

Ejecución programa de nutrición comunitaria en una comunidad periurbana: un reto superable

Omaira Placeres de Martínez¹. Zulay Alarcón Luengo².

Resumen: Se trata del Programa de Nutrición Comunitaria que desarrolla el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo, en una zona periurbana de Caracas, cuyo propósito es prevenir la malnutrición en niños, niñas y embarazadas de la parroquia Antímamo con la participación de la comunidad, teniendo como prioridad mejorar las prácticas de alimentación en menores de dos años. La intervención se hace en tres zonas cada año, con permanencia de dos años en cada zona, incluye: Vigilancia del riesgo de malnutrición, Promoción de la participación vecinal y formación de promotores comunitarios de salud, Evaluación y educación nutricional en escuelas, preescolares y multihogares, Orientación nutricional a mujeres embarazadas y Capacitación y sensibilización del personal de salud de la parroquia. El seguimiento contempla el registro de las actividades y número de participantes, verificación de cumplimiento de cronogramas, encuestas de opinión y grupos focales de actividades específicas. La evaluación del impacto, orientada a medir el logro de los objetivos, registra los cambios en la prevalencia de malnutrición, adquisición de conocimientos, modificación de actitudes y prácticas alimentarias, incorporación efectiva de vecinos en labores preventivas. En cinco años el programa se ha aplicado en un 52% de las zonas, se han capacitado 118 Promotores de Salud, 67 % incorporados en acciones preventivas; 30% de las escuelas han incorporado cambios en su organización interna para que los niños desayunen al inicio de la jornada escolar y los diagnósticos correctos en los niños que los ambulatorios refieren al Cania, varió de 39% a 78%, después del proceso de capacitación. *An Venez Nutr 2005; 18(1): 131-141.*

Palabras clave: nutrición comunitaria, participación comunitaria, nutrición; promoción de la salud, educación nutricional, Venezuela.

Execution of a nutrition program within a peripheral community: a surmountable challenge

Abstract: This Community Nutrition Program is being developed by the Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo within a peripheral urban area of Caracas with the aim to prevent malnutrition in children of both sexes and in pregnant women of the Antímamo Parish with the participation of the community, mainly focusing on improving the feeding practices on children under 2 years of age. The intervention is conducted in three different zones each year, including: malnutrition risk surveillance, promoting the participation of community members and forming health community promoters, nutritional assessment and education at schools, preschools, and multi-homes, nutritional orientation to pregnant women, and training and sensitization of the parish health personnel. The follow-up involves the recording of activities and number of participants, the verification of schedule fulfillment, opinion polls, and specific activity focal groups. The impact evaluation, aimed at measuring the achievement of goals, registers the changes in the prevalence of malnutrition, the modification of attitudes and eating practices, as well as the effective involvement of community members in preventive tasks. In four years, the program has been implemented in 52% of the zones, 118 Health Promoters have been trained, 67% of which joined in preventive activities, 30% of schools have made changes in their internal organization in order that the children are able to have breakfast before starting their school activities, and the correct diagnosis of the children sent by state health-service hospitals to CANIA grew from 39% to 78% following the training process. *An Venez Nutr 2005; 18(1): 131-141.*

Keywords: community nutrition, participation of community members, nutrition, health promotion, nutritional education, Venezuela.

Introducción

El nuevo paradigma del desarrollo económico y social en los últimos años es que las comunidades deben ser

protagonistas y gestoras de cambio en aquellos aspectos que las afectan y por lo tanto, responsables del manejo de su salud (1). Es imprescindible, si pretendemos resolver los problemas que nos aquejan, lograr un compromiso de las comunidades y las organizaciones como interlocutores válidos para convertirse en parte activa del proceso.

¹Licenciada en Educación Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA) Avenida Intercomunal de Antímamo con Avenida Principal de El Algodonal. CP 1100. Caracas, Venezuela. Teléfono: 471.47.30 Fax 471.43.47. ²Sociólogo. Correo electrónico: accaniace@cantv.net accaniaso@cantv.net

Desde esta perspectiva la organización para la participación social es una forma comprobada de hacer frente a problemas de salud y nutrición que afectan a muchas personas (2). A su vez, la transición desde la conciencia colectiva de un problema que afecta a todos, hasta encontrar una solución efectiva, requiere conocimientos, habilidades y actitudes que hagan de la acción comunitaria un vehículo para la solución de los problemas (3).

En la medida en que se entiende que la promoción de la salud y la nutrición busca mejorar las condiciones de vida y el desarrollo de las sociedades, porque se promueven no sólo comportamientos considerados saludables, sino también actitudes y prácticas tales como la solidaridad, la tolerancia, el respeto a las diferencias, la confianza social, entre otras, que inciden en la vida colectiva, entendemos que la participación social no se da solo desde el punto de vista individual, sino que debe concebirse como parte del capital social de una comunidad y por ende, vital para su desarrollo. El trabajo comunitario debe plantearse como una forma de construcción cotidiana para producir la transformación social (4).

Por Nutrición Comunitaria se entiende el conjunto de actividades vinculadas a la Salud Pública, que dentro del marco de la Nutrición Aplicada, se desarrollan con un enfoque participativo de la comunidad (5).

En este artículo se expone la experiencia de trabajo comunitario del programa de Nutrición Comunitaria que desarrolla el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo, CANIA, con la comunidad de la parroquia Antímamo, una zona peri-urbana de la ciudad de Caracas, Venezuela, como una herramienta válida para promover el desarrollo individual y comunitario, a través de la promoción de la salud.

Contexto

Antímamo es una parroquia ubicada al centro-oeste de Caracas, Venezuela, con una población de 140.710 habitantes para el año 2004, de estos 34% son menores de 15 años y 13% de 0 a 6 años, según estimación del Instituto Nacional de Estadísticas, sobre los resultados del censo 1990. Las características económicas, sociales, ambientales y culturales son complejas e influyen en el deterioro de la salud de sus pobladores, con características de una zona urbana poco privilegiada.

