

Mejora efectiva a bajo costo de los programas de apoyo alimentario¹

Braulio Cuba, Fanny Parqui y colaboradores² - Universidad Católica de Santa María - CICA

En los últimos años, la ejecución de planes, programas y proyectos se ha caracterizado por una marcada tendencia a priorizar acciones de asistencia alimentaria como solución a los problemas de nutrición. Sin embargo, un común denominador es que no resaltan el componente educativo, pretendiendo mejorar la nutrición de los beneficiarios en virtud solo de la ayuda alimentaria.

El incesante incremento de la migración a la ciudad de Arequipa y la agudización de la crisis económica han exigido que la población reedite experiencias de organización comunal alimentaria, apoyadas por instituciones que entregan víveres o potencian las organizaciones con acciones de capacitación y movilización social. Estos organismos, en el marco de sus objetivos institucionales y de acuerdo con el flujo de donaciones de las entidades internacionales cooperantes, han impulsado la constitución, organización y fortalecimiento de los Comedores populares y de los Comités del Vaso de Leche, pero sin llegar a mejorar la alimentación y nutrición de las familias que se acogen a ellos, por la carencia de recursos y porque no se han desarrollado niveles autogestionarios suficientes.

«...en el marco de sus objetivos institucionales y de acuerdo con el flujo de donaciones de las entidades internacionales cooperantes, han impulsado la constitución, organización y fortalecimiento de los Comedores populares y de los Comités del Vaso de Leche, pero sin llegar a mejorar la alimentación y nutrición de las familias que se acogen a ellos. Se requiere que la mayor información, educación y comunicación en materia de nutrición se encuentren orientadas a conseguir cambios en el comportamiento de la población»



Se requiere que la mayor información, educación y comunicación en materia de nutrición se encuentren orientadas a conseguir cambios en el comportamiento de la población, para lo cual deben basarse en contenidos técnicos homogéneos, que bajo la aplicación de metodologías participativas fomenten la creatividad de las intervenciones alimentario-nutricionales y favorezcan el logro de resultados positivos.

En este contexto, el presente trabajo de investigación plantea proporcionar los elementos necesarios para prevenir la desnutrición crónica y su reagudización a través de la inclusión de componentes educativos, teniendo como propósitos, en primer lugar, determinar el nivel de conocimientos sobre educación y autocuidado para la salud, alimentación y nutrición de la población; en segundo lugar, identificar las necesidades de educación para la salud, considerando hábitos y costumbres, sin imponer cambios interculturales; y, por último, evaluar la mejora en el autocuidado de la salud, alimentación y nutrición, obtenida por la intervención a través de los procesos de capacitación.

1/ Resumen del documento homónimo desarrollado en el marco del Concurso de Investigación CIES 2001, auspiciado por ACIDI-IDRC. Podrá descargar la versión completa de este documento, desde www.consortio.org/programa2001.asp

2/ Shirley Galván, Beatriz Sucasaca, Giovana Díaz, Roxana Figueroa, Ross Mary Machaca, Valentín Salazar, Jackeline Carpio y Ferly Urday.

Población

De esta manera, nuestra población quedó constituida por 60 niños comprendidos entre las edades de 6 meses a 4 años, 11 meses, 29 días, que presentaron un diagnóstico nutricional de riesgo nutricional, desnutrición aguda o desnutrición crónica reagudizada, los cuales debían ser beneficiarios de algún tipo de programa de apoyo alimentario (como el Vaso de Leche y los Comedores populares) y vivir en zonas económicamente bajas.

La investigación se efectuó en zonas urbano marginales de Arequipa Metropolitana: (a) Zona este: distrito de Mariano Melgar con los Pueblos Jóvenes (PP JJ) El Mirador, Pueblo Libre y los Olivos; (ii) Zona norte: distritos de Cerro Colorado y Yura, con los PP JJ Sor Ana de los Ángeles, Ciudad Municipal y Ciudad de Dios; (iii) Zona sur: distrito de Hunter, con los PP JJ Alto Alianza, Arias Aragüez, Leones del Sur. Cada zona contó con 20 niños en estudio; 10 para la intervención semanal y 10 para la intervención mensual.

