



Intervención Educativa en Prevención de la Anemia y Desnutrición en Pachacútec - Perú

Construcción de un modelo de intervención para la mejora del nivel nutricional de niños en zonas periurbanas: una experiencia de preparación comunal de Papillas Nutritivas



2008



Naciones Unidas
Programa
Mundial
de Alimentos



PRONAA



alternativa

Equipo técnico del proyecto

PMA

Diseño y coordinación general Ramón Cisneros
Coordinación y monitoreo Giulia Baldi

PRONAA

Coordinación general Daniel Yon
Coordinación Callao Marlene Arboleda
Monitoreo Rosa Callao

ALTERNATIVA

Coordinación general Miyaray Benavente
Coordinación proyecto Laura Retamozo
Nutricionistas Isela Yasuda
 Teresa Alarcón
 Carola Pichilingue



Índice

PRESENTACIÓN	5
I. CONTEXTO DE LA EXPERIENCIA	7
1.1 UBICACIÓN	7
1.2 CARACTERÍSTICAS SOCIALES	7
1.3 CONDICIONES DE SALUD Y NUTRICIÓN	8
1.4 APUESTAS DE CAMBIO	9
II. MODELO DE INTERVENCIÓN	10
2.1 COMPONENTES DEL MODELO	10
2.2 FUNCIONAMIENTO DEL MODELO	10
III. BENEFICIOS DEL MODELO	24
IV. RETOS Y LIMITACIONES	29
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	31
VI. BIBLIOGRAFÍA	33
ANEXO Nº1	35
ANEXO Nº2	38
MATERIAL EDUCATIVO ENTREGADO A LOS BENEFICIARIOS DE PACHACÚTEC	39

Presentación

El presente documento es una contribución del Programa Mundial de Alimentos y sus socios a la consolidación de lecciones aprendidas y experiencias exitosas en la lucha contra la desnutrición crónica y anemia infantil en Perú.

El "Proyecto Educativo Nutricional en Prevención de la anemia y desnutrición en Niños menores de cinco años y gestantes en Pachacútec", implementado entre el 2004 y el 2007 en el distrito urbano-marginal de Ventanilla, fue una apuesta por mejorar el nivel nutricional de los niños y niñas menores de cinco años que reunió esfuerzos de tres instituciones: el Programa Mundial de Alimentos (PMA), el Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (Pronaa) y la ONG Alternativa, Centro de Investigación Social y Educación Popular. El proyecto fue desarrollado por un grupo de pobladoras y madres de familia de la zona, quienes estuvieron comprometidas con el objetivo de disminuir la prevalencia de la desnutrición y la anemia y contribuyeron con su organización y apropiación de los recursos brindados a través de la capacitación.

La sistematización que tienen en sus manos presenta el proceso de construcción de un modelo de intervención para la mejora del nivel nutricional de niños de zonas periurbanas. De esta manera queremos compartir no solamente los logros alcanzados sino también las pautas metodológicas y los detalles de la ruta seguida para que puedan ser utilizados y replicados por especialistas, líderes y lideresas sociales y autoridades locales, regionales y nacionales. El eje privilegiado y elegido para la sistematización ha sido el rol de los núcleos ejecutores de elaboración de papillas nutritivas (Nejegan) debido a su importancia en la sostenibilidad y continuidad del proyecto y, por tanto, en sus logros nutricionales, de fortalecimiento de organizaciones y de capacidades.

Así, la presente publicación muestra el modelo de intervención construido durante la experiencia conjunta en el Proyecto PER 6240, entre el 2004 y el 2007. Para ello, de manera descriptiva, se presenta la definición de los componentes, los actores que intervinieron, sus roles, los retos propuestos, la problemática enfrentada y, sobre todo, se detalla los pasos metodológicos para la implementación de los Nejegan.

Las evaluaciones finales de los resultados han mostrado que el programa tuvo un rol protector en niños y niñas frente a la desnutrición crónica y la anemia. Hay evidencia de que las inadecuadas prácticas de alimentación en la primera infancia están entre los factores más importantes que conducen a la desnutrición.

Después de tres años del inicio de la intervención, el estudio de evaluación de impacto estimó una reducción de 4.5 puntos porcentuales (50%) en la desnutrición crónica o retraso de crecimiento de los niños y niñas beneficiarios del proyecto. Para los indicadores de desnutrición global y desnutrición aguda, las prevalencias iniciales fueron del orden del 8 y 2%, respectivamente, y se pudieron reducir al 7 y 1%. Al comienzo de la intervención la anemia afectaba al 60.2% de los niños evaluados y al finalizar afectaba al 18.4% de los niños y niñas beneficiarias, lo que indica una reducción del 70%.

Se observa que luego de dos años de intervención el 98% de niños beneficiarios tenía una alimentación adecuada para su edad. El aporte y compromiso de las propias madres y de su comunidad, las actividades educativas para el cuidado de la salud en los hogares y de fortalecimiento de las organizaciones sociales locales han logrado efectos positivos en el estado nutricional. Se calcula que se logró difundir los mensajes a aproximadamente 5,800 personas en 234 sesiones de réplicas durante los cuatro años de ejecución del proyecto.

Los logros alcanzados muestran un gran potencial de replicabilidad del modelo de intervención en la medida que se adapte a diferentes contextos socioeconómicos en el país.

Es más, muestran que es posible alcanzar estos logros cuantificables a través de la capacitación y el fortalecimiento de organizaciones sociales. Por ello se ha incluido herramientas desarrolladas que han sido consideradas como claves por el equipo ejecutor para obtener los resultados finales que comprobaron mejorar la salud y nutrición de sus niños y niñas.



Guy Gauvreau
Representante del PMA en el Perú

I. Contexto de la experiencia

En febrero del 2000 un grupo de 10,000 pobladores fue trasladado desde el distrito de Villa El Salvador, ubicado al sur de la ciudad de Lima, al distrito de Ventanilla, muy cerca del mar y fuera del casco urbano al noreste de la ciudad, en la provincia del Callao. El traslado se realizó por decisión directa del gobierno de ese entonces. Los pobladores llegaron con grandes expectativas y los primeros meses estuvieron alentados por la atención prestada por el gobierno a través de la instalación de hospitales móviles, comedores populares, rutas de acceso, entre otros. Pasada la coyuntura electoral la situación cambió, y se dejó en las manos de los propios pobladores la gestión de su propio desarrollo. La procedencia de los pobladores de un distrito tan bien organizado como Villa El Salvador ayudó a consolidar una estructura social local.

1.1 Ubicación



La zona de Pachacútec se ubica al norte del distrito de Ventanilla, Región Callao y se extiende en 532 hectáreas, cobijando a una población aproximada de 33,000 habitantes en 10,482 lotes empadronados (Alternativa 2003a).

En el contexto de inicio de la presente experiencia, la mayoría de las viviendas era muy precaria y no reunía las condiciones mínimas de abrigo y protección contra el inclemente clima de la zona tan cercana del mar: el 67.9% de los pisos era de arena, mientras que solamente un 32.1% era de cemento. Las paredes de las viviendas en su mayoría correspondían a materiales permeables: un 55.6% era de madera delgada o nórdex, el 36.5% de esteras y solamente porcentajes mínimos correspondían a materiales más resistentes como de madera (4.2%) o ladrillo (3.6%) (Alternativa 2003b). Asimismo, los techos eran de esteras en su mayoría (57.2%) y de calamina en un 34.7%, materiales que tampoco logran mitigar la inclemencia del clima provocando en la estación del verano el sobrecalentamiento de la vivienda.

En diferentes evaluaciones realizadas de la calidad del agua en la zona se encontró presencia de coliformes fecales en 42% de recipientes de agua al interior de los hogares, lo que explica a su vez la alta prevalencia de diarrea en niños menores de cinco años (25% en promedio). De acuerdo con información recogida previamente, la prevalencia de diarrea se eleva en los meses de enero y febrero a 68% por la alta temperatura (Alternativa 2002, 2003). Estos datos dan indicios de la calidad de vida de las familias, especialmente por las difíciles condiciones sanitarias que implican un contexto lleno de riesgos para la salud, especialmente de los niños y niñas que son el sector de la población más vulnerable.

Para el momento en que se inicia la intervención las condiciones de abastecimiento de agua habían mejorado a partir de un proyecto de instalación de agua a través de pilotes realizado en el 2004.

1.2 Características sociales¹

Al iniciar el proyecto, la estructura social de Pachacútec estaba representada por el Comité Ejecutivo Central, el cual tenía un año y medio de funcionamiento y agrupaba a 21 grupos residenciales con sus respectivas juntas directivas. En la zona también funcionaban 22 comedores populares, 5 comités sectoriales del Vaso de Leche, 5 comités sectoriales de Saneamiento Ambiental que cumplían con la tarea de recolectar los residuos sólidos domiciliarios, 17 comités vecinales de administración del agua potable (Covaap) a cargo de la administración de 17 sistemas de abastecimiento comunal de agua potable (SACAP), una Asociación de Promotores de Salud y una Coordinadora de Wawa Wasi que representaba a los 20 locales dedicados a este fin.

De acuerdo con la información de la línea de base del proyecto, se identificaron algunas características clave de la mujer beneficiaria del proyecto según las siguientes características: tenía un promedio de edad de 28 años, con dos a tres hijos, con estudios secundarios (55%), con una talla de 153 cm, con pareja estable (80%), dedicando su tiempo a su hogar principalmente (73%). Las mujeres entrevistadas manifestaron haber asistido a sus controles prenatales en un 96% y contaban con un promedio de S/.10 para la alimentación del día, aportado en su mayor parte por su pareja (85%).

Es importante resaltar que sólo la mitad de madres beneficiarias planificó su último embarazo, y si bien casi todas tuvieron controles prenatales sólo el 10% tomó suplemento de sulfato ferroso más de tres meses y la mayoría lo hizo de uno a dos meses. Si bien la norma establece que todas las madres gestantes reciban suplementos desde los cuatro meses de embarazo, es posible concluir que no es una práctica que se cumpla en la zona, ya que las madres manifiestan que el sulfato ferroso "sólo dan a las que están anémicas".

Otra característica de la población de Pachacútec es la alta movilidad de las familias. Las madres "migran" temporalmente en períodos de vacaciones escolares, fiestas navideñas o feriados largos. Por lo general, se trasladan a casa de familiares en el Cono Norte o en

¹ Desde el 2001 hasta la fecha la zona de Pachacútec ha sido estudiada por diversas instituciones y se han implementado diversos proyectos de desarrollo. En estas secciones se hace referencia a un conjunto de documentos elaborados en diferentes proyectos, relacionados con agua y saneamiento, ejecutados por Alternativa durante el período de intervención.

Villa El Salvador, donde las condiciones de la vivienda brindan mayor abrigo. Como se verá más adelante, esta característica influyó en el tiempo de exposición del proyecto en los beneficiarios, lo que impidió medir sus efectos en todos los inscritos.

El estado psicológico de las madres fue una característica identificada en la evaluación intermedia de la experiencia: con un nivel educativo relativamente alto y con altas expectativas laborales, las mujeres beneficiarias encontraban al asentarse en la zona una realidad muy diferente a la que habían esperado, lo cual, unido a la inestabilidad familiar y emocional (uniones matrimoniales precarias), provocaba un estado psicológico de depresión y apatía. Esta condición, en un contexto de pobreza, hacía que algunas de las madres evitaran en lo posible admitir sus reales necesidades, lo que limitó en algunos casos la permanencia de los niños en el proyecto (Bonfilio 2006).

1.3 Condiciones de salud y nutrición

Por los estudios realizados en la zona desde el 2001 se conocía que el 78% de los niños menores de dos años presentaban anemia (hemoglobina < a 11 g/dl), siendo el promedio de hemoglobina de 9 g/dl, la cual es considerada una cifra lejana a la ideal para ese grupo etario (Alternativa 2002b).

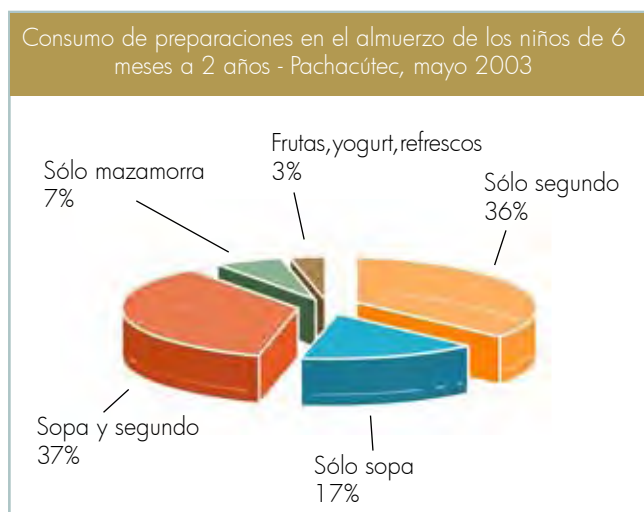
Las consecuencias que se proyectaban para estos niños han sido bien documentadas en diversos trabajos de investigación que muestran que las deficiencias de hierro en niños producen alteraciones de conducta, predisponiéndolos a ser más “irritables”, con una atención disminuida y percepción restringida de su entorno y, por lo tanto, con un menor rendimiento académico (Suskind, 1985). Algunos autores refieren que incluso estas consecuencias se mantienen en el tiempo dejando “huellas” perdurables que no sólo afectan el futuro del niño/a sino también el de su familia y, finalmente, el de su comunidad.