Según datos obtenidos por el CANIA, para cuando se inicia el programa de Nutrición Comunitaria, sus habitantes en promedio residen en la zona desde

hace más de 10 años, 98% tienen viviendas propias, construidas por la modalidad de autoconstrucción. Estas viviendas en la mayoría de los sectores, se presentan agrupadas en forma compacta, separadas por callejones y escaleras y en ellas habitan familias con un promedio de seis miembros, de los cuales tres son niños (6).

En general, los servicios públicos no están acordes a las necesidades de sus pobladores, 88% de las viviendas dispone de suministro de agua a través de acueducto, pero de calidad deficiente, en algunos sectores el agua es suministrada cada quince días y en otros falta hasta por tres meses; 95% cuenta con sistema de cloacas deteriorado y el servicio eléctrico cubre 88% de las viviendas, la mayoría por tomas ilegales (6).

La topografía de la parroquia, son terrenos en pendiente, su gran mayoría, algunos bastante inestables, esto hace que en época de lluvia ocurran derrumbes, por lo tanto anualmente hay muchas familias damnificadas.

Los servicios educativos, de protección y asistenciales, además de estar concentrados en zonas específicas, son insuficientes, tanto en número como en calidad de atención. La cobertura de los programas para niños menores de cinco años alcanza sólo un 26%, situación que fluctúa, pues hay períodos en los cuales algunas instituciones cierran por falta de presupuesto. La cobertura institucional a la población escolar es de 60% (6).

La prevalencia promedio de riesgo de desnutrición entre 1996 - 1998, fue de 34%. Esta información se obtiene del tamizaje nutricional realizado en una muestra de 10.481 niños, que proviene de un muestreo aleatorio de hogares, en las zonas que conforman la parroquia, mediante la medida de la Circunferencia Media del Brazo (CMB).

En la evaluación social realizada a los usuarios del Centro, se observó que 50% de los padres de los niños alcanzan máximo seis años de escolaridad, condición que influye en su situación laboral; aún de aquellos que están insertos en el sector formal de la economía, pues el 85% de ellos son obreros de baja calificación. El 69% de la población es pobre y 27%, tienen ingresos menores a la canasta normativa de alimentos.

En 1995 se crea en esta parroquia, el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo, CANIA, institución sin fines de lucro, dedicada a la atención integral y efectiva de la malnutrición en la población pediátrica y mujeres embarazadas de la parroquia Antímamo, como instrumento para el desarrollo social sostenible, la producción de conocimiento y la formación de recursos humanos en el área.

El CANIA desarrolla una intervención de la malnutrición con un enfoque interdisciplinario, con alto contenido educativo y un abordaje que abarca el niño, la familia y la comunidad desde dos ámbitos de acción:

- Asistencial (enfoque curativo), a través de los programas de atención de la malnutrición primaria (por déficit o por exceso), así como la asociada a patología orgánica crónica, atención nutricional a embarazadas y recién nacidos prematuros o a término, de peso bajo al nacer.
- Nutrición Comunitaria (enfoque preventivo), a través de estrategias para abordar simultáneamente actores claves: comunidad en colectivo, líderes comunitarios, personal y representantes de niños que asisten a escuelas, preescolares y multihogares, personal de centros de salud, organizaciones comunitarias.

La Nutrición Comunitaria, producto de un proceso de evaluación constante de la organización y el entorno, así como de la asesoría de expertos nacionales e internacionales, se constituye en un programa permanente en el quehacer de la institución a partir del año 2000.

Antecedentes del Programa de Nutrición Comunitaria.

El primer acercamiento de la institución con la comunidad fue meses antes de iniciar funciones operativas (noviembre 1994), cuando comienza la sectorización de la parroquia, con el objetivo de hacer el reconocimiento de su área de influencia, en cuanto a: delimitación geográfica de zonas y sectores, características socioambientales, infraestructura, servicios y recursos, estructura organizacional e institucional, e identificación de necesidades sentidas por la población. Esta actividad constituyó una plataforma fundamental para la planificación y operacionalización de actividades y constituyó un paso previo e indispensable para la captación de niños con problemas de malnutrición. Las personas responsables de dicha actividad son pobladores de la misma comunidad previamente entrenadas, como Animadoras Comunitarias de Salud y están adscritas a la Coordinación Social del CANIA.

En 1996 se inicia el tamizaje nutricional a una muestra representativa de la parroquia que concluye en 1998. En ese mismo año, se empezó la labor de apoyo a los multihogares y preescolares asistenciales, debido a la necesidad de contar con instituciones a las cuales se pudieran referir a los niños egresados del CANIA. Esta actividad de fortalecimiento a las organizaciones de atención nutricional a niños en la comunidad, se coordina

con los organismos rectores de dichos programas: Alcaldía del Municipio Libertador y Servicio Nacional de Protección a la Infancia y la Familia (SENIFA). La misma consistió en la evaluación nutricional de los niños atendidos, talleres de capacitación en aspectos relacionados con la alimentación y nutrición del niño y materiales informativos, dirigidos al personal en distintos niveles: supervisores, docentes y madres cuidadoras.

En 1998, como parte de una estrategia comunicacional, se colocan carteleras en locales de salud y educativos, con mensajes de prevención en salud y nutrición, elaborados por el CANIA. Posteriormente, en 1999, se ubican además las carteleras, en sitios no convencionales tales como abastos, peluquerías, lavanderías públicas, entre otros, por solicitud de sus propios dueños.

En el año 1999 se crea la Coordinación de Educación, se constituye formalmente el equipo de Nutrición Comunitaria, que lo integran un nutricionista, un auxiliar de educación y un comunicador social, todos adscritos a la Coordinación, además del personal de la Unidad de Acción Comunitaria. En el año 2000, se integra a este equipo un pediatra, un trabajador social y un psicólogo a tiempo parcial.