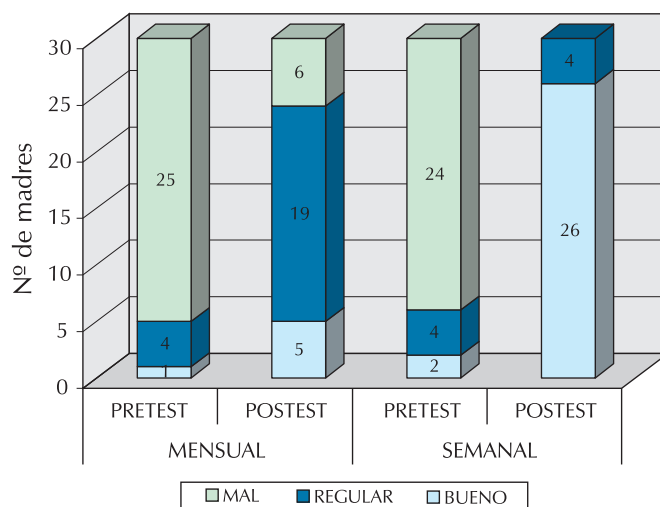
La capacitación en alimentación y salud de las madres adscritas a los programas alimentarios en la ciudad de Arequipa

En el gráfico 1 se evidencia la diferencia de calificaciones del grupo semanal y del grupo mensual. Si bien ambos grupos presentan calificaciones favorables, el grupo semanal no ofrece ningún dato considerado como malo y presenta el mayor porcentaje de nota considerada como buena. En contraste, el íntegro de notas malas se ubica en el grupo mensual; así como, el mayor porcentaje de notas regulares.

«...las capacitaciones mensuales tienen una cierta recuperación en la mayoría de los niños. Sin embargo, las capacitaciones semanales asistidas no solo nos ofrecen mejoría en el diagnóstico de los niños, sino que evidencian cambios de actitud en la familia, no solo de tipo nutricional sino también de salud básica»

Gráfico 1

Nivel de conocimientos inicial y final de la madre, según grupo de capacitación ^{1/}



1/: La nota desaprobatoria de mala en el test realizado después de la intervención, se observó en 6 madres, quienes pertenecían al grupo de capacitación mensual (dicho calificativo puede atribuirse a la inasistencia incompleta a las capacitaciones grupales).

Elaboración propia.

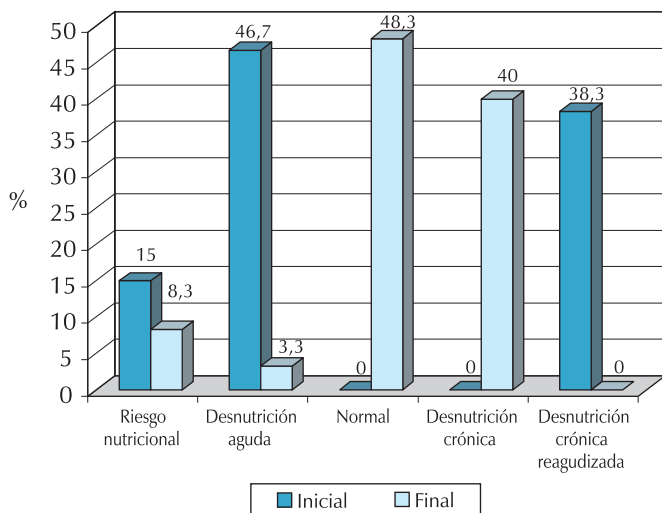
No tenemos comparaciones con otras investigaciones que incluyan intervenciones a través de capacitaciones en los programas Vaso de Leche y Comedores populares en el departamento de Arequipa, ya que al parecer las investigaciones se han orientado a la efectividad de los programas de apoyo alimentario en cuanto a la entrega de alimentos, restando importancia a las capacitaciones. Por lo tanto, concluimos que las capacitaciones mensuales tienen una cierta recuperación en la mayoría de los niños. Sin embargo, las capacitaciones semanales asistidas no solo nos ofrecen mejoría en el diagnóstico de los niños, sino que evidencian cambios de actitud en la familia, no solo de tipo nutricional sino también de salud básica.