Cuadro N° 1 Niños afectados por anemia – Pachacútec, mayo 2001				
Rango de edad	Asistieron		Afectados por anemia	
	Número	%	Número	%
Total	269	100	105	39.0
Niños < de 2 años	36	100	28	77.8
Niños de 2 a 5 años	123	100	40	32.5
Niños de 5 a 11 años	110	100	37	33.6

Fuente: Diagnóstico e intervención sobre la anemia en niños de ciudadela Pachacútec - Alternativa - Mayo - Agosto - 2001

La alimentación infantil mostraba una baja densidad energética en la comida principal de los niños menores de tres años, donde el 50% de los niños consumía sopas, mientras que en el desayuno y cena el gran porcentaje consumía cereales con leche (avena con leche) y sopas.

Gráfico N° 1



Fuente: Benavente E, Retamozo C, Evaluación alimentaria nutricional de niños menores de 2 años.

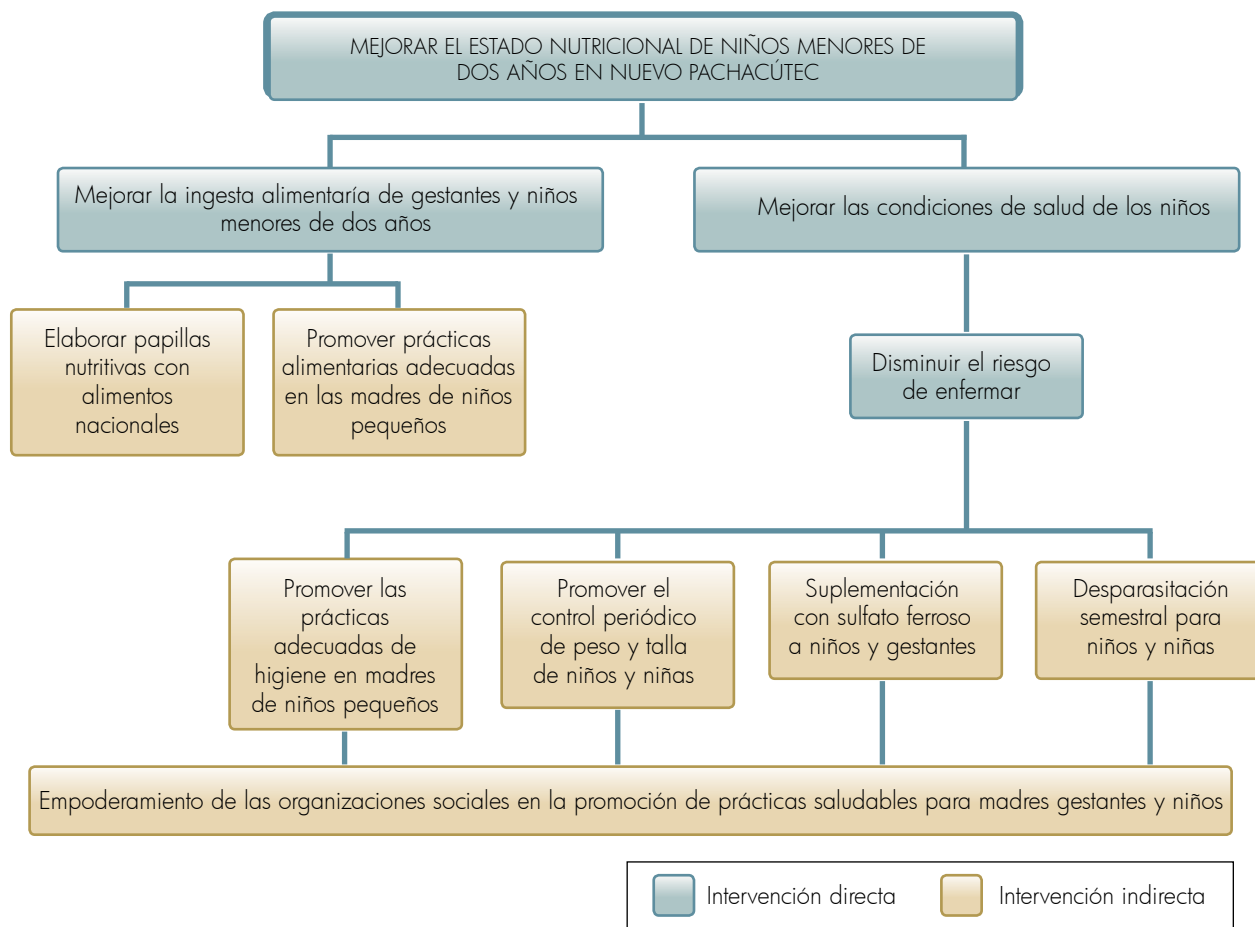
Estas características estaban agravadas por las deficientes condiciones de saneamiento y patrones de higiene, los cuales incrementaban la prevalencia de enfermedades tanto diarreicas en los meses de verano como respiratorias en los de invierno.

1.4 Las apuestas de cambio

La experiencia tuvo como principal objetivo el validar un modelo de intervención alimentario nutricional con participación activa de tres actores: el gobierno central a través del Pronaa, la cooperación internacional con el PMA y las organizaciones de la sociedad civil representadas por la ONG Alternativa y las mujeres organizadas en comedores populares y comités de Vaso de Leche. Esta experiencia estuvo dirigida a madres de niños menores de dos años² y gestantes en zonas periurbanas.

La propuesta inicial fue diseñada y presentada por el PMA, para luego recibir los aportes de Alternativa y del Pronaa, quienes implementaron la propuesta.

El modelo de intervención alimentario nutricional tuvo como base el análisis causal del estado nutricional y enfocó su acción en las acciones siguientes:



El equipo de campo estuvo compuesto por tres nutricionistas con el apoyo permanente de estudiantes de la Escuela Académico Profesional de Nutrición de la Universidad Nacional Mayor San Marcos (UNMSM), quienes realizaron sus prácticas preprofesionales en la zona.

Las actividades fueron seguidas por el equipo de profesionales del Pronaa y PMA, con quienes se constituyó un comité técnico.

Los objetivos estuvieron centrados en:

- ▶ Mejorar el estado nutricional de los niños menores de dos años.
- ▶ Mejorar los conocimientos y prácticas en alimentación e higiene en madres de niños menores de dos años.
- ▶ Mejorar el consumo alimentario a través de una complementación alimentaria a niños y gestantes con riesgo de bajo peso.
- ▶ Fortalecer a las organizaciones sociales de base de la comunidad.

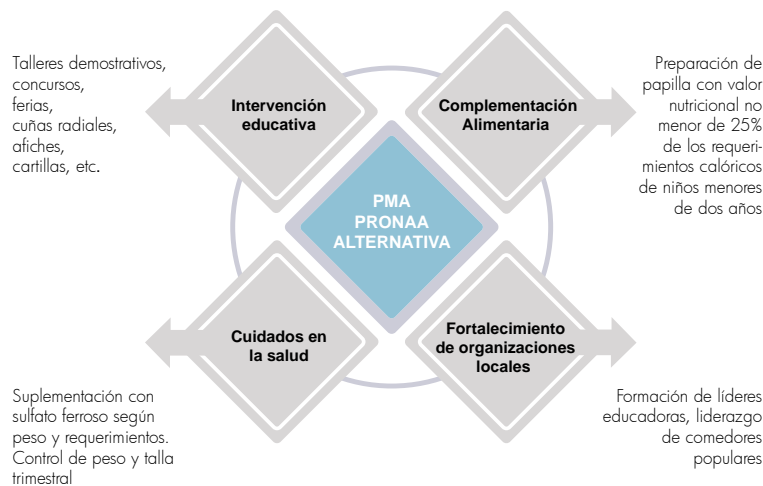
² Durante el 2004 y 2005 se focalizó la intervención en niños menores de dos años, para luego en la segunda fase (2006-2007) incluir a niños hasta los cinco años de edad. Decisión tomada luego de observar la gran demanda de papillas por los hermanitos y primitos de esta edad en los hogares de los beneficiarios y de evaluar el riesgo de una dilución intrafamiliar de la papilla.

II. Modelo de intervención

2.1 COMPONENTES DEL MODELO

El modelo de la intervención tuvo cuatro componentes: educativo, cuidados en salud, complementación alimentaria y fortalecimiento de las organizaciones sociales. De acuerdo con cada uno de ellos se diseñó una estrategia que reunía un conjunto de actividades articuladas en cada componente pero, a la vez, integradas a la intervención en su conjunto.

En evaluaciones posteriores hemos encontrado que tanto la intervención educativa como el fortalecimiento de las organizaciones locales sirvieron como elementos de sostenibilidad de la experiencia, por ello la importancia de su aplicación. Esta experiencia ha mostrado que la inversión en estos componentes produce resultados verificables y sostenibles.



2.2 FUNCIONAMIENTO DEL MODELO

Si bien inicialmente no fue formulada explícitamente una ruta crítica para la implementación de la experiencia, su propia ejecución durante cuatro años, así como las evaluaciones continuas y periódicas permitieron mostrar los desaciertos y logros. El trabajo coordinado entre las instituciones y la sistematización de las lecciones aprendidas han contribuido a construir una hoja de ruta que facilite a la réplica de esta experiencia.

La hoja de ruta, que a continuación mostramos, muestra de una manera simple y didáctica el funcionamiento del modelo de intervención empleado a partir de pasos o etapas que pueden adecuarse a diferentes contextos socio-económicos.

PASO 1 Coordinaciones y sensibilización de actores participantes en propuesta

Esta fase tomó un tiempo de dos meses y sirvió para que la población liderada por las mujeres de las organizaciones de base localizaran a los posibles beneficiarios del proyecto.

Se propone emplear esta etapa, invirtiendo el mayor tiempo posible, en sensibilizar a la comunidad en la reflexión sobre la importancia de tener niños bien nutridos.

Coordinaciones interinstitucionales luego de analizar la problemática.



Reuniones informativas y de sensibilización sobre la problemática nutricional en la zona con los diferentes actores locales.



PASO 2 Elección de OSBs³ participantes, compromisos locales

La experiencia nos exigió definir claramente las características de la organización madrina de los Nejepan. Las características ideales son:

- Elección de una organización sólida, democrática y participativa.
- Que la elección sea abierta y participativa.

En este momento se define el aporte de la organización o comunidad, así como del proyecto. El tiempo aproximado estimado es de 15 días.

PASO 3 Constitución del comité de Nejepan y período de práctica

Se acordó contar con por lo menos tres miembros en la junta: una promotora de salud (fiscal), un miembro de la organización madrina y una madre de familia con niño menor de dos años.

Con ellas se diseñaron las 10 recetas básicas de papillas nutritivas en cada Nejepan. El tiempo aproximado fue de 30 días.

PASO 4 Convocatoria e inscripción de participantes

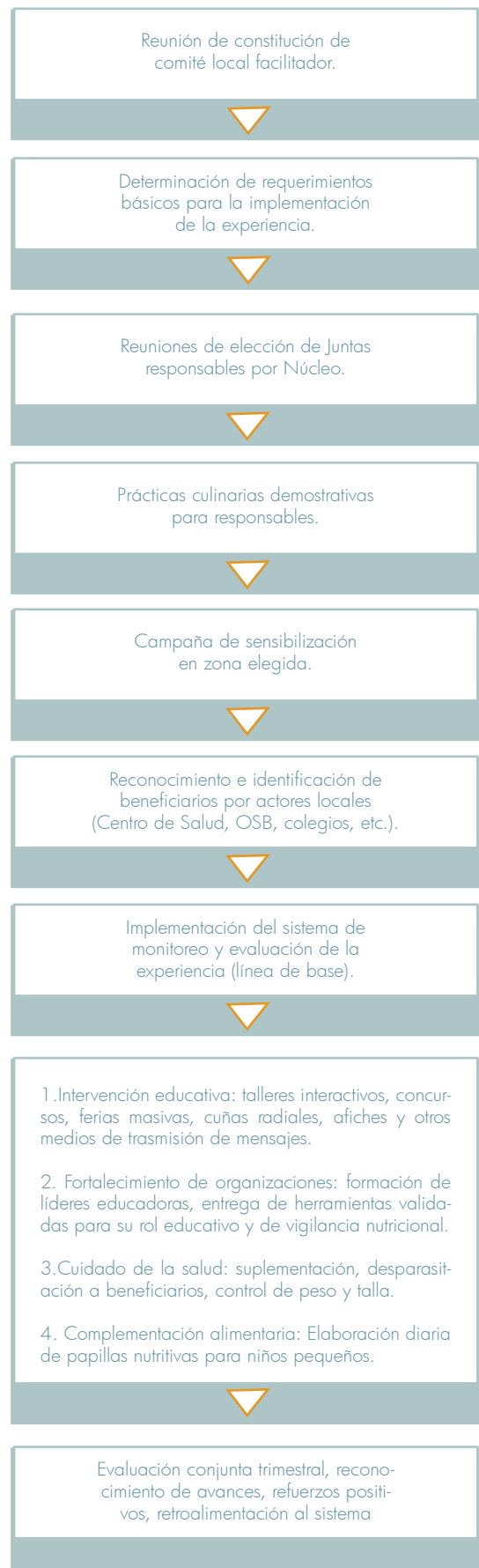
A través de parlantes, visitas domiciliarias y carteles, las madres fueron invitadas a participar del proyecto. Se inscribieron y asistieron al primer control de peso, talla, hemoglobina y datos generales.