Con la actividad desarrollada, ya para 1999 se tenía una aproximación diagnóstica de la parroquia, en cuanto a datos de salud, dietéticos, psicológicos y sociales de los usuarios que asistieron a consulta durante cinco años de funcionamiento. Sin embargo, la preocupación permanente de profundizar en el conocimiento del problema comunitario, que es donde mejor se reflejan los problemas de las familias y de los niños y donde, persisten los factores que llevan a la malnutrición, CANIA complementa esa información en el año 2000 con un diagnóstico exhaustivo de la comunidad, como fase previa a la implementación del programa de Nutrición Comunitaria en las zonas a intervenir.

Se aplicaron encuestas para el registro de datos cuantitativos y técnicas cualitativas (grupos focales) en el seno de la comunidad, lo cual permitió recabar información exacta y actualizada referente al estado nutricional de los niños en especial de los menores de 2 años, peso al nacer, comportamientos y creencias de la comunidad sobre salud, alimentación de niños y embarazadas y sobre capacidad asociativa y de organización en la zona.

Se logró identificar las prácticas adecuadas en salud y nutrición, aquellas que debían ser modificadas, los factores que dificultan o facilitan los cambios de conducta requeridos, lo cual facilitó el diseñar estrategias de acción y los mensajes a utilizar (7).

El análisis de la información fue compartido con miembros de la comunidad, para crear conciencia de los problemas detectados, sus consecuencias y la posibilidad de soluciones efectivas a bajo costo, utilizando recursos internos y externos.

En esta fase del programa ya se comienza a poner en práctica un postulado fundamental de la Nutrición Comunitaria, cual es, aumentar la interacción entre la “base”, la comunidad y la “cumbre”, en este caso, CANIA como institución de salud (8).

Por sugerencia de la Dra. Micheline Beaudry, especialista en Nutrición Comunitaria, quien brindó una asesoría en el Centro, a principios de 2001, contando con la experiencia clínica previa y los datos obtenidos en la comunidad, se hicieron reuniones con el personal del CANIA para precisar cuáles serían los objetivos hacia donde focalizar el programa de Nutrición Comunitaria. La conclusión fue que debería orientarse a la prevención de la malnutrición en los niños menores de dos años.

En la fase operativa, previa determinación de los niveles de participación comunitaria existentes, el equipo de Acción Comunitaria inicia actividades formales y sistemáticas con los vecinos, para fortalecer la capacidad asociativa y la participación.

Con la finalidad de facilitar la evaluación de impacto, el programa de Nutrición Comunitaria se sistematiza bajo el esquema de la metodología de Marco Lógico y se definen su propósito y componentes, partiendo del fin que persigue CANIA como institución.

Programa de nutrición comunitaria

El propósito del programa es “Prevenir la malnutrición en niños, niñas y mujeres embarazadas de la parroquia Antímamo, con la participación activa de la comunidad”, en el marco del desarrollo social sostenible. Se establece como prioridad tratar de mejorar las prácticas de alimentación de los niños y niñas menores de dos años, sin excluir los otros grupos de edades. El programa incluye seis componentes, todos relacionados con los grupos de población u organizaciones que pueden impactar para el logro del propósito. Los componentes son:

1. Vigilancia del riesgo de malnutrición en la comunidad, que tiene como objetivo, identificar niños con problemas de malnutrición y referirlos para atención oportuna, al mismo tiempo que se determinan las variaciones en la prevalencia de riesgo de malnutrición.

2. Promoción de la organización y participación vecinal y formación de Promotores Comunitarios de Salud (PCS), cuyo objetivo es informar, sensibilizar y capacitar a los vecinos, promoviendo su participación activa en acciones vinculadas a la superación de la problemática nutricional.
3. Evaluación y educación nutricional en escuelas, que tiene por objeto, sensibilizar y movilizar a docentes, padres y representantes en relación con la problemática alimentaria de la población escolar de la parroquia, e incentivar a los niños en el aprendizaje de aspectos relacionados con la alimentación y nutrición y de esta manera, proyectar la acción de la escuela en pro de lograr cambios en los hábitos alimentarios de la familia.
4. Evaluación y educación nutricional en preescolares y multihogares, cuyo objetivo es sensibilizar y capacitar al personal de preescolares y multihogares que administran programas alimentarios, para detectar la malnutrición en los niños y niñas que atienden y ejecutar acciones correctivas.
5. Orientación a mujeres embarazadas y lactantes, orientado a promover mejoras en las prácticas de alimentación de las mujeres durante el embarazo, período de lactancia y de niños menores de 1 año, generando condiciones que apoyen la lactancia materna exclusiva, continuada y la alimentación complementaria oportuna, adecuada, inocua y apropiada.
6. Capacitación y sensibilización del personal de salud de los ambulatorios de la parroquia, que tiene como objetivo capacitar al equipo de salud en la identificación oportuna de la problemática nutricional en niños y embarazadas y proporcionar herramientas para la intervención adecuada de la malnutrición a nivel primario; así como unificar criterios de atención y mensajes a transmitir a la comunidad.

Metodología de trabajo

El programa de Nutrición Comunitaria se implementa en las 23 zonas de la parroquia Antímamo, de manera progresiva, interviniendo tres o cuatro zonas cada año. Se prevé completar el abordaje en un lapso de ocho años contados a partir del 2001, según la siguiente secuencia: 2001: La Pedrera, Vuelta El Fraile y Santa Ana; 2002: El Progreso, La Cumbre y Santa Elena; 2003: El Carmen, Cruz Verde y Bulevar Rómulo Betancourt;

2004: La Paz, Buena Vista y 1ª Calle de Carapita; 2005: El Algodonal, 4ª Calle de Carapa y 2ª Calle de Carapita; 2006: Pueblo Nuevo, Bandera Blanca, La Grama y Av. Intercomunal; 2007: El Cementerio, Germán Rodríguez y La Colmena y en el 2008: Mamera.

La selección de las tres primeras zonas a intervenir se hizo tomando en cuenta los criterios de riesgo y accesibilidad y se combinaron zonas muy deprimidas (La Pedrera) con zonas menos deprimidas (Vuelta El Fraile), donde además existieran, organizaciones comunitarias o instituciones que apoyaran a Cania en este programa. Las zonas subsiguientes se escogen por proximidad con las anteriores, tratando de combinar zonas muy extensas y pobladas con otras menos extensas, con la finalidad de equilibrar el volumen de trabajo.

