreto esta información corresponde a establecimientos del área urbana de Iquitos. Los gráficos 10 al 15, corresponden a esta información.

GRÁFICA N° 10

Incremento en el Porcentaje de gestantes que inician el control prenatal antes de la semana 13 de embarazo, por departamento, 2002 - 2004

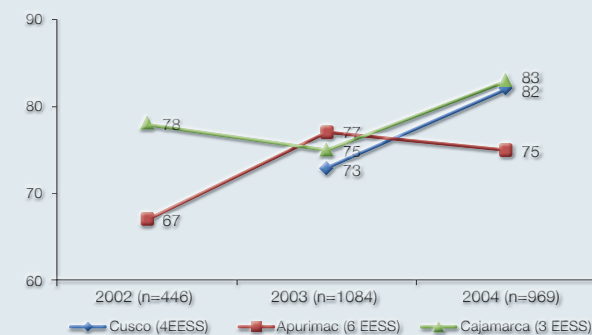


*EESS: Establecimientos de salud

Fuente: Informe Final. Monitoreo en establecimientos seleccionados.2005. UNICEF

GRAFICA N° 11

Porcentaje de madres que completan los controles prenatales recomendados, por departamento 2002 - 2004



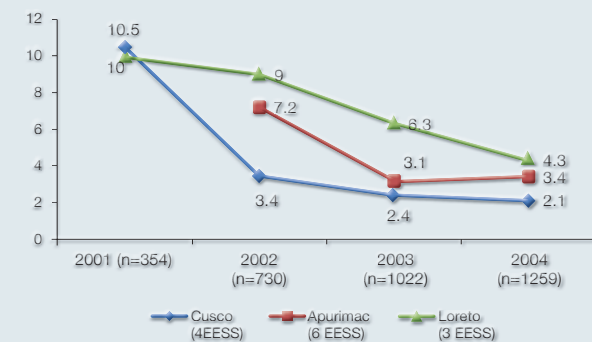
* EESS: Establecimientos de salud

* Controles completos: 6 o más controles

Fuente: Informe Final. Monitoreo en establecimientos seleccionados.2005. UNICEF

GRAFICA N° 12

Prevalencia de bajo peso al nacer, por departamento 2001 - 2004

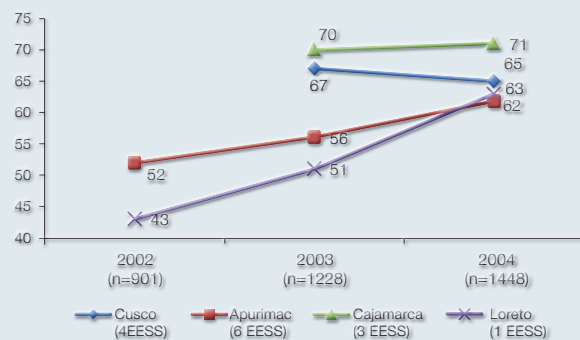


*EESS: Establecimientos de salud

Fuente: Informe Final. Monitoreo en establecimientos seleccionados.2005. UNICEF

GRAFICA N° 13

Porcentaje de niños que nacen con pesos superiores a los 3,000 gramos, por departamento 2002 – 2004

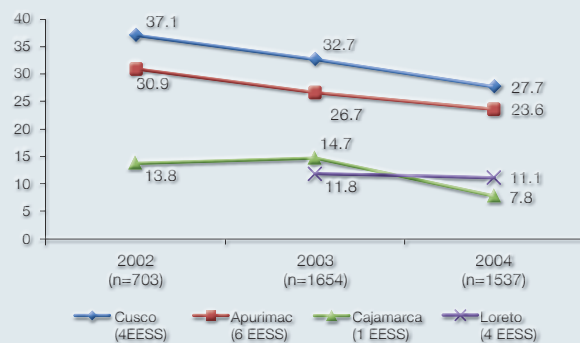


*EES: Establecimientos de salud

Fuente: Informe Final. Monitoreo en establecimientos seleccionados. 2005. UNICEF

GRAFICA N° 14

Prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 1 año, por departamento 2002 – 2004