PASO 5 Implementación de los Nejepan

Se pusieron en funcionamiento diez locales, en ocho comedores populares y dos comités de Vaso de Leche.

Se inició la implementación de la intervención educativa, la desparasitación, suplementación con sulfato ferroso, y la complementación alimentaria.

PASO 6 Acompañamiento al programa por el sistema de monitoreo y evaluación



³ Organizaciones Sociales de Base

A. Intervención educativa

La intervención educativa fue uno de los componentes más importantes de la experiencia. Para ello se elaboró previamente un plan de capacitación y comunicación durante los primeros meses de intervención, reafirmando con la comunidad la problemática identificada.

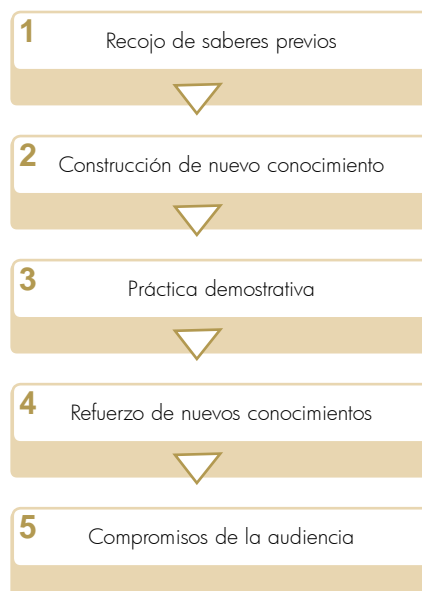
● Metodología

Se priorizaron cinco problemas de alimentación y salud analizando sus posibles causas. El análisis se centró en aquellas que fueran factibles de modificar por acciones educativas, luego se propusieron los cambios y las metas por cada problema identificado; así se determinaron las actividades correspondientes y las formas de evaluación.

Durante el primer y segundo año se tuvo como audiencia a las madres de niños menores de dos años y gestantes, pero ya en la segunda fase se incluyeron a las madres de niños de hasta cinco años. Paralelamente se formaron líderes educadoras con aquellas madres que mostraron mayor apertura e interés en los temas tratados, se integraron paralelamente promotoras de salud en la primera fase y facilitadoras de los programas no escolarizados de educación inicial (Pro-noeis) y de los centros de educación inicial (CEI) en la segunda fase.

Cada sesión educativa fue diseñada y validada en campo, y en todos los casos el contenido de las sesiones tenía el siguiente esquema:

Cada sesión educativa fue diseñada y validada en campo, y en todos los casos el contenido de las sesiones tenía el siguiente esquema:



Los temas priorizados tuvieron dos ejes:

- ⇒ El alimentario nutricional dirigido a mejorar los patrones de consumo.
- ⇒ El de higiene y manipulación dirigido a mejorar las prácticas sanitarias.

En el Cuadro N° 2 se muestra los temas tratados en las sesiones educativas:

Cuadro N° 2
Relación de talleres ejecutados durante el primer y segundo año de ejecución del proyecto

Temas de sesiones ejecutados. Años 1 y 2		
1. Constitución de núcleos ejecutores	5. Alimentación balanceada I	9. Refuerzo de talleres anteriores
2. Anemia	6. Alimentación balanceada II	10. Agua segura
3. Alimentación infantil I	7. Mezclas nutritivas	11. Refuerzo alimentación infantil
4. Alimentación infantil II	8. Parasitosis	12. Cuidado y alimentación de la gestante

En la segunda fase se acondicionaron cinco temas centrales desarrollados con las madres incorporadas en el tercer y cuarto año de intervención, como muestra el siguiente cuadro:

Cuadro N° 3
Talleres realizados en la segunda fase de la experiencia con madres trabajadoras



Otra audiencia considerada inicialmente fue el personal de salud, pero lamentablemente no se logró la participación esperada, pues en la zona existe una rotación muy grande de personal. Es una característica del personal de salud designado a los establecimientos de salud de zonas alejadas como Pachacútec que buscan ser relocalizados en zonas más céntricas. Esta rotación se convirtió en la principal dificultad que imposibilitó que se insertaran en una intervención más sostenida en el tiempo.

De forma complementaria y paralela cada año se programaron actividades abiertas a toda la población para

reforzar los temas trabajados y compartir con la comunidad los logros de las madres incorporadas. Para ello fue indispensable buscar aliados claves; fue la comunidad educativa una de ellas, pues los(as) profesores(as) de las instituciones educativas de la zona fueron factores dinamizadores, tuvieron gran apertura y aporte. Ellos(as) con el apoyo de la institución promovieron los concursos y festivales con sus alumnos y, por ende, sus padres, se centraron las actividades en las secciones de nivel primario.

El cuadro N° 4 detalla el tipo de actividades ejecutadas durante la implementación de la experiencia.

Cuadro N° 4
Actividades complementarias de la intervención educativa

Concursos implementados	2004	2005	2006	2007
Recetas nutritivas para madres y organizaciones	X	X		X
Concurso de dibujo en escolares	X	X		X
Concurso de lemas en madres y OSB	X	X		X
Concurso de conocimiento en niños de Pronoeis				X
Concursos de cuñas radiales	X			
Concurso de stands	X	X		
Gimkana y ruleta de la suerte y del conocimiento a participantes de ferias	X	X		X
Pasacalle de instituciones y organizaciones de la comunidad	X	X	X	
Concurso de conocimientos en líderes de la comunidad		X		

Para difundir y reforzar los mensajes, se validaron y produjeron materiales educativos para cada temática abordada, los cuales fueron entregados a las asistentes según se avanzaba con las sesiones educativas. Las líderes educadoras contaron con un manual guía por cada temática de modo que pudiera realizar una réplica posteriormente, previamente validado con la población de Pachacútec.

Otro grupo de materiales estuvo dirigido a la comunidad en general, distribuidos en espacios públicos como mercados, colegios, comedores populares, comités de Vaso de Leche, centros de salud, entre otros.

El Cuadro N° 5 detalla los materiales producidos según el tipo de público seleccionado.

Cuadro N° 5
Materiales validados y producidos para la intervención educativa

Tema	Materiales de refuerzo para participantes	Materiales para promotores comunitarios	Materiales para espacios públicos (mercados, comedores, vaso de leche)
Anemia	3 fichas de cartillas educativas coleccionables	Módulo educativo "Enfrentemos la anemia conociéndola mejor" 7 afiches 1 folleto de refuerzo Ludo "Juguemos a combatir la anemia"	Cuñas educativas
Alimentación balanceada	2 fichas de cartillas educativas coleccionables	Guía educativa de casinos Casinos de alimentos	Cuñas educativas
Mezclas nutritivas	1 ficha de cartilla coleccionable 1 sticker mezclas nutritivas		
Parasitosis	1 folleto "Parasitón"	Rotafolio "Aprendiendo sobre los parásitos y como evitarlos"	Cuñas educativas
Agua segura – Higiene y manipulación	1 ficha coleccionable		Cuñas educativas
Alimentación infantil y lactancia materna	4 fichas de cartillas coleccionable 1 folleto "Los 5 pasos exitosos de la alimentación infantil"	Módulo educativo de alimentación infantil 7 afiches	Móvil giratorio: alimentación infantil Mandiles y secador con mensajes Polos para madre niño con mensaje Cuñas educativas
Cuidado y alimentación de la gestante	2 fichas de cartilla coleccionable	Módulo educativo de cuidado y alimentación de la gestante 7 afiches	
Recetarios	3 recetarios de papillas nutritivas para el bebé		



● Adecuaciones

Según los reportes de monitoreo, durante el proceso se realizaron las siguientes adecuaciones:

► La duración de la sesión fue acortándose de 120 minutos a 60 a finales del primer año, debido a que las madres que generalmente asistían con sus niños no podían mantener la atención requerida. Por esta razón, se redujeron los mensajes, dando cada vez mayor tiempo a la práctica.

► El tipo de convocatoria a las madres en la segunda fase del proyecto (2006-2007) se modificó. La principal razón de este cambio fue la dificultad en concentrar a las madres trabajadoras que fueron incluidas durante el tercer y cuarto año cuando se amplió la cobertura del proyecto a niños de tres a cinco años asistentes a Pronoéis constituidos como hogares comunitarios. Para esta audiencia se acondicionaron las temáticas en sólo cinco sesiones, tratando de convocarlas en el momento de ingreso o de salida de sus niños.

► La disminución de la duración de la sesión no eliminó las dinámicas al interior de las sesiones, pues éstas ayudaban a aplicar de manera práctica los contenidos

temáticos y eran muy apreciados por las participantes.

► Las fechas para las sesiones educativas se programaron de manera conjunta con las madres, para facilitar su asistencia.

► Se cambió la manera de presentar la intervención a las madres beneficiarias adoptando una connotación más motivadora y positiva, para prevenir una posible reacción de rechazo al sentirse identificadas con el problema de la desnutrición y la anemia.

► Las sesiones debían diversificarse tomando temáticas que no sólo aportaran conocimientos sino distracción y promovieran una mayor autoestima de las madres.

► La estructura secuencial de las sesiones se reestructuraron en dos momentos: la primera con mayor transferencia de información (cinco) y la segunda centrada exclusivamente a refuerzos prácticos e integrales (sesiones participativas de elaboración de recetas nutritivas).

● Evaluación:

Se realizaron tres tipos de evaluación para ver logros y avances de la intervención educativa durante el proyecto, lo cual permitió reconocer los logros y avances:

1. Evaluación de proceso: A lo largo del proyecto se realizó una evaluación continua de las actividades programadas en la intervención educativa. El objetivo fue recoger las opiniones de los participantes y de los facilitadores acerca de los talleres y aprender de las mismas; para ello se elaboraron formatos ad hoc (ver Anexo N° 1). En los grupos focales las madres comentaron que gracias a las capacitaciones habían aprendido a eliminar la anemia a base de papillas y de una adecuada preparación de los alimentos en casa.

En sus propias palabras afirmaron:

- *“A los 8 meses le hicieron una prueba y tenía anemia. Ya ahora tiene 11 meses le han sacado otra prueba y ya superó”.*

- *“Las papillas ayudan bastante a los niños, es un complemento, pero lo que más ayuda también son las charlas que nos dan, las clases de cómo alimentarlos con sangrecita, eso también le ha hecho bien, también la veo más gordita de lo que era antes y ha crecido bastante”.*

2. Evaluación de producto: Esta evaluación permitió que se analizara los cambios en los conocimientos y actitudes de las participantes durante cada sesión educativa.

Se aplicó una prueba al empezar y finalizar cada taller para medir el cambio en los conocimientos y el manejo de información básica que debía transmitirse a las asistentes. Así, se midió el logro de los objetivos trazados al inicio de la sesión.

También se analizó parte de las actitudes de las participantes frente a los nuevos conocimientos, básicamente en los compromisos asumidos al final de la sesión.