El Equipo Coordinador de Nutrición Comunitaria, integrado por las coordinadoras de Educación, Social, Psicología y Salud tienen la responsabilidad de planificar y coordinar las distintas acciones, que son ejecutadas por el equipo de Nutrición Comunitaria, integrado por personal de diferentes coordinaciones. La intervención en cada zona, dura dos años e incluye la ejecución de las actividades señaladas a continuación:

Actividades en cada componente

Componente 1: La actividad central es el tamizaje nutricional que se realiza a niños y niñas menores de 15 años de la comunidad, lo cual permite identificar aquellos niños que presentan riesgo de malnutrición y referirlos a CANIA o al ambulatorio de su sector, para que reciban atención oportuna.

Se utiliza la Circunferencia Media del Brazo (CMB), considerada efectiva y de fácil aplicación en comunidad por personal no especializado (9). El resultado obtenido se compara con los valores de referencia del Estudio Longitudinal de Caracas (10), para clasificar la condición nutricional del niño. Si el niño presenta riesgo de malnutrición es referido al centro de salud correspondiente, para su atención.

El tamizaje se realiza casa por casa, en una muestra representativa, estimada estadísticamente, de esta forma, se mide la prevalencia de riesgo de malnutrición en la población menor de 15 años. La medición se hace en dos momentos: antes de intervenir la zona, para determinar la línea base de prevalencia de riesgo de malnutrición y dos años después de la intervención, para detectar cambios en este indicador y de esta forma evaluar el impacto.

Las visitas a los hogares para realizar el tamizaje constituyen una oportunidad, para brindar a la familia orientaciones sobre salud preventiva: control de niño sano, lactancia materna, higiene del niño y del hogar, entre otros, función que asumen las animadoras comunitarias de salud.

Componente 2: Se realiza en dos etapas: a) Promoción de la organización y participación vecinal y b) Formación de promotores comunitarios de salud.

a. Promoción de la organización y participación vecinal: Es un proceso previo a la captación y formación de promotores comunitarios de salud. Durante aproximadamente ocho meses las Animadoras Comunitarias se involucran con los vecinos y los acompañan en la identificación de problemas comunitarios, así como también, en la planificación y ejecución de actividades orientadas a su solución, para de esta forma, ganar su confianza. Al inicio de este abordaje se miden los niveles de participación existentes en la zona, aplicando para ello la metodología de Carlos Agudelo (11), que consiste en identificar los instrumentos de participación con que cuenta la comunidad: promotores de salud, comités de salud, comunidad colectiva y otras organizaciones así como el tipo de gestión que realizan.

Para promover la participación y organización de los vecinos se recorre la zona, se identifican y visitan instituciones, organizaciones y personas que poseen liderazgo en la comunidad, se detectan necesidades sentidas, se hacen reuniones para acordar prioridades y se motiva a los vecinos al trabajo comunitario. Se promueven alianzas con instituciones públicas y privadas involucradas en la problemática detectada y el acercamiento entre diferentes sectores de una misma zona para trabajar una problemática común. Después que se ha logrado este acercamiento e interacción con los vecinos, se promueve el curso de Promotores Comunitarios de Salud y se formaliza el proceso de inscripción.

b. Formación de Promotores Comunitarios de Salud. Es el segundo paso de este componente, su objetivo general es capacitar a los vecinos para que organizados participen activamente en acciones orientadas a mejorar las prácticas de salud y alimentación de los niños, niñas y mujeres embarazadas.

Consiste en un curso en dos etapas, una primera etapa de conocimientos teóricos, de 44 horas de duración, durante 11 semanas y una segunda etapa de ejecución práctica, en la cual se desarrolla un proyecto comunitario, contando con la asesoría y el seguimiento por parte del personal que dicta el curso. El curso

enfatisa la transmisión de conocimientos relacionados con la alimentación del niño durante los primeros dos años de vida, pero también incluye otros temas, sobre necesidades sentidas y expresadas, que de alguna manera, guardan relación con la salud nutricional. Igualmente se abordan aspectos básicos para habilitar al participante, tanto en el ámbito individual y familiar, como para el desempeño de su rol como promotor (solidaridad, confianza, corresponsabilidad, manejo de conflictos, entre otros)

Los contenidos teóricos se estructuran en módulos que incluyen los siguientes tópicos: Módulo 1: Autoestima, crecimiento persona y comunicación efectiva; Módulo 2: Rol de la familia en la comunidad; Módulo 3: Promoción de la salud de la familia; Módulo 4: Alimentación de la madre y el niño; Módulo 5: Promoción de la salud infantil; Módulo 6: Herramientas de trabajo comunitario. Los requisitos para participar en el curso son: ser vecino o vecina de las zonas donde se ejecuta el programa de Nutrición Comunitaria, saber leer y escribir, mayor de 18 años, manifestar interés por contribuir al desarrollo de su comunidad a través de la participación comunitaria.

El programa continúa con una fase de seguimiento que dura cuatro meses, en la cual se monitorean los proyectos en la comunidad y se complementan los conocimientos recibidos, con nuevos talleres que se planifican de común acuerdo con el grupo.

Posterior a este proceso formativo los Promotores Comunitarios, sin menoscabo de otros proyectos locales que ejecuten, asumen el compromiso de orientar a mujeres embarazadas y en período de lactancia, para lograr que amamenten de manera exclusiva a sus hijos durante los primeros seis meses de vida e incorporen en forma exitosa otros alimentos. Todo esto, para lograr que los niños y niñas de la comunidad reciban una alimentación óptima en la etapa más vulnerable de su vida. Esta actividad es voluntaria, sin otra retribución que el reconocimiento y la satisfacción moral de saberse útiles a su comunidad y a su país.

Componente 3: La intervención en las escuelas se dirige a los tres actores principales de la comunidad educativa: Personal docente, por ser importantes agentes multiplicadores; niños, como receptores directos susceptibles al cambio, con capacidad para transmitir a los demás miembros del grupo familiar la información recibida y padres y representantes, por ser modelos significativos a imitar y encargados de velar por la salud del niño.