En el gráfico 2 se detallan los diagnósticos nutricionales iniciales (primer control mensual) y los diagnósticos nutricionales finales (cuarto control mensual).

Podemos mencionar que esta mejoría en los niños podría deberse a la adquisición de nuevos hábitos de alimentación y salud básica de las familias, las cuales fueron interiorizando los conocimientos adquiridos en el transcurso de las capacitaciones a las madres, capacitaciones que se llevaron a cabo con calidez y que fueron aceptadas por la comunidad.

Gráfico 2

Diagnóstico inicial de los niños beneficiarios del proyecto relacionado con el diagnóstico final de ambas capacitaciones



Costo de la intervención

Después de haber realizado la capacitación en las tres zonas de trabajo, Cono norte, sur y este (cada una con sus propias características), evidenciamos que el trabajo en equipo multidisciplinario (nutricionista, asistente social, enfermera, etc.) de la zona este, obtuvo mejores resultados frente a la comunidad en relación con las otras zonas, ya que se evidenció cambios sustanciales de hábitos higiénicos y mejoras en sus conductas alimentarias en un tiempo menor. Esto puede ser atribuido al trabajo multidisciplinario, bajo un enfoque de salud integral del equipo responsable de la intervención.

«...se ha observado en las participantes de las capacitaciones semanales, un efecto “réplica” con otras familias, las cuales se constituirían en beneficiarios indirectos»

En lo que se refiere al costo del paquete básico de capacitación, se debe considerar que la intervención trabajó con un grupo meta de 60 madres de familia, divididas en dos grupos de 30, para efectos de las modalidades de capacitación propuestas. En este sentido, es necesario mencionar que si bien estas madres constituyen el grupo de intervención directa, los integrantes de sus familias también se beneficiaron. Por otro lado, se ha observado en las participantes de las capacitaciones semanales, un efecto “réplica” con otras familias, las cuales se constituirían en beneficiarios indirectos (se asume, por entrevista realizada por el equipo a las madres, que la réplica se ha realizado en al menos 3 familias más, por cada madre capacitada). Sin embargo, esto no se ha observado en la modalidad mensual.

Asimismo, tomando como referencia información municipal del programa Vaso de Leche del distrito de Mariano Melgar de Arequipa, se tiene que el costo promedio por beneficiario es de S/. 6,10 por mes. A partir de este dato, en los cuadros 1 y 2 se establece la proporción que representan las modalidades de capacitación ofertadas por el presente trabajo.

De los cuadros 1 y 2 se deduce que la capacitación semanal representa los mayores gastos, debido a que se trata de una orientación personalizada en comparación con la capacitación grupal-mensual. No obstante,

Cuadro 1

Costo total por las capacitaciones semanales ^{1/}

Nº de capacitaciones por madre	Nº total de capacitaciones	Costo total de capacitaciones semanales por equipo multidisciplinario durante cuatro meses de trabajo (Nuevos soles)			Total (Nuevos soles)	Nº beneficiarios directos (30 familias por 5 integrantes)	Nº de beneficiarios indirectos (30 familias por 5 integrantes)	Total	Gasto por persona (4.800/900) (Nuevos soles)
		Costo por capacitación por profesional	Costo por materiales por capacitación	Total en costos					
16	480	500	500	1.000	4.800	150	750	900	5,3

1/: Se asume que cada madre representa una familia que, en promedio, está conformada por 5 integrantes.