Cuadro N° 6
Notas de entrada y salida por sesión

Nº de talleres	Tema tratado	Nota pre y post	Compromisos
1º	Constitución de N. E	-	-
2º	Anemia	Pre : 15 Post: 18	*Dar a mi hijo alimentos ricos en hierro como la sangrecita. * Compartir lo aprendido con mis vecinas.
3º	Alimentación infantil I	Pre : 10.5 Post: 15.5	*Dar a mi hijo todos los días su carnecita. *Continuar dando lactancia materna hasta los dos años. *Dar a mi niño segundo en lugar de sopa.
4º	Alimentación infantil II	Pre :9.3 Post: 14.3	*Mejorar la consistencia de las preparaciones de mi hijo. *Recoger todos los días la papilla. *Todos los días le daré a mi hijo alimentos de origen animal.
5º	Alimentación balanceada I	Pre : 8 Post: 14	*Alimentaré a mi hijo con los tres grupos de alimentos. *Acudiré a las capacitaciones. *Daré menestra 3 veces por semana a mi niño.
6º	Alimentación balanceada II	Pre : 8.4 Post: 12	*Dar una adecuada alimentación a mi hija, poniendo en sus comidas carne, menestra, cereales, frutas y verduras. * Invitar a mis vecinas a las capacitaciones.
7º	Mezclas nutritivas	Pre : 11.7 Post: 15.7	*Combinar los alimentos para obtener mezclas nutritivas.
8º	Parasitosis	Pre :12 Post: 15	*Limpiar el dormitorio para eliminar huevos de parásitos. *Tomar agua hervida. *Lavar correctamente las manos con agua y jabón antes de comer.
9º	Refuerzo de talleres	Pre : 9 Post:16	*Hervir bien el agua para el consumo. *Incluir en nuestra alimentación los tres grupos de alimentos. *Dar a los niños siempre un pedazo de producto animal.
10º	Agua segura	Pre : 9.7 Post: 16.7	*Tapar los alimentos y los utensilios con un trapito limpio. *Lavar bien las frutas y verduras. *Asistir a charlas y recoger papillas.
11º	Refuerzo alimentación infantil	Pre : 12 Post: 17	*Dar a mi bebé segundo espesito. *Darle en su comidita alimentos de los tres grupos. *Complementar la comida del niño con un huevo.
12º	Cuidado y alimentación de la gestante	Pre : 11 Post: 18	*Cuidar la alimentación desde antes del embarazo. *Enseñar a mis vecinas gestantes cómo deben alimentarse. *Suplementarse con ácido fólico, hierro y calcio.

También se analizó parte de las actitudes de las participantes frente a los nuevos conocimientos, básicamente en los compromisos asumidos al final de la sesión.

3. Evaluación de impacto. Se han llevado a cabo dos evaluaciones: una externa, a finales del 2006, y otra al culminar la intervención de Alternativa, en el 2007. El impacto de la intervención educativa fue medido a través de los cambios encontrados en las familias beneficiarias, básicamente en sus patrones de consumo e higiene.

Para ello se elaboró una encuesta de consumo de alimentos⁴ con preguntas abiertas para recoger información cualitativa sobre el consumo de alimentos de los niños el día anterior a la encuesta. La información recogida mostraba las prácticas culinarias de las madres de niños pequeños y que fueron contrastadas con las pautas otorgadas por CENAN - INS, observándose, como veremos más adelante en el capítulo de logros, un incremento notable en aquellas madres incorporadas en el proyecto.

Al terminar el segundo año se contó con una evaluación externa que mostró de manera cualitativa y cuantitativa el impacto del proyecto tanto en los aspectos alimentario nutricional como organizacional y social (Bonfiglio 2006). Esta evaluación también permitió que se determinaran los retos que debíamos enfrentar los dos siguientes años. Entre ellos se planteó la incorporación de los padres de familia en las sesiones educativas, sobre todo por la importancia de su rol en la toma de decisiones al interior del hogar.

“Los talleres son sólo para madres. Sería bueno que a los padres también se le haga una invitación para decirle qué contenido tiene la papilla. Porque a la mujer le dejan todo, dependiendo del hogar, le dejan plata para la comida pero no saben qué ingredientes le echan. A los padres los llamamos a una reunión y les decimos que la papilla es nutritiva para su hijo. Entonces, le dejaría a su esposa salir, si al padre se le capacita qué nutrientes tienen los alimentos, ellos van a enviar a sus esposas para que aprendan. Eso sería una buena alternativa”. (G.F. Junta Directiva)

Lamentablemente no se logró el mismo éxito con los padres como con las madres. El tiempo limitado disponible de los padres y sus características aún más complejas requerían de un plan específico que no se contemplaba en el proyecto cuyo objetivo estuvo centrado en las madres.

Las maestras, como mencionamos, fueron un actor importante en esta intervención, quienes dieron su apreciación sobre las capacitaciones:

“Aprender sobre anemia, parasitosis, saber clasificar los alimentos en energéticos y fortalecedores, eso nos enseñaron y me sirvió mucho, pero necesitamos que nos den otra vez la capacitación porque las madres preguntan otras cosas que no sabemos”.

Cuadro N° 7
Notas de entrada y salida por sesión

		Beneficiarios (%)
Alimentación adecuada para la edad	Basal	4.5
	Final	98.9

“Por favor, ponga en su informe que el material es muy bonito y útil, pero que necesitamos que nos den más porque se gasta y está viejo por el uso”.

Las mujeres del sector educación pidieron que se elaborara un programa para cada año que incluyera actividades de capacitación por lo menos cada seis meses. En todos los casos se manifestaron inseguras de hacer las réplicas, aunque todas llegaron a realizar el replicado en las aulas:

“Las especialistas pueden venir acá, les juntamos a todos los padres y madres que podemos y ustedes hablan”.

“Para la gente es importante que alguien de afuera venga, escucha con toda atención; no es igual que cuando nosotros les repetimos porque no sabemos tanto”.

“Cuando les decimos que son personas especializadas, vienen toditos porque saben que es importante”.

“También nos sentimos inseguras cuando nos hacen preguntas que no sabemos”.

Las evaluaciones mostraron el contraste entre sus inseguridades y la claridad con que recordaban los temas que recibieron y la valoración al aporte recibido. Estos son algunos de sus testimonios:

“La verdad es que yo era ignorante del tema. No sabía qué alimentos se deben comer y los que no deben comer los niños, sobre todo los pequeñitos”.

“Parece mentira, pero no recibimos la formación correcta y no sabemos cómo se deben alimentar los niños”.

⁴ Formato de encuesta se muestra en Anexo n° 2

B. Complementación alimentaria

La complementación alimentaria fue realizada a través de la elaboración y distribución de una porción de papilla o mazamorra a los niños menores de cinco años, elaborada por sus madres previamente capacitadas y entrenadas por el equipo de nutricionistas del proyecto.

Fue necesaria la definición previa de una canasta básica de alimentos que promoviera alimentos nacionales, de fácil combinación y cocción, pero que además sea agradable al paladar y de bajo costo. La preparación propuesta debería considerar dos aspectos importantes: el volumen gástrico de los beneficiarios y las demandas nutricionales.

● Metodología

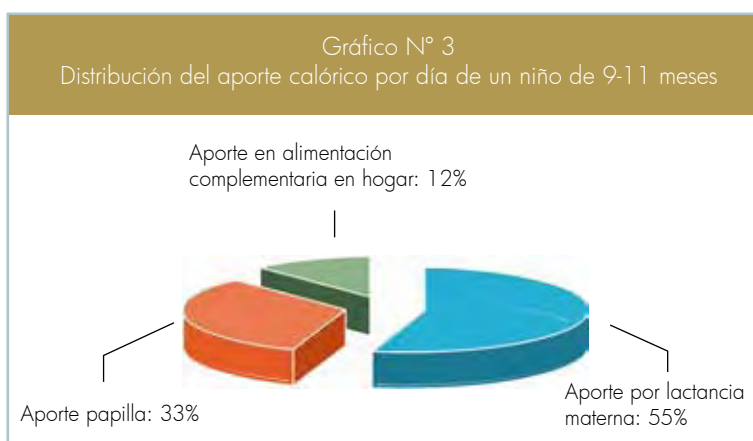
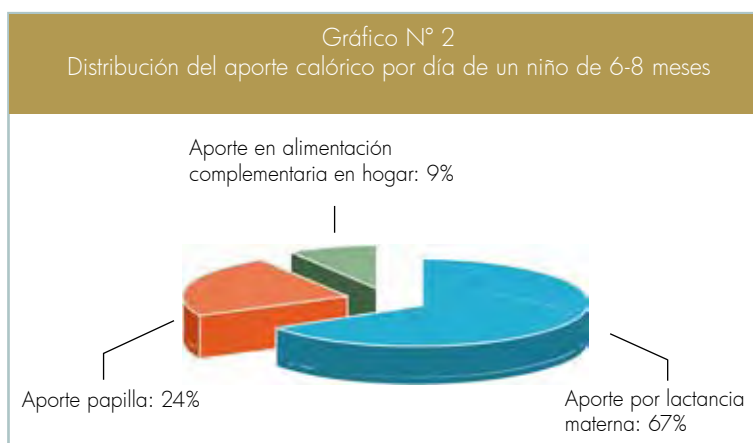
La canasta diaria por niño estuvo constituida por 34 gramos de cereales, 18 de menestras, 13 de azúcar y 9 de aceite vegetal, alimentos brindados por el Pronaa y el PMA a través del Proyecto PER 6240. Mientras las madres aportaban 25 gramos de verduras o frutas y 21.6 de producto de origen animal básicamente leche evaporada; adicionando mayor cantidad de vitaminas y minerales (calcio, vitamina A).

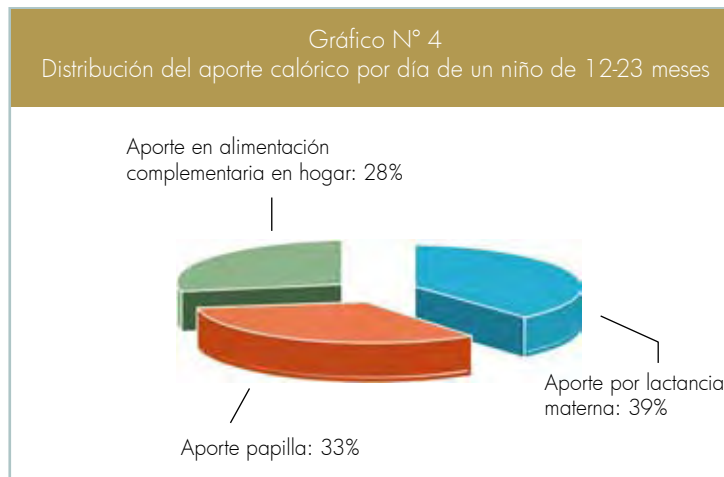
Cuadro N° 8

Aporte de macro y micronutrientes de la ración diaria de papilla consumida por los niños de entre seis meses y cinco años

Cant	Energ	Prot A	Prot V	Grasa A	Grasa V	Carboh	Fibra	Calcio	Hierro	Retinol	Tiamin	Ribofl	Niacin	Vit C
Gr	Kcal	g	g	g	g	g	g	mg	mg	mg	mg	Mg	Mg	mg
200	299	1.5	3.8	1.4	9.3	43.3	0.9	74.2	1.5	45.7	0.1	0.1	0.6	4.5

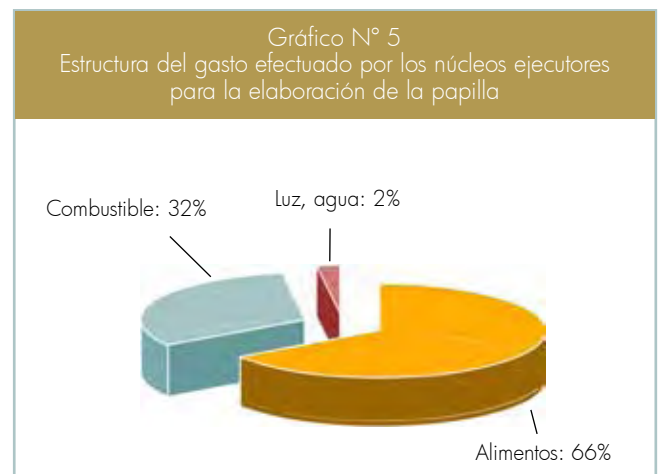
El aporte energético porcentual de la papilla en la alimentación diaria del niño de entre 6 y 23 meses sube del 24 al 33%, en la medida en que baja el aporte de la lactancia materna.





El objetivo era que las papillas tuvieran una consistencia espesa, con una densidad no menor de 1.2 Kcal/g. Es decir, se esperaba que cada gramo de preparación ofrecida al niño(a) debía aportar al menos una caloría ya que con preparaciones de esta densidad es factible cubrir las recomendaciones alimentarias de los niños y niñas.

Las madres incorporaron a la papilla alimentos de origen animal y ricos en vitamina A como la leche evaporada, zapallo, zanahoria, camote, entre otros alimentos.



Cada ración de papilla constituida por 200 gramos (niños mayores de un año) tuvo un costo para las madres de S/.0.20, con lo que se compraron alimentos, agua, productos de limpieza y combustible. Si se observa el Gráfico N° 5, el aporte que la comunidad asume con respecto al costo real de una ración es equivalente a S/. 0.78.

El costo de la papilla incorpora los alimentos complementarios no perecibles y frescos, combustible y pagos de luz y agua. Por otro lado, en la estimación del costo no se está considerando la mano de obra, que equivale a S/.0.40 por cada papilla.

Las madres organizadas en Nejejan se encargaron de la preparación y reparto de las papillas, inicialmente prestando ollas, cocinas y tachos de agua. La red de

comedores populares acogió desde un inicio a las madres de su comunidad y brindó sus instalaciones y experiencia en la gestión de los recursos alimentarios; formó parte conjuntamente con una madre de familia y de una promotora de Salud de la junta del Nejejan.