En las zonas a intervenir, se parte de la lista de las instituciones de educación básica ubicadas en las

mismas y de allí, se seleccionan las escuelas donde se desarrollarán las actividades, dando preferencia a las escuelas públicas que ejecuten programas alimentarios. Cada año se seleccionan tres escuelas, pero el número puede variar de acuerdo al número y matrícula de las mismas.

En las escuelas se hace la evaluación antropométrica de los niños de primer y segundo grado de ambos turnos. Se utilizan los siguientes equipos: una cinta de medición de CMB la cual debe estar "calibrada", una balanza digital y un tallímetro portátil. Cuando las condiciones del espacio no permitan el uso del tallímetro, se utiliza la técnica de la plomada (12).

Los diagnósticos de los niños, se hacen de acuerdo a los criterios establecidos con los indicadores peso para la talla, talla para la edad y circunferencia media del brazo para la edad. Se reportan los diagnósticos siguientes: Riesgo de Malnutrición por Déficit, Desnutrición Leve; Desnutrición Moderada, Sobrepeso; Riesgo de Talla, Talla Baja, Riesgo de Talla y Talla Alta (10,13). Además se utiliza el diagnóstico por combinación de indicadores, considerando la clasificación utilizada por el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) (14).

El personal docente y directivo de la escuela recibe, en un tiempo no mayor de 15 días, el informe de la evaluación antropométrica de los niños y niñas, así como las referencias para los que resultaron con malnutrición, la cual debe ser entregada por el docente a los padres.

Conjuntamente con los docentes se organizan actividades educativas dirigidas a los padres y representantes, para informarles de los resultados generales de la evaluación, se dan orientaciones específicas y se responde a las inquietudes e interrogantes. También se organizan actividades educativas dirigidas a los niños de quinto y sexto grado, propuestas por el docente del aula o planificadas conjuntamente con él. El personal del CANIA puede actuar como facilitador, siempre que el docente esté presente en las mismas. El material promocional de las actividades es elaborado en el CANIA, en formato de fácil lectura, con imágenes y colores llamativos a fin de que sea atractivo y motive el interés del lector.

Componente 4: La intervención se dirige a instituciones preescolares que ejecuten programas alimentarios y a multihogares, independiente del organismo de adscripción. Cada año se hace un censo de los preescolares y multihogares que están operando en las zonas, si existen más de tres preescolares, se seleccionan aquellos con los cuales se trabajará, dando preferencia a los públicos que ejecuten programas alimentarios. Se atiende a todos los multihogares, siempre que se

cuenta con el consentimiento de su directiva. Una vez seleccionados, se visitan para informales del alcance del programa y de sus beneficios, se verifica la disposición a participar y si es positiva, se les entrega el cronograma de actividades y se establece un compromiso de participación.

La primera actividad, es un taller dirigido a los docentes sobre aspectos básicos de la alimentación del preescolar y técnicas de medición de peso y talla, para la evaluación nutricional antropométrica. Una vez que el personal está entrenado, se programa la evaluación de los niños, en la cual participan en forma conjunta el personal del preescolar y el personal del Cania.

Los datos antropométricos son procesados por el nutricionista para elaborar el informe con los diagnósticos, que se entrega al docente en un lapso no mayor de 15 días, junto con las referencias para la atención de aquellos niños que resultaron con algún problema nutricional y, en función de los resultados se acuerdan las estrategias o actividades que se desarrollaran.

Generalmente después del diagnóstico, se elaboran orientaciones sobre preparación y suministro de alimentos a los niños en la institución y, se organizan talleres dirigidos al personal y a los padres o representantes de los niños. El contenido de los talleres o la dinámica a seguir en actividades posteriores, se establece, de común acuerdo con el personal de la institución, sobre la base de las necesidades de cada caso.

Componente 5: Las actividades de este componente se centran en la difusión de mensajes sobre la alimentación del niño pequeño y el lactante, en concordancia con la Estrategia Mundial de la OMS/UNICEF presentada en Mayo de 2002 en la 55a Asamblea Mundial de la Salud, que proporciona el plan de acción integral a los Estados Miembros. Incluye temas como la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, lactancia materna continua hasta el segundo cumpleaños y más allá, la introducción de los alimentos complementarios iniciales a los seis meses de edad, entre otros (15).

La estrategia diseñada por el CANIA, se basó en los hallazgos sobre la alimentación del niño menor de dos años identificados en las consultas que desarrolla esta institución desde el año 1995 y en una investigación sobre prácticas de alimentación de este grupo de edad (16). Se establecieron tres actividades claves:

a) Intercambio con mujeres embarazadas y en período de lactancia en la sala de espera de la consulta

prenatal y post natal de ambulatorios en la parroquia: Leopoldo Aguerrevere, Jesús González Cabrera, Rotary Club y Módulo de Carapita. Se pretende mejorar los conocimientos sobre lactancia materna y hábitos saludables, que permitan un mejor estado de salud del binomio madre-hijo. En el ambulatorio las madres pueden recibir la orientación precisa que requieran para garantizarles a sus hijos el mejor aprovechamiento de la lactancia.

b) Consejería en lactancia materna. En los cuatro ambulatorios, se abre un espacio semanal para que el personal de salud refiera a las madres de niños menores de un año que presenten dificultades con la lactancia materna o con la introducción de alimentos complementarios, para que sea atendida por un Consejero en Lactancia Materna quien puede ayudar a las madres a superar dichas dificultades.

c) Proyecto Protegiendo la Salud Nutricional de los Niños de mi Comunidad: En el cual se incorporan de manera voluntaria los Promotores Comunitarios de Salud formados por el CANIA. Cada promotor se responsabiliza por hacer seguimiento a madres embarazadas o con niños menores de un año que habiten en su sector (se establece como meta 10 madres) y en las visitas domiciliarias le brinda orientación y apoyo acerca de prácticas de alimentación adecuada.