Cuadro 2

Costo total por las capacitaciones mensuales ^{1/}

Costo total de capacitaciones semanales por equipo multidisciplinario durante cuatro meses de trabajo					Total (Nuevos soles)	Nº beneficiarios directos (30 familias por 5 integrantes)	Total	Gasto por persona (4.800/900) (Nuevos soles)
Nº de capacitaciones por madre	Nº total de capacitaciones	Costo (Nuevos soles)						
		Costo por capacitación por profesional	Costo por materiales por capacitación	Total en costos				
4	12	5,00	5,00	10,00	120,00	150	150	0,8

1/: Se asume que cada madre representa una familia que, en promedio, está conformada por 5 integrantes.

te, la primera ha tenido mejores repercusiones en el estado de nutrición y salud.

En el departamento de Arequipa, si hacemos una comparación del costo de prevención relacionado con el costo de recuperación en el tratamiento de niños desnutridos, niños con enfermedades diarreicas agudas (EDA) o infecciones respiratorias agudas (IRA), encontramos que, en un año, los niños acceden a los servicios de salud en zonas rurales de 3 a 5 veces niño/año; mientras que en la zona urbana es de 6 a 12 veces niño/año por IRA, 4 a 6 episodios por niño/año en EDA y de 4 a 8 atenciones por desnutrición niño/año, sumando en total de 11 a 19 atenciones promedio por las tres patologías.

En los cuatro meses de duración de la investigación, se tuvo 2 veces por niño, como promedio de acceso a los servicios de salud de los niños por enfermedades diarreicas, IRA y desnutrición, lo que constituiría un recorte en su perfil epidemiológico de casi el 50%. Esto repercute en el presupuesto por concepto de atención del Seguro Integral de Salud ofertado actualmente por el Gobierno.

«...se tuvo 2 veces por niño, como promedio de acceso a los servicios de salud de los niños por enfermedades diarreicas, IRA y desnutrición, lo que constituiría un recorte en su perfil epidemiológico de casi el 50%»

En el cuadro 3 observamos los gastos que efectúa el Seguro Integral en los establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA) por cada tipo de enfermedad. Si juntamos los diferentes problemas de salud que pueden prevenirse, es decir S/. 36,00 x 3 (EDA, IRA y/o desnutrición) x 30 niños que formaron parte de las capacitaciones asistidas, nos dará un total de S/. 3.240,00 gastados por el Ministerio de Salud en 4 meses, en los 30 niños que intervenimos.

Cuadro 3

Gastos del seguro en EDA, IRA o desnutrición

Costo total de atenciones por EDA, IRA o desnutrición, durante cuatro meses de trabajo						
Nº de atenciones al año	Nº de atenciones en 4 meses	Nº total de atenciones	Costo (Nuevos soles)			Total por una enfermedad (2 x 18) (Nuevos soles)
			Costo por atención por profesional	Costo por seguimiento	Total en costos por un niño por una enfermedad	
Promedio 6 a 12	2	2	12	6	18	36,00

«La intervención en sí, por su carácter integral de salud, ha evitado la aparición de nuevos casos mórbidos, con lo que podemos afirmar el valor que tiene el aspecto preventivo promocional»

De acuerdo con estimaciones presupuestales, para atender casos de EDA, IRA y desnutrición, el MINSA gasta aproximadamente S/. 36,00 nuevos soles por atender a cada niño enfermo. La intervención en sí, por su carácter integral de salud, ha evitado la aparición de nuevos casos mórbidos, con lo que podemos afirmar el valor que tiene el aspecto preventivo promocional.

Además, por la asimilación de los conocimientos impartidos durante las capacitaciones semanales, es muy probable que estos niños no se enfermen durante el resto del año y, por ende, no ocasionen más gastos al Ministerio de Salud. Asimismo, en los niños participantes de nuestras capacitaciones, se observó una disminución en el número de veces que enfermaron de EDA, IRA y desnutrición. Esto como consecuencia de que se logró un cambio de actitud en las madres capacitadas y, al mismo tiempo, una concientización para que haya mayor recurrencia al centro de salud.