● Adecuaciones

La papilla llegó a ser entregada de lunes a viernes en 23 puntos de elaboración a un promedio de 850 niños y niñas de Pachacútec. Entre el 2004 y el 2005 la papilla era destinada a gestantes y niños menores de dos años, pero para el 2006 y el 2007 se amplió a niños hasta cinco años. Una de las razones para la ampliación fue la demanda percibida por los hermanos y primos mayores.

Una de las adaptaciones de la propuesta inicial fue realizada luego de cuatro meses de instalada la experiencia, pues algunos niños(as) no asistían a comer la papilla a los Nejejan. Las madres manifestaban que el frío era muy fuerte y que el niño(a) se enfermaría si

salía de la casa. Esto hizo que muchos niños(as) dejaran de beneficiarse del valor nutricional de la papilla en períodos críticos (mayor riesgo de enfermar). Por ello se decidió permitir que la madre llevara el alimento preparado a sus hogares, aun cuando esto significaba un riesgo, pues no se podría comprobar el consumo por el niño. Se limitaba la medición de los resultados al peso ganado por los niños luego de dos meses de consumida la papilla, lo cual indicaría un adecuado manejo al interior de los hogares. Se estableció como parte de la estrategia que se vigilaría la salida diaria de la papilla del Nejepepan para contabilizar el número total de papillas “consumidas” por el niño(a) al mes. De esta manera se podría relacionar los cambios encontrados en el peso y talla y el grado de adhesión al proyecto. Esta información fue registrada diariamente por las madres responsables del núcleo.

● ● Monitoreo

El monitoreo de la calidad nutricional de la papilla fue realizado por el equipo de nutricionistas que acompañaron el proceso. Cada Nejepepan tuvo trimestralmente una evaluación con pesado directo de alimentos para verificar la calidad nutricional de la papilla. Con esta información se programaban prácticas culinarias y/o refuerzos teóricos a la junta directiva si eran considerados necesarios.

Las madres cocineras en un inicio evitaban “espesar” la mazamorra, pues consideraban que el niño no la consumiría. Había una exigencia por parte de las madres beneficiarias a que se hiciera más “aguada”. Al finalizar el segundo mes de acompañamiento se logró la consistencia adecuada, momento en que ya las madres cocineras habían conseguido manejar con destreza las cantidades de los ingredientes y la técnica para elaborar mazamoras espesas.

Algunos comentarios de las madres frente a las papillas:

“Preparo papilla en mi casa, a mis hijos les gusta que le prepare cremosito de arroz”. (G.F. Buen Pastor)

“Preparo en mi casa, gracias a que me enseñaron yo le preparo a mi hija”. (G.F. Ollita de Barro)

“Tenemos una hora exacta. 4 pm máximo se debe recoger la papilla, es la hora del lonchecito de los bebés y a esa hora ya ellos quieren comer y les cae muy bien la papilla”.

“Yo quería comentar que aquí la sangrecita no era muy importante y hoy en día en los mercados la sangrecita es escasa. Hay competencia, por motivo que en los comedores siempre se prepara la mazamorra morenita, y ya para irnos a comprarla, como está cómodo, está escasa. Estamos quitándonos la sangrecita, porque todos nos hemos dado cuenta de que es nutritivo y barato”.

La preparación de las papillas en lugares públicos como los comedores populares ayudó a difundir a la comunidad en general la técnica de su elaboración. Por otro lado, la rotación de las madres beneficiarias en la cocina ayudó a que ellas aprendieran a elaborarlas y posibilitó la preparación los fines de semana.

En los hogares comunitarios no funcionó de la misma manera, pues las madres cocineras rotaban con mucha frecuencia. Los niños beneficiarios fueron reemplazados casi bimensualmente, las madres debían aportar mayor cantidad de dinero para otros gastos (tres comidas, mayor tiempo de permanencia de la cuidadora o profesora). En la mayoría de casos las madres preferían retirar a los niños.

“Hay mamás que han abandonado el programa porque tienen problemas económicos. Otros tienen que ahorrar para la matrícula y los útiles escolares de sus hijos. Ayudar en la cocina quita tiempo hay que dejar de trabajar para estar en la cocina. Puede ser una salida económica para las personas que no tienen empleo”. (G.F. Luz Divina, Sra. Haydee)

“Más antes, cuando empezó la papilla, hubo un poco de discrepancias cuando estaba la señora Margarita Falcón, cuando estuvo ella yo no sacaba porque era un poco sobradita y hacía bromas pesadas y a mí eso no me gustaba. Yo opté por no ir, pero cuando entró la nueva directiva, entró la señora Norma sí ya he estado sacando la papilla”. (G.F. Sra. Margarita Buen Pastor)

C. Cuidados de la salud

● ● Metodología

Este componente estuvo compuesto por dos actividades: la desparasitación dos veces al año y la suplementación con sulfato ferroso a madres gestantes y niños pequeños.

Los niños y niñas mayores de dos años, conjuntamente con sus familias, fueron desparasitados con Albendazol. A los menores de dos años se les desparasitó sólo si daban positivo en su análisis parasitológico realizado por la red de salud de Ventanilla. Se contó con el apoyo de pediatras para la prescripción del medicamento específico según el parásito hallado. En el Cuadro N° 7 se muestra el tipo de parásito y el porcentaje de niños menores de dos años que estaban contaminados.

Por otro lado, se hizo la entrega del sulfato ferroso según el peso registrado de cada niño al ingreso al proyecto. Inicialmente se entregó solamente a aquellos niños diagnosticados con anemia (<11 gr/dl.). Luego de cuatro meses de iniciado el proyecto se entregó a todos los niños(as) una dosis preventiva de 1 mg de hierro elemental por kilo de peso, mientras que para el caso de los anémicos era de 2 mg por kilo de peso.

● Evaluación

El cambio evidenciado en este componente se observó en la reducción de niños parasitados, como se indica en los cuadros N° 7 y N° 8, donde se muestra una reducción de 13 puntos porcentuales en la prevalencia de parasitosis.

Teniendo en cuenta que las características de la comunidad y las condiciones sanitarias no han mostrado cambios sustanciales, asumimos que fueron los cambios en los patrones de manipulación e higiene lo que llevó a mostrar dicha reducción.

Cuadro N° 7
Número y porcentaje de niños menores de dos años según presencia de parásitos identificado en examen de heces directo - 2004

PARÁSITO	NÚMERO	PORCENTAJE
NEGATIVO	173	52.3
GIARDIA	62	18.7
BH	54	16.3
EC	9	2,3
HN	4	1,4
AL	3	0.9
EN	3	0.9
TRICHOMONA	3	0,9
EV	1	0.3
EH	1	0.3
TOTAL	144	

Cuadro N° 8
Número y porcentaje de niños menores de dos años según presencia de parásitos identificado en examen de heces directo - 2006

PARÁSITO	NÚMERO	PORCENTAJE
NEGATIVO	95	65,9
GIARDIA	33	22,9
BH	6	4,2
EC	3	2,1
HN	2	1,4
GL/EC	2	1,4
EN	1	0
BH/AL	1	0,7
EC/BH/GL	1	0,7
TOTAL	144	100

La entrega de suplementos de sulfato ferroso se realizaba en el momento de cada uno de los controles de peso y talla, tanto en niños(as) como en gestantes. Siendo las promotoras las responsables de canjear los frascos vacíos, ellas también asumían la entrega de frascos a los(as) niños(as) que no habían asistido a su control.

Las madres mencionaron sobre este tema lo siguiente:

- *“Es terrible todo lo que la anemia puede causar en los niños”.*
- *“Mire a mi hijita, parece sana porque es cachetona, pero está anémica; recién me la están curando”.*



D. Fortalecimiento de organizaciones locales

● Metodología

Tomando en cuenta que la sostenibilidad de la experiencia está en manos de la propia comunidad, se consideró como un componente básico en el modelo que construimos el fortalecimiento de las organizaciones locales.

Para ello era fundamental contar con un equipo de líderes o promotoras de salud que manejaran conceptos básicos en alimentación, nutrición e higiene y que se encargaran de difundir los mensajes no sólo a las beneficiarias sino a toda la población de Pachacútec. Por ello nos vinculamos con la Asociación de Promotoras de la comunidad (APSIH), los dirigentes de la comunidad y las organizaciones sociales de base activas (comedores, Vaso de Leche).

Todos los representantes de estas organizaciones fueron incluidos en los talleres de capacitación ejecutados para las madres como parte de la intervención

educativa propuesta. Con este grupo y con un grupo de madres que mostraron su interés en formar parte de las promotoras de salud se ejecutaron cursos de formación de líderes educadoras cada año, como se muestra en el cuadro N° 9.

Cada curso contó con la participación de la DISA I Callao con quienes se tenía un contacto cercano de coordinación, sobre todo para las actividades promocionales. En el último año la actividad de formación de líderes fue integrada a las actividades de la Mesa de Apoyo a la Primera Infancia del Callao, la cual está formada por diversas instituciones con trabajo en el Callao. Las participantes fueron convocadas en esta ocasión no sólo en la zona de Pachacútec sino también de todo el distrito de Ventanilla. Un grupo considerable fue el de animadoras o facilitadoras educativas, quienes cuidaban y estimulaban a los niños en los Pronoeis.

Cuadro N° 9

Cursos de formación de líderes educadoras	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4
Número de líderes certificadas	-	25	24	81

● Adecuación

En un primer momento, las promotoras formaron parte de la junta de los Nejepan cumpliendo la labor de fiscalización, es decir, vigilaban que las papillas mantuvieran su valor nutritivo básicamente a través de la consistencia y la presencia de alimentos de origen animal. Realizaban también el consolidado mensual del consumo de papillas por cada beneficiario y visitaban a aquellos que no asistían a recoger su papilla, centrándose en aquellos desnutridos o en riesgo de desnutrición.

En un segundo momento su rol se vio ampliado, realizando el control de peso y talla, la consejería nutricional a las madres y la entrega de sulfato ferroso a madres gestantes y niños.

Las promotoras mostraron su capacidad y responsabilidad en la ejecución de las actividades propuestas. Al iniciarse la experiencia ellas acompañaron al equipo de nutricionistas en estas labores, siendo entrenadas directamente para lograr llevar a cabo la toma de talla a los niños a su cargo; actividad complicada por la técnica empleada.

El equipo de 25 mujeres capacitadas realizó internamente una distribución de labores en función a su ex-

pericia para organizar su trabajo. Por ejemplo, en el momento de hacer el control de peso y talla se podía observar cómo algunas se encargaban de efectuar el primer contacto con la madre para que desvistiera completamente al niño para lograr conseguir el peso exacto, otro grupo pesaba y tallaba, mientras un grupo determinaba el estado nutricional del niño, teniendo para ello el carnet de control de peso y talla. Finalmente, había un equipo de mujeres encargadas de dar la consejería nutricional a las madres ayudadas por los materiales educativos.

Inicialmente las promotoras mantenían esta labor sin ninguna retribución, luego gestionaron ante el PMA el recibir una retribución por la dedicación (cuatro horas por día) y el esfuerzo a modo de estímulo. Se estableció una canasta de víveres mensual con ocho productos. Al cabo de un tiempo se incluyeron a las madres cocineras en la entrega del estímulo mensual.

Otra labor ejecutada por las líderes y promotoras fue la ejecución de talleres educativos a la población de Pachacútec. Inicialmente se realizaron las sesiones con el grupo de madres de su Nejepan, luego en espacios públicos como mercados, sala de espera de los

centros de salud y colegios. Se calcula que se logró difundir los mensajes a aproximadamente 5,800 personas en 234 sesiones de réplicas durante los cuatro años de ejecución del proyecto.

En el tercer y cuarto año las líderes y promotoras salieron de su zona para ejecutar talleres de capacitación en las 13 nuevas zonas incorporadas en el proyecto.

● • Evaluación (finales del 2006)

El equipo de líderes tuvo la capacidad de realizar convocatorias en su comunidad como en zonas de la periferia de Pachacútec; diseñó y ejecutó sus talleres en espacios públicos y participó en campañas de salud masivas: ferias, concursos. El reconocimiento que le brindó la comunidad se evidenció en el número de invitaciones recibidas por las mujeres para participar en diversos eventos en su comunidad.

“Nos han enseñado que no solamente lavándose las manos, así comer, a veces verdad como dicen de una tabla a veces agarramos, la lavamos, pero agarramos las verduras que ya quizás habíamos desinfectado, lo ponemos de frente a la madera y estamos contaminando lo que habíamos limpiado, es lo mismo y así sucesivamente.”

Uno de los resultados indirectos generados por el fortalecimiento en las organizaciones se observó en las propias mujeres promotoras. El cuidado de su aspecto

físico, el reconocimiento de sus parejas e hijos, el entusiasmo y el deseo de superación fue evidente.

Aquellas que no habían concluido su secundaria fueron ingresando al programa de alfabetización, otras ingresaron a diferentes escuelas de estudio (farmacia, enfermería técnica, escuela de líderes), otro grupo fue captado por instituciones que requerían el perfil de este grupo de mujeres (Pronoeis, CEI, ONG, Gobierno Regional del Callao).