El Promotor Comunitario debe hacer contacto con estas madres (preferiblemente desde el embarazo), para vigilar y promover prácticas óptimas para un adecuado estado de salud, en tres momentos puntuales:

- Durante el embarazo: Asistencia al control prenatal, alimentación adecuada durante el embarazo y promoción de la lactancia materna
- Madres de niños menores de seis meses: Promoción del control post natal, planificación familiar y control de niño sano, apoyo en la práctica de la lactancia materna, orientación para la introducción de alimentos complementarios (cuando el niño esta próximo a cumplir 6 meses).
- Madres de niños de seis meses a un año: Apoyo y orientación en la introducción de alimentos complementarios, incorporación del niño a la mesa familiar y promoción del control de niño sano.

Componente 6. Para facilitar que el personal de las instituciones de salud de la zona comparta y apoye los mensajes del programa de nutrición comunitaria y atender la preocupación del personal de los ambulatorios, sobre la necesidad de disponer de herramientas para la atención de los problemas nutricionales de la comunidad,

se organizan “mesas de trabajo” conformadas por médicos y nutricionistas de los seis ambulatorios de Antímano: Carapita, Rotary Club, César Rodríguez, Aranda Arocha, Leopoldo Aguerrevere y Jesús González Cabrera con el personal del CANIA. El objetivo es discutir y acordar la intervención nutricional a seguir en niños, niñas y adolescentes, con especial interés en la población menor de dos años.

Además se realizan cursos de actualización al personal de enfermeras y médicos en aspectos relacionados con las mediciones antropométricas y diagnóstico nutricional. Se sensibiliza, capacita y moviliza a profesionales de trabajo social y psicología, para la atención de la problemática nutricional desde un enfoque psicosocial, mediante estrategias de atención individual y grupal. Las actividades de los componentes 5 y 6 se realizan de manera permanente en los ambulatorios públicos de la parroquia.

Seguimiento y Evaluación

La evaluación constituye una herramienta que acompaña el proceso o desarrollo del proyecto, está presente en todas sus fases. Está destinada a mejorar la calidad del trabajo, la calidad de sus resultados y la comprensión de lo que sucede durante su implementación. Incluye seguimiento o evaluación de procesos y evaluación de impacto (17)

En el seguimiento se recoge información cuantitativa y cualitativa sobre el cumplimiento de las acciones programadas, el desarrollo de las actividades, la participación de la comunidad, el funcionamiento de los canales de difusión e información. Parte importante del seguimiento lo constituye la opinión de los usuarios, consultados a través de encuestas y grupos focales, en especial la de los promotores comunitarios de salud, involucrados en el programa. También se incluye la verificación del cumplimiento del cronograma para el alcance de metas, que se realiza cada trimestre siguiendo la metodología de Marco Lógico

La evaluación de impacto está orientada a responder si se lograron los objetivos del programa, en este caso se enfoca a medir: cambios en la prevalencia de malnutrición, adquisición de conocimientos por parte de los grupos sometidos a la intervención, la modificación de actitudes y prácticas alimentarias, la sensibilización de otros factores involucrados, especialmente el personal de salud de los ambulatorios.

Resultados

Entre los resultados preliminares se encuentran los siguientes:

- Vecinos de nueve zonas de la parroquia (39%) trabajando con instituciones y organizaciones de la comunidad para la solución de problemas comunes y tres zonas en proceso de organización y participación comunitaria (Cuadro 1-3).

Cuadro 1. Resultados de la promoción y participación comunitaria en las zonas de Santa Ana, La Pedrera y Vuelta El Fraile. 2001 - 2003

Niveles de participación Línea base Enero 2001	Promoción de la participación vecinal Septiembre 2001
13 organizaciones internas funcionando en forma estable y 3 inestables con bajo grado de credibilidad	10 instituciones u organizaciones externas y 6 internas participando con grupos de vecinos.
Comunidad en colectivo con bajo nivel de participación y alto nivel de desconfianza en organizaciones externas.	8 proyectos en marcha considerados prioritarios por los vecinos.
2 organizaciones comunitarias actualmente inactivas.	2 organizaciones vecinales con proyectos suspendidos, reactivadas.
No hay comités de salud ni promotores comunitarios de salud.	512 personas movilizadas 26 personas captadas para curso de promotores comunitarios de salud

Fuente: Coordinación Social. CANIA

Cuadro 2. Resultados de la promoción y participación comunitaria en las zonas El Progreso, La Cumbre y Santa Elena. 2002.

Niveles de participación Línea base Enero 2002	Promoción de la participación vecinal Septiembre 2002
12 organizaciones presentes con funcionamiento inestable, 3 de ellas con escasa iniciativa para proponer proyectos.	7 instituciones u organizaciones externas y 11 internas participando con grupos de vecinos.
Comunidad en colectivo participa activamente cuando las organizaciones lo requieren.	9 proyectos en marcha considerados prioritarios por los vecinos
No hay comités de salud ni promotores comunitarios de salud en ninguna de las zonas.	2 organizaciones comunitarias ya existentes, reactivadas.
En una de las zonas no existen instrumentos de participación.	393 personas movilizadas. 223 personas captadas para curso de promotores comunitarios de salud En una de las zonas no hubo resultados.

Cuadro 3. Resultados de la promoción y participación comunitaria en las zonas Boulevard, Rómulo Betancourt, El Carmen y Cruz Verde. 2003

Niveles de participación Línea base Enero 2003	Promoción de la participación vecinal Septiembre 2003
9 organizaciones presentes estables, en dos zonas. En una de ellas no existen organizaciones.	7 instituciones u organizaciones externas y 4 internas, participando con grupos de vecinos.
Comunidad en colectivo participa activamente para apoyar acciones de organizaciones comunitarias.	7 proyectos en marcha considerados prioritarios por vecinos.
No hay comités de salud ni promotores comunitarios de salud en ninguna de las zonas.	140 personas movilizadas. 13 personas captadas para curso de promotores comunitarios de salud.