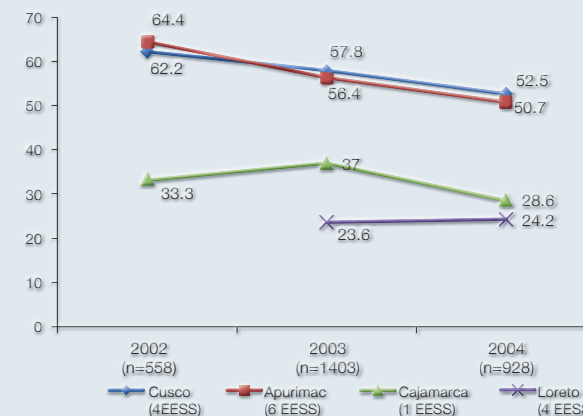


*EES: Establecimientos de salud

Fuente: Informe Final. Monitoreo en establecimientos seleccionados. 2005. UNICEF

GRAFICA N° 15

Prevalencia de desnutrición crónica en niños de 1 a 2 años de edad, por departamento 2002 – 2004



*EES: Establecimientos de salud

Fuente: Informe Final. Monitoreo en establecimientos seleccionados. 2005. UNICEF

ANEXO 2

TESTIMONIOS DE MEJOR CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Se presenta el registro gráfico de niñas de comunidades en las cuales se desarrolló Buen Inicio. Se compara el estado de nutrición de niñas cuyas familias participaron en Buen Inicio y los que no participaron. Cabe resaltar que Buen Inicio no desarrollaba una selección de familias, estas tomaban la decisión de participar de forma voluntaria, dado que la propuesta estaba dirigida a toda la comunidad.



»Izquierda:
Edad: 2 años 9 meses
Peso: 10.7 kg.
Talla: 78.3 cm
Estado Nutricional:
Desnutrido crónico

»Derecha:
Edad: 2 años 6 meses
Peso: 11.6 kg.
Talla: 86.4 cm
Estado Nutricional:
Normal

Comunidad Seccencalla, Departamento de Apurímac

REGISTRO FOTOGRAFICO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA COMUNITARIA

INSTRUMENTOS DE VIGILANCIA COMUNITARIA DESARROLLADOS POR LA COMUNIDAD



Como están Nuestros Niños			
AÑO	NÚMERO DE NIÑOS EVALUADOS	NIÑOS CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA	%
OCTUBRE 2003	23		35
AGOSTO 2005	27		26
MARZO 2006	24		17



VIGILANCIA DE GESTANTES - NUEVA ESPERANZA 2006

Nº	NOMBRE Y APELLIDOS	LEP	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	REFERENCIA
1	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
3	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
4	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
5	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
6	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
7	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
8	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
9	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
10	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
11	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
12	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
13	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
14	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
15	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
16	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
17	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
18	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
19	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
20	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
21	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
22	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
23	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
24	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
25	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
26	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
27	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
28	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
29	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
30	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
31	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
32	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
33	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
34	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
35	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
36	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
37	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
38	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
39	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
40	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
41	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
42	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
43	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
44	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
45	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
46	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
47	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
48	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
49	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
50	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
51	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
52	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
53	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
54	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
55	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
56	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
57	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
58	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
59	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
60	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
61	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
62	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
63	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
64	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
65	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
66	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
67	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
68	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
69	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
70	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
71	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
72	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
73	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
74	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
75	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
76	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
77	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
78	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
79	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
80	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
81	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
82	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
83	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
84	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
85	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
86	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
87	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
88	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
89	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
90	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
91	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
92	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
93	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
94	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
95	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
96	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
97	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
98	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
99	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
100	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

CAPACITACIÓN EN LOS CENTROS DE VIGILANCIA COMUNITARIA



CENTROS DE VIGILANCIA COMUNITARIA EN LA SELVA Y LA SIERRA







Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
Parque Melitón Porras 350
Miraflores, Lima - Perú
Teléfono: 6130707 / Fax: 4470370
Página web: www.unicef.org/peru