Las mujeres en diversas oportunidades manifestaron haber “corregido” a otros capacitadores en los temas que ellas manejan y que habían logrado el respeto de su comunidad:

“Sé cómo hablarles y lo he descubierto poco a poco conforme iba haciendo las charlas y eso me emocionó cuando una señora se me acercó y me dijo que cuando le hablaba, parecía que me conocía de toda la vida”. (Liz, comedor Las Rocas)

“Como líder educadora me siento como si hubiera terminado una carrera y me alegra cuando una señora me hace una pregunta. También me pongo más contenta cuando doy charlas porque sé que sé”. (María Delicia, comedor Buen Pastor)

Al ser reconocidas y valoradas por su comunidad no solamente llegaron a desarrollar y fortalecer sus capacidades personales sino también a cumplir su rol de servicio social consolidando una posición en su comunidad.

III. BENEFICIOS DEL MODELO

3.1 Cambios en el estado nutricional

Una de las apuestas de la intervención fue lograr cambios en el estado nutricional. Para ello se evaluaron tres indicadores: peso/ talla, talla/edad y peso/edad de todos(as) los(as) niños(as).

En el momento del ingreso al proyecto en el 2004, cada niño contaba con un registro basal construido a partir de los datos tomados por el personal técnico previamente capacitado y estandarizado con equipos calibrados, lo que aseguraban la calidad de la información. Paralelamente, los nutricionistas aplicaban una encuesta de datos generales y de consumo a las madres de los niños beneficiarios lo que complementaba la información sobre la situación alimentaria de los niños(as) pequeños(as) y los antecedentes del embarazo.

En la primera fase, los(as) niños(as) fueron controlados cada dos meses por los equipos de técnicos, registrándose los datos de peso, talla y consumo de alimentos. En la segunda fase los controles antropométricos fueron trimestralmente registrados por el equipo de líderes educadoras con acompañamiento por el equipo técnico, y los datos de consumo fueron registrados semestralmente por el equipo técnico.

Durante los dos primeros años de intervención se centraron los esfuerzos en los niños más pequeños menores de dos años, mientras que los años siguientes se incluyeron a niños hasta los cinco años, generalmente familiares de los niños(as) que venían participando.

Finalmente, para realizar el análisis sobre el efecto de la intervención, se clasificaron a los beneficiarios según el tiempo de exposición al programa.

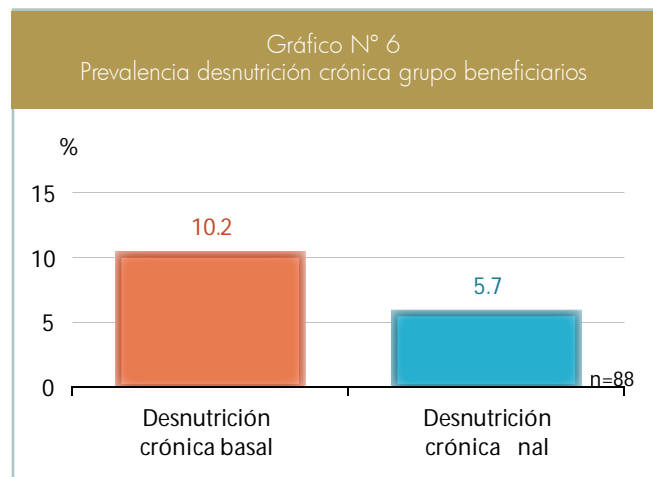
Como resultado, se identificaron dos tipos de beneficiarios:

- ▶ Los denominados “continuadores” con una exposición promedio 19.1+1.9 meses.
- ▶ Los “no continuadores” con menos de 19 meses de exposición.

La exposición al programa incluía tres de los cuatro componentes del proyecto (educativo, alimentación complementaria, cuidado en la salud). Los análisis que a continuación se presentan son los referidos únicamente a los beneficiarios continuadores.

Luego de transcurridos dos años de intervención se observó una reducción del orden de 4.5 puntos porcentuales (50%) en la desnutrición crónica o retraso de crecimiento⁵. Al ingreso al programa, la desnutrición crónica o retraso en el crecimiento afectó al 10.2% de los niños de ambos sexos mostrando un descenso en la última medición afectando al 5.7% de ellos como se observa en el Gráfico N° 6.

Para los indicadores desnutrición global y desnutrición aguda las prevalencias iniciales fueron del orden del 8 y 2%, respectivamente. En el último control las prevalencias fueron 7 y 1%, respectivamente.



La desnutrición crónica basal afectó más a los varones (14%) que a mujeres (7%), pero esta diferencia no resultó significativa.

Estos resultados muestran los cambios en el estado nutricional de los beneficiarios entre el inicio de la experiencia y al terminarla. Sin embargo, se consideró necesario determinar el efecto de la intervención, por lo cual se hicieron comparaciones con un grupo control⁶.

Los resultados mostraron que los niños(as) beneficiarios del proyecto presentaron una menor prevalencia de desnutrición crónica que la de sus pares no beneficiarios, con una relación de 5.68% a 14.49% en los niños beneficiarios y controles, respectivamente.

Las diferencias encontradas entre beneficiarios y controles permiten señalar que el programa desarrolló un rol protector en niños y niñas frente a la desnutrición.

⁵ Vargas Machuca Rocío, Evaluación Alimentaria Nutricional del Proyecto Educativo Nutricional Pachacútec 2005.

⁶ La selección del grupo Control fue a través de reunirlos al grupo de 88 niños beneficiarios según sexo y edad, los cuales fueron seleccionados entre los niños inscritos en la línea de base pero, que no llegaron a asistir al programa.

Cuadro N° 10
Cuadro comparativo del índice de desnutrición en beneficiarios y controles

		Beneficiarios n = 88	Controles n = 138	p_value
		(%)	(%)	
Desnutrición crónica (T/E)	Basal	10.23	13.77	NS*
	Final	5.68	14.49	0.039
Desnutrición global (P/E)	Basal	7.95	9.42	NS
	Final	6.82	3.62	NS
Desnutrición aguda (P/T)	Basal	2.27	0.72	NS
	Final	1.14	0.00	NS

Vargas Machuca R., Evaluación alimentaria nutricional 2004-2006. Proyecto Pachacútec

(*) No significativo

Esta situación no se observa en los índices de desnutrición global y aguda, los cuales fueron similares entre ambos grupos tanto en la etapa basal como final. No se observó diferencias entre las medias de los z-score para todos los índices evaluados entre ambos grupos.

3.2 Cambios en la prevalencia de anemia

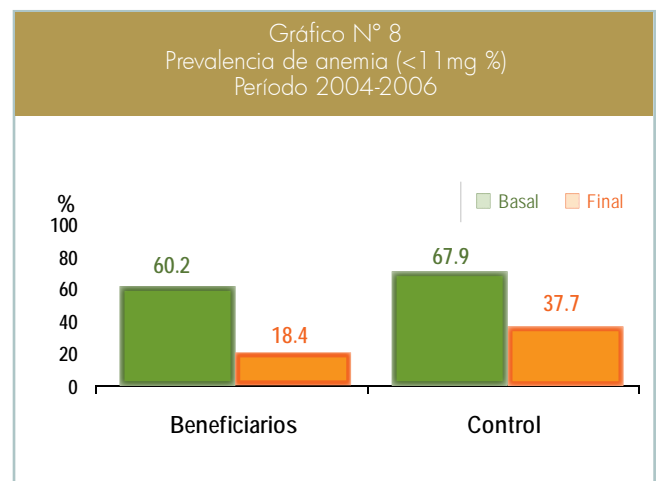
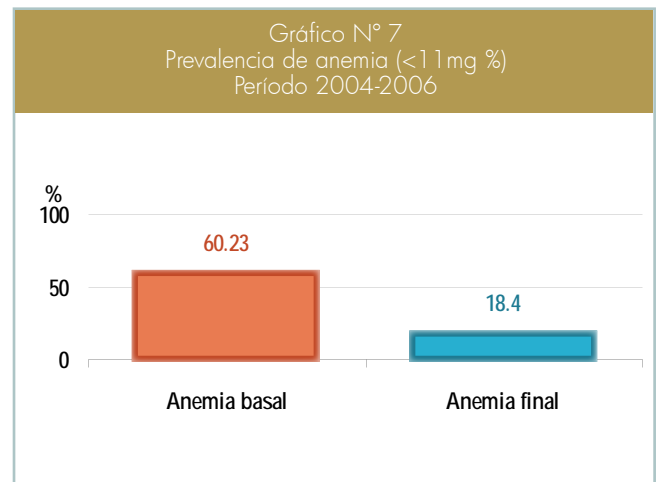
Al igual que el estado nutricional, la determinación de presencia de anemia fue realizada a lo largo del proyecto; especialmente, en el 2004, se hizo una línea de base y mediciones cada seis meses. Se clasificaron como anémicos a todos aquellos niños con concentraciones de hemoglobina menores a 11 mg/dl.

En el momento inicial de la intervención la anemia afectaba al 60.2% de los niños, mientras que en la medición a finales del 2006 este problema afectó al 18.4% de los niños denominados continuadores.

Aunque es reconocido que la prevalencia de anemia disminuye con la edad, el descenso observado fue de más de 40 puntos porcentuales, lo que muestra los efectos positivos del proyecto entre los niños beneficiarios.

Se obtuvo un incremento de la concentración de hemoglobina en el 70% de los beneficiarios, quienes lograron algún grado de incremento respecto de su valor basal, la variación de esta cifra resultó positiva: 1.23+1.9 mg%.

Si comparamos los cambios con el grupo control, se observa que si bien en ambos grupos disminuyeron las prevalencias de anemia, el grupo de beneficiarios logró reducirlo en 42 puntos mientras que el grupo control en 30. Estas diferencias entre grupos resultaron significativas.



3.3 CAMBIOS ALIMENTARIOS EN LAS FAMILIAS Y EN LOS NIÑOS BENEFICIARIOS

Las inadecuadas prácticas de alimentación en la primera infancia es uno de los factores más importantes que conducen a la desnutrición. Nuestra intervención consideró también una intervención educativa a madres de los niños beneficiarios para lograr los cambios positivos en el cuidado del niño y en especial en la alimentación.

Para determinar estos cambios se utilizó el índice Alimentación Adecuada a la Edad, el cual considera el consumo de preparaciones espesas (sólidas o semisólidas) en número adecuado para la edad de los niños y niñas.

El Cuadro N° 11 muestra las diferencias de consumo de alimentos entre los niños beneficiarios y del grupo control. Sólo se consideró a los niños controles con información basal de consumo (n=67).

Se observa que luego de dos años de intervención el 98% de niños beneficiarios consumía una alimentación adecuada para su edad, mientras que en el grupo control, que no participó de los beneficios del proyecto, solamente el 8.9% consumía una alimentación adecuada. De igual forma, el consumo de alimentos ricos en hierro en el grupo de niños beneficiarios es prácticamente el doble que lo consumido por el grupo control.

Cuadro N° 11
Patrones de consumo alimentario según grupos

		Beneficiarios	Controles	
		n = 88	n = 67	n = 138
		%	%	
Alimentación Adecuada para la edad*	Basal	4.5	19.4	
	Final	98.9	8.9	8.9
Consumo de hierro	Basal	29.5	43.3	
	Final	46.6	26.7	25.3
Consumo de proteínas en adecuada cantidad	Basal	50.0	84.9	
	Final	51.1	95.5	93.5
Consumo de fuentes de grasa	Basal	72.7	44.8	
	Final	67.0	61.2	57.2
Consumo de vegetales amarillos	Basal	63.6	58.1	
	Final	72.7	64.2	64.5

* Recomendaciones de Alimentación Infantil del CENAN-INS

6 meses = 2 o más comidas sólidas o semisólidas
 7-8 meses = 3 o más comidas sólidas o semisólidas
 9-11 meses = 4 o más comidas sólidas o semisólidas
 12 meses o más = 5 o más comidas sólidas o semisólidas

3.4 CAMBIOS EN PATRONES DE HIGIENE

Para determinar los cambios en los patrones de higiene se propuso una serie de indicadores que fueron registrados en visitas domiciliarias y por observación directa. Si bien la muestra seleccionada de niños tuvo inicialmente datos, éstos no pudieron actualizarse y mantenerse durante los dos años de evaluación continua, pues las familias rotaban con mucha frecuencia y se realizaron reemplazos por otras familias. Es por esta razón que finalmente se privilegiaron sólo dos indicadores: la prevalencia de parasitosis y de enfermedades diarreicas agudas (EDA).

Al evaluar los episodios de diarrea, otra manera de observar el incremento o mejora de prácticas de higiene en las familias, se evidencia una reducción de la prevalencia en casi 20 puntos (25%) en relación con la medición basal. Los niños controles, con menor prevalencia de inicio, disminuyeron casi 9 puntos porcentuales. El número promedio de episodios de EDA durante el período de observación fue de 2.55.