- 118 vecinos capacitados como Promotores Comunitarios de Salud y 79 de ellos, 67%, participan activamente en proyectos locales orientados a la prevención en salud y nutrición y al mejoramiento de su calidad de vida. En los Cuadros 4-6 se presenta una relación de los proyectos locales emprendidos por los PCS, como ejercicio para llevar a la práctica los conocimientos adquiridos, los cuales responden a necesidades sentidas. En algunos de estos proyectos se han ido incorporando nuevos grupos formados.

Cuadro 4. Proyectos locales en curso desarrollados por los promotores comunitarios de salud. 2001- 2005

Proyectos locales en curso (40,5%)		
Nombre	Nº de grupos	Nº de personas
Mejoramiento del sistema de recolección de basura en un sector	2	7
Prevención en salud bucal	1	4
Amigos de las Casas de Alimentación	1	5
Prevención de embarazo en adolescentes	3	10
Vigilancia nutricional y prevención en Casa de Salud (Barrio Adentro)	1	4
Prevención de diarreas en Casa de Salud	2	4
Prevención de diabetes e hipertensión en Casa de Salud	1	4
Creación de Casa de Alimentación	1	4
Grupos de apoyo ambiental	1	2
Programa en emisora de radio comunitaria "Alimentación Sana"	1	1
Charlas de salud en Infocentro	1	1
Subtotal	15	46

Cuadro 5. Proyectos locales concluidos desarrollados por los promotores comunitarios de salud. 2001- 2005

Proyectos locales concluidos (32,4%)		
Nombre	Nº de grupos	Nº de personas
Limpieza y alumbrado de calle	1	3
Eliminación de botadero de basura y construcción de muro de contención	1	2
Eliminación de contenedores de basura que afectan la escuela	1	6
Jornadas de prevención de salud bucal en La Pedrera	1	2
Reparación de tubería matriz	1	2
Participación comunitaria en ejecución de programa alimentario escolar.	1	5
Amigos del Ambulatorio	2	9
Casas comunitarias de salud "La Esperanza"	3	12
Comisión construcción Escuela González Cabrera	1	3
Subtotal	12	44

Fuente: Coordinación Social. CANIA

Cuadro 6. Proyectos locales desarrollados por los promotores comunitarios de salud que se abandonaron. 2001- 2005

Abandonados (27%)		
Nombre	Nº de grupos	Nº de personas
Reparación de infraestructura	2	6
Defensa de derechos del niño	1	2
Amigos ambulatorio Rotary Club	1	3
Creación multihogar	2	7
Recuperación de espacios comunitarios	2	6
Talleres de "Alimentación Sana"	1	4
Subtotal	10	28
Total	37	118

Fuente: Coordinación Social. CANIA

- Personal de 10 escuelas (50%), 11 preescolares (30,5%) y 17 multihogares (89,4%), sensibilizados y capacitados en la prevención de la malnutrición en los niños que atienden. En tres de las escuelas se han operado cambios en la organización interna, para favorecer que los niños reciban el desayuno antes de iniciar la jornada escolar.
- Se han atendido 6.637 niños en la evaluación antropométrica, de las escuelas, multihogares y preescolares y fueron referidos al CANIA cerca del 45,4% (3.013 niños), por riesgo de malnutrición y

malnutrición tanto por déficit como por exceso, siendo ésta una manera efectiva de detectar la problemática y atenderla oportunamente.

- Entre enero 2002 y junio 2004, se realizaron 163 actividades educativas en los ambulatorios de la parroquia para la promoción y defensa de la lactancia materna, con la participación de 872 mujeres embarazadas y en período de lactancia.
- 20 Promotores Comunitarios de Salud formados en el CANIA participan activamente en actividades para mejorar las prácticas de alimentación del niño menor de 1 año a través del proyecto “Protegiendo la Salud de los niños de mi comunidad”.
- Personal de cuatro ambulatorios sensibilizados, capacitados y trabajando coordinadamente. Se realizaron talleres de reentrenamiento del personal médico y de enfermería en diagnóstico y técnicas antropométricas. Como resultado, la proporción de diagnósticos nutricionales correctos en los niños referidos de los ambulatorios a la consulta de triaje de CANIA, varió de 39% antes del entrenamiento a 78% después del mismo.
- Se realizaron mesas de trabajo con médicos y nutricionistas de los ambulatorios de la parroquia para discutir pautas de atención primaria, resultando de las mismas un documento para ser publicado con el nombre de “Manual de nutrición para niños, niñas y adolescentes en atención primaria en salud”, el cual pretende ser una guía para el personal de salud que atiende a este sector de la población.

Reflexiones Finales

Para diseñar un programa de Nutrición Comunitaria, se debe partir del conocimiento y comprensión de la comunidad con la que se va a trabajar, de la identificación de los recursos con que se cuenta y de los problemas posibles de resolver. Una vez procesada dicha información debe ser compartida con los miembros de la comunidad para crear conciencia de los problemas detectados, sus consecuencias y la posibilidad de soluciones efectivas a bajo costo utilizando los recursos internos y externos identificados.

En esta experiencia los resultados obtenidos de los propios pobladores permitieron identificar las prácticas adecuadas en salud y nutrición, las que debían ser modificadas, los factores que dificultaban o facilitaban los cambios de conducta requeridos, y así diseñar estrategias de acción y determinar los mensajes a utilizar, teniendo en cuenta la factibilidad de ser aplicados por la población.

La organización para la participación social es parte del capital social con que cuenta una comunidad para su desarrollo, por lo tanto, el trabajo comunitario debe plantearse como una forma de vida cotidiana para producir cambios sociales, profundos y permanentes. Por esta razón, la primera estrategia a implementar, fue la promoción de la organización y participación vecinal, herramienta fundamental para la solución de los problemas comunitarios y conlleva a los individuos al autoreconocimiento como actores de la realidad y al desempeño de nuevos roles. Durante este proceso se fomentan valores que crecen en la medida que se ejercen, tales como la confianza, la responsabilidad compartida, la solidaridad, la asociatividad, valores fundamentales para la construcción de ciudadanía.