Con todo lo descrito podemos decir que nuestras capacitaciones, por su enfoque preventivo, a largo plazo serían de bajo costo para el Ministerio de Salud, porque no solo apoyan al niño beneficiario del proyecto, sino también a toda la familia y a los beneficiarios indirectos. Todo esto teniendo en cuenta que el promedio por familia es de cinco hijos y que al capacitar a la madre de una familia, se estarían ahorrando los gastos en que se incurriría si se atiende a todos sus hijos de enfermedades diarreicas agudas, infecciones respiratorias agudas o problemas nutricionales.

Aunque se gasta 4.800,00 nuevos soles en 4 meses con la capacitación semanal asistida, se debe tener en cuenta el efecto "réplica" de este tipo de capacitación (que incluye tópicos relacionados con la prevención de EDA e IRA), que alcanza, según el cuadro 1 (750 - 150), a 600 beneficiarios. Este efecto "réplica" es uno de los fundamentos del bajo costo de nuestra intervención, debido al aprendizaje a profundidad en las capacitaciones intradomiciliarias semanales, pues estas se repitieron en las familias vecinas y en aquellas que tienen algún parentesco con las familias intervenidas.



Conclusiones

1. Los Programas de capacitación y/o intervención deberían considerar como un componente básico de su plan, las actividades de sensibilización y motivación de la población a intervenir. Dichas acciones viabilizan el apoyo y participación activa de la población en el transcurso del programa, y hacen los resultados sostenibles y perdurables en el tiempo.
2. Los programas de apoyo alimentario deben incluir en sus procesos educativos, además del componente nutricional, aspectos importantes de prevención y promoción de la salud básica e integral. Las madres intervenidas pondrán en práctica los conocimientos adquiridos en los eventos de capacitación, en favor del bienestar familiar y, por ende, de la salud del Estado.
3. El nivel de conocimientos nutricionales y de salud integral de las madres, al inicio de la intervención, fue inadecuada (82%). Dicho indicador reafirma la idea de que los programas solo se presentan como una asistencia alimentaria absoluta, sin considerar los conocimientos y prácticas alimentarias previas que tienen los beneficiarios. Al término del proyecto de investigación, el nivel de conocimientos en alimentación, nutrición y salud básica de las madres mejoró (89%). Esto es atribuible a la metodología de capacitación participativa ofertada por el equipo de investigación.

«Los programas de apoyo alimentario deben incluir en sus procesos educativos, además del componente nutricional, aspectos importantes de prevención y promoción de la salud básica e integral»



«Los cambios de actitudes y comportamientos alimentarios, a propósito de las capacitaciones, se ven reflejados en mejoras de los niveles de nutrición de los niños»

chos de los conocimientos básicos de higiene y nutrición en esta actividad.

4. Entre los problemas de salud que afectan la nutrición destacan las enfermedades diarreicas y respiratorias.
5. Los cambios de actitudes y comportamientos alimentarios, a propósito de las capacitaciones, se ven reflejados en mejoras de los niveles de nutrición de los niños. Así, de estados nutricionales agudos y crónicos reagudizados evolucionaron a estados de nutrición normales y crónicos; evoluciones favorables como consecuencia de mejores comportamientos alimentarios y de salud adquiridos por las madres durante las intervenciones. Los niños pudieron mejorar sus deficiencias teniendo mejores condiciones de vida. En la investigación fue más notorio la mejora nutricional en los niños hijos de madres que participaron en los procesos de capacitación semanal, que en los de capacitación mensual.
6. El grado de instrucción no representa un factor limitante para el aprendizaje de las madres. En la intervención con capacitaciones semanales, las madres analfabetas y con instrucción primaria (56,7%) fueron capaces de mejorar el nivel de nutrición de sus hijos, logrando cambios en sus comportamientos alimentarios y autocuidado de su salud, al igual que las madres con grados de instrucción secundaria e incluso superior.
7. El uso de técnicas participativas permitió la aceptación del proyecto de parte de las madres seleccionadas.
8. Los programas alimentarios como el Vaso de Leche y los Comedores populares (promovidos por el gobierno), presentan un débil e inadecuado componente preventivo-promocional de la salud integral. Su énfasis se centra solo en la distribución de alimentos (crudos), con un bajo o nulo componente educativo nutricional. La preparación de dichos alimentos es encargada a madres que ignoran muchos de los conocimientos básicos de higiene y nutrición en esta actividad.
9. En cuanto al perfil de los capacitadores, al agruparlos en tres subequipos (uno por zona), se observó que donde se participó de manera multidisciplinaria (médico, obstetrix, enfermera, odontólogo y asistente social, previa capacitación en nutrición), la recuperación nutricional de los niños fue más rápida. La razón es que se desarrolló bajo un enfoque de salud integral.
10. El presente trabajo ha permitido realizar capacitaciones en nutrición de bajo costo, de tipo asistido y semanal en cada familia, la que a su vez se ha comprometido a realizar el efecto de "cascada" o "réplica" en 3 familias vecinas y en 2 familias con lazos de parentesco.