Se recogió testimonios sobre la higiene como un tema de gran utilidad por las propias madres beneficiarias:

“Yo no sabía todo lo que pasa cuando no te lavas las manos para preparar los alimentos y qué importante que es lavarse después de ir al baño, sobre todo enseñarles a los niños porque ellos se ponen cosas en la boca después”.

“Por ejemplo, ahora en el comedor estamos atentas que todas sean limpias para preparar la papilla porque así se contagian las enfermedades. Los microbios son chiquitos y no se ven”. (Teresa, Sofía y Agustina, comedor Familias Unidas)

“Todas saben cómo es la higiene, pero se olvidan y no lo hacen; no es por falta de agua sino porque con el apuro se olvidan”. (Angélica, comedor Nuevo Amanecer)

Se encontraron referencias concretas a prácticas de higiene que son mencionadas como un cambio positivo, pero un cambio estrechamente interconectado con la buena alimentación de sus hijos(as):

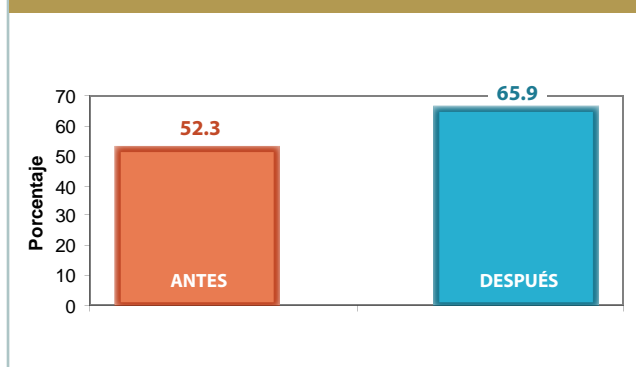
“Lavarle las manos antes de comer, preparar con mandil, con agua y jabón, tomar mucha agua”. (G.F. N.E. Las Rocas)



Cuadro N° 12
Prevalencia de enfermedad diarreica según grupos

		Beneficiarios n = 85	Controles n = 136
		(%)	(%)
EDA	Basal	70.6	55.4
	Final	52.9	64.3

Gráfico N° 9
Prevalencia de niños menores de dos años con examen de parasitosis negativo



3.5 CAMBIOS PERCIBIDOS POR LAS MADRES

Algunos cambios observados por las madres fueron manifestados en los grupos focales en la zona como parte de las evaluaciones realizadas. El objetivo era, precisamente, conocer las percepciones de las madres participantes sobre sus prácticas:

“Mi bebé ya no se me enferma, antes estaba con tos, hasta que lo llevé al hospital... pero con las papillas ya no se enferma, incluso ha crecido más, está más alto, más nutrido. No se enferma, difícil que se enferme”.

“En los talleres nos enseñan sobre la nutrición, cómo podemos alimentarlos, para que desarrollen su mentalidad para que tengan más inteligencia en sus estudios...cómo debemos alimentarlos cuando estamos esperando un bebé”. (G.F. N.E. Buen Pastor)

“No debe faltar el producto animal en los alimentos de los niños, ahora sabemos que podemos preparar la sangrecita”, “antes preparábamos pescado frito y gaseosa, y estaba mal, ahora aplicamos limonada, naranjada”. (G.F. N.E. Nuevo Amanecer)

En los grupos focales varias madres comentaron y compararon lo que hacían antes de ingresar al programa y después, como un referente de cambios en la manera en que alimentaban a sus hijos:

“En mi casa ha mejorado la alimentación de mi hijo, antes no comía carnes pero ahora con las charlas mi hijo come carnes, menudencias, pescado”. (G.F. N.E. Las Rocas)

“Ahora sabemos las horas en las que los niños deben comer, esto se aprendió en las charlas, no darles a cada rato. Las horas y la cantidad que un bebé debe comer”. (G.F. N.E. Buen Pastor)

“Nosotras le dábamos su pescado, su menestra, su arroz y le dábamos gaseosa pero las señoritas nos han dicho que eso no se usa sino tiene que ser con jugo de limón, naranja porque lo mata el hierro. Ahora limonada con menestra, ya no le doy gaseosa, le doy limonada”. (G.F. N.E. Las Rocas)

A partir de los comentarios hechos por las mujeres participantes de los grupos focales se encontró que desde su percepción el programa gira sobre un tema altamente considerado y valorado por las madres como es la salud de sus hijos. Por ejemplo, la señora Margarita comenta lo siguiente:

“Nos enseña cómo alimentar a nuestros hijos, alimentarlos para que desarrollen su mentalidad, para que crezcan sanos y fuertes”. (G.F. N.E. Buen Pastor)

Las madres participantes notaban que desde que empezaron a participar en el programa sus hijos han cambiado en su estado físico y estos cambios se valoran positivamente. Esta posibilidad de las madres de “percibir” la diferencia y notar los cambios en sus hijos e hijas fue un aspecto muy importante que

garantizaba la permanencia de ellas en el programa y el reconocimiento de sus beneficios. De esta manera, se fortalecía su programa, pero, además, se plantea como un factor de sostenibilidad.

La papilla, en especial, fue posicionada como positiva y reconocida en su valor ya que el cambio que produce era distinguible por ellas, se les muestra, lo reconocen en la mejoría física y en la salud de sus hijos e hijas:

“Mi hija tiene un peso de plomo porque he aprendido a darle sus papillas”. (G.F. N.E. Ollita de Barro)

“Cuando vinieron a evaluar a mis hijos, les faltaba peso, les faltaba hemoglobina. Hemos aprendido a balancear los alimentos, hemos aprendido la combinación de alimentos, menestras más carnes y eso es lo principal. Antes pensábamos que la comida era con tal que se llene la barriga y punto. Con todas las charlas que hemos tenido...” (G.F. N.E. Ollita de barro)

Un aspecto positivo del programa destacado por las participantes de los grupos focales es la importancia de sus propios procesos de aprendizaje a través de los contenidos del programa, que les ha permitido sentirse más seguras en su rol de principal responsable de la salud y alimentación.

“Gran ayuda para mí, más que todo como madre, aprendí a desenvolverme, a balancear mis alimentos para mis niños. Al inicio no tomaba interés de cómo se preparaba la sangrecita y ahora he aprendido que la sangrecita es algo básico y que tiene harto hierro para la anemia, muchos platos, muchas papillas”. (G.F. N.E. Ollita de Barro)

“Ahora sé como es la nutrición de mi hijo, y sé también de limpieza para tener cuidado con los alimentos”. (G.F. N.E. Buen Pastor)

“La papilla es muy nutritiva, yo recojo para mis tres hijos”. (G.F. N.E. Ollita de Barro)

“Ha ayudado a niños de bajo peso, de anemia”. (G.F. Ollita de Barro)

“Yo he tenido una sobrina que dejó su mamá y yo me aferré a la papilla, como yo cocinaba ahí (G.F. en el comedor)... le ayudó en un año en el bajo peso, desnutrición. Cuando me trajeron a mi sobrina tenía un año y nueve meses pero pesaba ocho kilos y me dio pena”. (G.F. Buen Pastor, Sra. Alejandra)

Respecto de los logros obtenidos, las madres que tenían más tiempo coincidieron en que el programa les había permitido estabilizar la salud de sus hijos. Algunos de los comentarios:

“Yo tengo en el programa dos años con mi niña, ella tenía bajo peso y en diciembre le hicieron examen de hemoglobina y está bien”. (G.F. Nuevo Amanecer)

IV. RETOS Y LIMITACIONES

Como hemos presentado, los logros del programa en sus diferentes componentes fueron consistentes. Sin embargo, hubo un conjunto de dificultades que se presentaron a lo largo del proceso que fue necesario evaluar. En algunos casos, estas dificultades supusieron un cambio de estrategia, en otros, reprogramación de actividades.

Consideramos que es necesario compartir este proceso, ya que puede apoyar a las adaptaciones que se realicen, brindando "pistas" o provocando una reflexión sobre la ruta que se está realizando.

1 Una de las limitaciones que enfrentamos en la primera fase fue la ubicación de los Nejejan. Inicialmente se sortearon dentro de una misma área de influencia, entre los comedores y comités del Vaso de Leche, dos organizaciones con mucha experiencia en el tema alimentario.

En los comités del Vaso de Leche no se tuvo el éxito esperado en la medida en que la preparación se realizaba al interior de los hogares de las socias y no era posible ejercer el control suficiente en el momento de la preparación y consumo de papilla⁷.

Si bien en todos los comedores instalados la experiencia funcionó, algunos respondieron mejor. Se observó que la respuesta estaba asociada a las relaciones al interior de la organización, especialmente al rol de la lidereza con la que contaba el comedor y el grado de organización y participación de sus asociadas.

Una actitud que marcaba la diferencia era que la líder del comedor tomaba tiempo para reflexionar y trabajar estrategias diferentes para lograr llegar a mayor cantidad de niños pequeños o repensar por la ausencia de alguno de ellos.

"Me da pena que esto se desperdicie, por eso me la paso recorriendo las casas para que las madres sepan que la papilla es buena y la recojan. También saco de donde sea (8) para llamar a que vengan a comprar y les animo diciendo que está rica porque tiene sangrecita y así vienen más. A veces se nos acaba y da pena la cara de los niños que vienen y no hay. También cuando una vez no pudimos preparar porque no teníamos con qué..." (Témpora, Comedor Luz Divina)

Los comedores brindaron la infraestructura pero debemos reconocer que su mayor aporte fue la capacidad organizativa y de gestión. Las dirigentas de los comedores tienen mayor edad y experiencia en labores de este tipo. Ellas ejercieron un liderazgo y en no pocas ocasiones subsanaron la falta de experiencia y la deserción de las madres en los turnos de cocina.

Los problemas encontrados en aquellos comedores con menor éxito se debieron a la falta de rotación de los cargos en la directiva. Esto, aunque no fue un problema del proyecto, afectó a las madres, pues la mayoría eran socias de los comedores.

En la segunda fase del proyecto se definieron claramente los criterios de participación de socias, transparencia, organización de los comedores. Esto ayudó a realizar una mejor selección de organizaciones.

2 Otro reto que enfrentamos fue la inasistencia de niños en los Nejejan para consumir su papilla, lo cual no permitiría observar su aceptación y consumo directo por el beneficiario. El problema se producía en períodos de intenso calor y en el invierno cuando el frío obligaba a las madres a proteger a sus niños en el interior de sus viviendas. Sin el beneficio de las papillas y con un clima inclemente, las condiciones de salud de los niños se veía resquebrajada y con mayor propensión a enfermar.

Estas condiciones hicieron que se decidiera realizar la entrega de la papilla a la madre para que se la ofreciera en la casa. Paralelamente se abrió la posibilidad de que la madre llevara papilla para los hermanitos mayores, con ello nos aseguraríamos de que no se diluiría la ración en el hogar y que el niño objetivo recibiría la cantidad necesaria. De esta manera, garantizábamos ver finalmente los cambios en los controles de peso y talla siguientes.

3 Otro reto fue la deserción de las madres al programa. Para ello se encontraron varias explicaciones a través de una evaluación intermedia y grupos focales, todas relacionadas con el contexto de pobreza del entorno y con las características psicosociales de sus habitantes.

Uno de ellos fue un problema de género donde se evidenció que los esposos no sólo dificultaban la participación de las mujeres en las capacitaciones y turnos en la cocina, sino que no reforzaban el consumo de la papilla:

"Los esposos no quieren que vengan a las capacitaciones y las mujeres se dejan dominar. La mayoría son casos sociales. Es muy difícil sacar adelante a los hijos sola". (Basilía, comedor Ollita de Barro).

Otro problema fue la propia pobreza. Las madres con más de dos niños también tenían una mayor probabilidad de deserción, pues no contaban con el dinero suficiente para comprar la papilla para todos:

⁷ Las entrevistadas indicaron que algunas operadoras del Vaso de Leche acostumbraban entregar las raciones a niños o personas que se encontraban en el rango de edad, muchas veces familiares. A esta actitud la llaman filtración, algunas veces diluían las preparaciones.

⁸ Para llamar a las madres usan el parlante del barrio y pagan 0.50 soles cada vez que les perifonean un mensaje.

“Hay muchos casos con más de siete hijos pero no se acercan a la papilla porque no les alcanza pagar S/.0.20 para cada uno”. “Con uno sales a trabajar, pero con dos no te reciben ni para lavar la ropa”. (Jenny y Melania)

Otra explicación sobre la deserción fue la gran oferta de mano de obra femenina barata. La oferta de trabajo es baja y las oportunidades de actividades económicas a las que acceden lindan con la sobreexplotación, pues el esfuerzo no corresponde al pago que reciben. Sin embargo, las mujeres preferían dedicarse a estas actividades informales y temporales y desertar de la preparación de la papilla, porque les generaba ingresos que, aunque bajos, les permitían abastecerse de otros productos y pagar las raciones diarias de papilla y menú del comedor.