Con el programa de Nutrición Comunitaria la institución actúa como acompañante en el proceso comunitario, siempre controlando la influencia directa de la institución en la población para no crear un vínculo de dependencia, lo cual constituye una amenaza para que la experiencia sea realmente participativa.

La capacitación es uno de los puntos fuertes del trabajo comunitario y del fortalecimiento del capital humano, por lo cual, se diseñó y ejecutó, el curso de promotores comunitarios de salud, para estimular la participación de los vecinos en la promoción y vigilancia de la salud y nutrición de niños y embarazadas. Al mismo tiempo, que la capacitación habilita a los participantes, en términos de crecimiento personal y cambio, promueve la adquisición de destrezas y capacidades para el manejo de su propia vida, como individuos y miembros de una familia y mejora la comunicación con los otros, en su quehacer cotidiano.

Para generar capital social es necesario que las personas o comunidades se organicen en acciones colectivas, así como también, que promuevan nexos verticales entre las comunidades y los que ocupan posiciones de influencia en las organizaciones formales, tanto para el desarrollo de la promoción vecinal, como en el proceso de acompañamiento y asesoría de los proyectos implementados por los Promotores Comunitarios de Salud. Por lo tanto, la vinculación con las instituciones internas y externas que pudieran apoyar la labor de las comunidades, se convirtió en una tarea constante, generando así, la confianza social requerida para articular acciones.

En todo momento se consideró que no era suficiente habilitar a los vecinos para participar en la planificación y ejecución de proyectos, sino que debíamos apoyarlos para que desarrollaran la capacidad de formar redes, de habilitar espacios para la interacción directa entre

la población y las instituciones involucradas en la solución de sus problemas. Para que pudieran intervenir de manera efectiva, opinar y ser oídos, por los que tienen el poder de decisión dentro de las instituciones y que tuvieran disposición, de emprender acciones conjuntamente con la comunidad organizada.

Las alianzas con otras instituciones y organizaciones de la zona, es requisito indispensable para lograr la participación en la planificación conjunta de acciones a emprender, de todos los entes involucrados y su puesta en marcha en función del ámbito que le compete a cada sector para la solución del problema.

Cabe señalar que el trabajo comunitario significa afrontar retos y dificultades, en muchos casos no previsible; motivo por el cual, a pesar de contar con una programación previa, se requiere constantemente hacer ajustes en función de la realidad local.

Desde esta perspectiva, la energía que moviliza al equipo de trabajo y no permite decaer ante los obstáculos, es constatar que en nuestras comunidades existen seres anónimos, que sólo requieren de estímulo y apoyo para crecer como personas y salir a luchar con y por su gente.

Referencias

1. Gumucio-Dagron, A. Comunicación para la salud: el reto de la participación. <http://www.commimt.com/la/lacht/sld-189.html>. (Consultado el 3 de febrero de 2003)
2. Organización Panamericana de la Salud. Aplicación de teorías y técnicas de las Ciencias Sociales a la promoción de la salud. *Rev Panam Salud Pública* 1998; vol. 4 (2): 142-7.
3. Martínez H. Experiencias en participación comunitaria para promover la educación en nutrición. *Salud Pública Méx.* 1993; 35:673-81.
4. Restrepo H, Málaga H. Agenda para la acción en promoción de la salud. En: *promoción de la salud: como construir vida saludable*. Santa Fe de Bogotá: Médica Panamericana; 2001. P 34-55
5. Aranceta, J. Nutrición Comunitaria. Se consigue en el URL: <http://www.nutricioncomunitaria.com/nutricio.asp?arbre:22>. (Consultado el 19 de marzo de 2003).
6. Mota A. Aproximación diagnóstica de la parroquia Antímamo. *Bol Nutr Infantil CANIA* 1999; (3): 14-9
7. Lovón M. Educación y comunicación participativa en nutrición y salud, guía para la planificación de programas a nivel local elaborado en base a la experiencia del programa de seguridad alimentaria nutricional en las provincias de Arque, Bolívar y Tapacari. PROSANA. Cochabamba: Prosana 1996. p. 86.
8. Beaudry M. La Nutrición Comunitaria desde la perspectiva de la Nutrición Pública. *Bol Nutr Infantil Cania* 2001; (5):7-17.
9. Henríquez Pérez G. Evaluación del estado nutricional. En *Nutrición en Pediatría*. Caracas: Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo CANIA; 1999, 17-62
10. Méndez Castellano H, López Contreras Blanco M, Landaeta de Jiménez M., González Tineo A, Pereira I. Estudio Transversal de Caracas. *Arch Venez Pueric Pediatr* 1986; 49 (3-4):111-55.
11. Agudelo C. Participación comunitaria en salud: conceptos y criterios de valoración. *Bol Oficina Sanit Panam* 1983; 95(3):205-15.
12. Hernández de Valera Y. Guía sobre antropometría nutricional. II Taller Nacional sobre SISVAN. Caracas 11 al 15 de Noviembre; 1991 (Mimeo).
13. WHO. Used and interpretation of anthropometric indicators of nutritional status. *Bull World Health Organ* 1986;64 (6):929-41
14. Hernández de Valera Y, Arenas O, Henríquez Pérez G. Clasificación nutricional antropométrica: modificación de la clasificación de Waterlow. *An Venez Nutr* 1993;6:31-40.
15. OPS/OMS. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI). 130ª Sesión del comité ejecutivo. Washington D.C.: OPS/OMS; 2002. Se consigue en URL: <http://www.paho.org/spanish/gov/ce/ce130-13-s.pdf> (Consultado el 6 de agosto de 2004).
16. Placeres de M O, Medina RD. Creencias y factores ambientales que intervienen en las prácticas alimentarias del niño menor de 2 años en una comunidad popular de Caracas. 2002 (Mimeo).
17. Andrien M, Beghin I. Nutrición y comunicación: de la educación en nutrición convencional a la comunicación social en nutrición. Distrito Federal (México): Universidad Iberoamericana. Departamento de Salud; 2001. p.159.