Recomendaciones

1. Toda acción en la comunidad de promoción y prevención, debe iniciarse con actitudes de sensibilización y motivación.
2. Incorporar medidas preventivo-promocionales para permitir que las madres pongan en práctica conocimientos adecuados en relación con la alimentación y nutrición de sus hijos, y puedan prevenir las enfermedades recurrentes. Asimismo, concertar y fomentar acciones preventivo-promocionales de la salud infantil en la comunidad, con la participación de líderes comunitarios, agentes locales y organismos de salud gubernamentales y no gubernamentales; apuntando a asegurar no solo la distribución de alimentos sino también el componente de manejo adecuado de recursos, y evitar así la duplicidad de acciones.
3. Reforzar los componentes de salud integral y educación nutricional en los programas alimentarios con el apoyo de instituciones educativas de nivel superior, de modo que se ejecuten con eficiencia y efectividad.

4. Es indispensable articular medidas de promoción de la salud básica, de saneamiento ambiental, así como el reforzamiento de los niveles de conocimientos nutricionales, para contribuir al mejoramiento de la salud infantil y de la familia. Este reforzamiento debe darse promoviendo y fomentando prácticas adecuadas y apropiadas de alimentación infantil, como una manera de prevenir enfermedades diarreicas y respiratorias, condicionantes de la desnutrición infantil.
5. Todo programa de asistencia alimentaria debe incluir acciones de capacitación, monitoreo, supervisión y evaluación, de modo que se contribuya a la consecución de sus objetivos y permitan la verificación de los efectos e impactos.
6. Todo programa alimentario debe tener el componente educativo asistido desde la ablactancia, para evitar que los niños entren en cuadros de desnutrición en estos meses críticos, que puedan convertirse en crónicos. Además, el impacto redundará en todas las familias con las que las madres capacitadas realicen el efecto "réplica".

«Es indispensable articular medidas de promoción de la salud básica, de saneamiento ambiental, así como el reforzamiento de los niveles de conocimientos nutricionales, para contribuir al mejoramiento de la salud infantil y de la familia»

«Los organismos gubernamentales encargados de la organización e implementación de los programas de ayuda social, deben velar porque los programas de apoyo alimentario tengan el componente educativo alimentario para el logro de sus objetivos»

7. Se hace necesario continuar investigaciones longitudinales que permitan aclarar el panorama nutricional referido a la desnutrición crónica, de modo que se evidencie si el retardo en el crecimiento es susceptible de revertirse a ciertas edades, cuando se dan las condiciones nutricionales y ambientales apropiadas.
8. Los organismos gubernamentales encargados de la organización e implementación de los programas de ayuda social, deben velar porque los programas de apoyo alimentario tengan el componente educativo alimentario para el logro de sus objetivos.
9. La atención integral de salud multidisciplinaria es una estrategia válida, coherente y de impacto para el bienestar de la sociedad, y favorece la intervención en familias en riesgo sanitario y de salud.
10. Se debe capacitar a la comunidad, promoviendo la participación activa, asistida, que permita el empoderamiento para realizar el efecto "réplica" a sus pares en la Comunidad.