Otro grupo de madres no asistía al Nejepan para evitar ser señalada como madre necesitada o que identifiquen que sus niños como desnutridos o anémicos. Todo ello se enfrentaba con las expectativas personales y menoscababa su ya deteriorada autoestima, generándoles frustración. Por ello en la segunda fase del proyecto se trató de cambiar la imagen de los Nejepan y reposicionar a la intervención como ganadora, para padres responsables, para los “mejores niños y niñas”, no enfocándose tanto en el problema de la anemia y desnutrición sino en la posibilidad de su superación. Al concluir la experiencia no logramos avanzar en este objetivo como se esperaba. Consideramos que era necesario contar con profesionales especializados para el enfrentamiento de los problemas psicosociales y trabajar el cambio de imagen de la intervención. Este es un aspecto vital a considerar para

futuras intervenciones, pues las cuerdas más sensibles y guardadas en el subconsciente de las madres y padres jugarán un papel sumamente importante para la adhesión y éxito de los programas alimentarios nutricionales.

Por otro lado, la estrategia promovió el establecimiento de relaciones con otras instituciones y organizaciones, promoviendo las alianzas. Se implementaron nuevas estrategias para la inserción de los niños en el proyecto, se contó con los centros de salud como aliados que derivaron a madres gestantes y niños; así como de los mercados donde se perifonearon los beneficios de la papilla.

4 La migración de las madres y sus familias fue una de las características que limitó un mayor éxito del proyecto ya que producía la gran rotación de beneficiarios durante el año. Las madres se mudaban temporalmente a casa de sus familiares con el afán de cambiar de clima. Por ello no todos los beneficiarios lograron ser “beneficiarios continuadores” en quienes se evidenciaron los cambios. Esta ausencia se daba en períodos de vacaciones de los escolares entre tres a cuatro meses durante un año.

5 Los constantes enfrentamientos entre las beneficiarias y la junta directiva de los Nejepan contribuyeron con el alejamiento de un grupo de éstas. Similares problemas se presentaron entre las promotoras de salud y las líderes educadoras, lo que limitó su accionar conjunto. Con ellas se ejecutaron talleres de resolución de conflictos.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

● Conclusiones

La experiencia ha logrado implementar una propuesta orientada a atender la desnutrición infantil en un contexto periurbano y de pobreza, con prevalencia de desnutrición infantil mayor del promedio en el ámbito urbano.

La intervención es factible de ser replicada en otros ámbitos con características similares e instalar una serie de modelos de Nejeapan adecuándolos a las características organizativas de cada escenario institucional. Es posible contar con Nejeapan asociados a comedores populares, a instituciones educativas, a organizaciones vecinales donde la comunidad organizada juegue un papel protagónico en la protección de sus niños y niñas.

Cada uno de estos modelos requiere de una institución apoyo (municipio, ONG, organización vecinal, u otra) que viabilice su implementación y canalice el apoyo del gobierno o de otras instituciones financieras.

Se ha logrado un trabajo coordinado y exitoso entre la cooperación internacional, sociedad civil e instituciones gubernamentales locales. La participación activa del sector salud, a través de la Dirección de Salud I Callao, y de educación, a través de la Unidad de Gestión Local - Ventanilla y CEM del Municipio, jugaron un rol importante en la formación de las líderes educadoras.

En esta experiencia la inclusión de los comedores populares fue un acierto en la medida en que se trató de una de las organizaciones más cercanas a la población objetivo y con capacidades, tanto en aspectos de infraestructura como de gestión de procesos (cocinar la papilla y distribuirla).

El aporte y compromiso de las propias madres y de su comunidad en la elaboración y distribución de la papilla, unida a las actividades educativas para el cuidado de la salud en los hogares y de fortalecimiento de las organizaciones sociales locales ha logrado efectos positivos en el estado nutricional de los niños evidenciado en su peso, talla y estado de salud.

La experiencia ha mostrado su eficacia en la protección de los niños contra la desnutrición infantil y anemia, sobre todo en los menores de dos años, logrando una disminución de 4.5% de la desnutrición crónica⁹ (de 10.2% a 5.7%), y una diferencia significativa de 9 puntos porcentuales en los niños del grupo control y los beneficiarios (5.68% a 14.49%), en quienes se incrementó en 4.5% más.

En relación con la anemia, también se evidenció el efecto positivo de la intervención, bajando de 60.2% al iniciar la experiencia a 18.4% al concluirla. Si observa-

mos a los niños del grupo control, que tuvieron también una reducción, ésta no alcanzó el 42% que se dio en los niños del grupo de niños beneficiarios (30%).

Los patrones de consumo y de higiene fueron trascendentalmente modificados, lográndose una alimentación balanceada en un 98% de los niños beneficiarios mientras que en el grupo control sólo un 9.8%. El porcentaje de niños con presencia de parásitos ha disminuido en 14% mientras que la prevalencia de diarrea de los niños beneficiarios fue 12% menos que de los niños controles.

Las madres lograron crear papillas nutritivas (143 recetas) que cumplen con los criterios nutricionales apropiados y de bajo costo.

Un gran acierto dentro de la experiencia ha sido la formación de líderes educadoras dentro de la comunidad de Pachacútec que ha demostrado ser una estrategia clave para la difusión de los nuevos conocimientos a toda la población, con mensajes acordes con la vida cotidiana de las mujeres. Los materiales didácticos utilizados por ellas facilitan aún más las réplicas educativas. Esto unido al apoyo de organizaciones e instituciones como los mercados, centros de salud y colegios ha servido para una difusión mayor en el lenguaje apropiado.

● Recomendaciones

Es importante seleccionar aquellos comedores bien consolidados y eficientes tomando como base un trabajo previo de convencimiento de las socias acerca de las ventajas que les significaría asumir la problemática de la desnutrición infantil. Estas ventajas no sólo deben estar relacionadas con la ampliación del "giro" del comedor y la captación de nuevos socios, sino debería estar relacionado con el objetivo estratégico de acercar a los comedores populares con los sectores de la población que viven en condiciones de mayor pobreza.

Dentro de la intervención educativa se hace necesario incluir a los padres, repensar el diseño de la intervención para captarlos desde el inicio, pues si bien es cierto la inclusión de los padres es problemática, dado el ausentismo paterno y la poca disposición a la participación en roles que tradicionalmente son considerados "femeninos", habría que realizar el esfuerzo. El involucrar a padres en la tarea de la nutrición infantil y contrarrestar la pasividad paterna ayudará a realizar con mayor facilidad los cambios de patrones de consumo y de higiene dentro del hogar. Nuestra propuesta inicial sólo se centró en las madres, a partir del tercer año trató de incluirlos sin mayor éxito, pues no contó con una estrategia específica para ello.

⁹ Vargas Machuca Rocio, Evaluación Alimentario Nutricional del Proyecto Educativo Nutricional Pachacútec 2005.

Se recomienda replicar la experiencia en otros ámbitos vulnerables del distrito de Ventanilla, como por ejemplo el Asentamiento Humano de Angamos y Defensores de la Patria, además de otras zonas urbano-marginales de Lima, ajustándola según las lecciones aprendidas descritas en este documento.

En esta fase de réplica, es absolutamente necesario coordinar desde la fase de diseño de la intervención con la Municipalidad Distrital de Ventanilla, para asegurarse el apoyo e involucramiento de un actor clave para la sostenibilidad del proyecto.

BIBLIOGRAFÍA

- ALTERNATIVA. Centro de Investigación y Educación Popular (2001) *Sistematización del Proyecto Agua y Saneamiento*. Lima.
- ALTERNATIVA. Centro de Investigación y Educación Popular (2002) *Análisis del agua potable y agua residual en el Proyecto Piloto Nuevo Pachacútec*. Lima.
- Alternativa. Centro de Investigación y Educación Popular (2002b) *Evaluación nutricional de niños menores de 3 años en Nuevo Pachacútec*. Documento de trabajo
- ALTERNATIVA. Centro de Investigación y Educación Popular (2003 d) *Encuesta Representativa a padres de Familia de Pachacútec. Documento interno*.
- Alternativa. Centro de Investigación y Educación Popular (2003) *Agua y Salud en Nuevo Pachacútec: Sistematización de una experiencia*. Lima.
- ALTERNATIVA. Centro de Investigación y Educación Popular (2003b) *Comisión Técnica del Plan de Desarrollo Nuevo Pachacútec*. Lima, Agroacción Alemana, Alternativa, Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo.
- ALTERNATIVA. Centro de Investigación y Educación Popular (2003c) *Agua y Salud en Nuevo Pachacútec: Sistematización de una experiencia*. Lima, Alternativa, Agroacción Alemana, Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo.
- BONFIGLIO Giovanni (2006) *Informe Interno de Evaluación del Proyecto Educativo Nutricional en Prevención de la Anemia y Desnutrición en Pachacútec*. Documento de trabajo.
- INEI (2001). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000*. Lima.
- LÓPEZ Ricci, José (2003) *Participación social y gestión comunitaria en un contexto de pobreza y rol difuso del Estado*. Lima, Alternativa. Documento de trabajo
- MINSA- PSNB (2001) *Pautas Básicas para la Consejería en Alimentación Infantil*. Lima, Proyecto Salud y Nutrición Básica.
- MINSA. (2001) *Lineamientos para el Diseño de Intervenciones Educativo Comunicacionales en Alimentación y Nutrición*.
- MINSA. (2003) *Lineamientos de Nutrición de la Mujer Gestante y de la Mujer que da de Lactar*. Ministerio de Salud.
- MINSA-INS (2003) *Informe Final Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales 2003*. Lima, Instituto Nacional de Salud. Documento de Trabajo. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional.
- OMS (1983) *Medición del Cambio del Estado Nutricional. Directrices para evaluar el efecto nutricional de programas de alimentación destinados a grupos vulnerables*. Lima.
- UNICEF (2002) *Crecimiento y Desarrollo Temprano: Prácticas y Recursos*. Lima.
- VARGAS MACHUCA Rocío, MIRANDA Cuadros, Marianella (2006). *Evaluación Alimentaria Nutricional de la Intervención Educativa Nutricional en Prevención de la Anemia y Desnutrición Ciudadela Nuevo Pachacútec*. Lima, Abril.





Anexo Nº 1: Formatos de evaluación de talleres educativos

Ficha 1: EVALUANDO LOS TALLERES

Estimados(as) amigas(os):

Consideramos que tus opiniones son muy importantes y nos ayudarán a mejorar nuestro trabajo para futuros talleres. Por eso, queremos saber qué te ha parecido la primera fase de los talleres, para lo cual te pedimos que dibujes con una carita que represente lo que sientes y contestes sin poner tu nombre a las siguientes preguntas.

¡Muchas gracias !



Muy bueno 	Bueno 	Más o menos 	No me ha gustado 
--	--	--	---

1.

	¿Cómo calificarías de manera general el taller?	¿Cómo calificarías la forma de la enseñanza o de transmitir la información?	¿Cómo calificarías los materiales utilizados?	¿Cómo calificarías el ambiente en los que se han desarrollado los talleres
Anemia				
Alimentación balanceada				
Desayunos nutritivos				
Lactancia materna				
Alimentación infantil				
Desnutrición				




¿Por qué? _____

2. De manera general, consideras que la participación de tus compañeras ha sido:

Muy buena 	Buena 	Más o menos 	Han participado poco 
--	--	--	---

¿Por qué? _____

3. ¿Qué opinas sobre tu propia participación? Consideras que ha sido:

Muy buena 	Buena 	Más o menos 	He participado poco 
--	--	--	--

¿Por qué? _____

4.

	¿Qué es lo más importante que has aprendido en los talleres	¿Qué es lo que más te gustó?	¿Qué es lo que menos te gustó?
Anemia			
Alimentación balanceada			
Desayunos nutritivos			
Lactancia materna			
Alimentación infantil :			
Desnutrición			

¿Qué modificarías en posteriores talleres? _____

5. Por favor, si consideras necesario, agrega sugerencias o comentarios sobre algún aspecto que no se hayas mencionado antes.

Ficha 2: EVALUACIÓN RÁPIDA DE LOS TALLERES

FECHA:
 HORA DE INICIO: HORA FINAL:.....
 Nº DE PARTICIPANTES TOTALES:
 LUGAR:..... TEMA :

ENCARGADAS DEL TALLER:

1. METODOLOGÍA:

.....

2. MATERIALES UTILIZADOS:

.....

3. CUÁLES SON LOS SABERES PREVIOS CON LOS QUE LLEGAN LOS PARTICIPANTES.

¿Preguntas claves de la temática?

.....

4. CUÁLES SON LAS REACCIONES FRENTE A LOS TEMAS:

MAYOR INTERÉS, QUÉ IMPACTO MÁS:

.....

MAYOR O MENOR CONOCIMIENTO EN LOS TEMAS:

.....

5. PREGUNTAS GENERADAS:

.....

6. DIFICULTADES

.....

7. SUGERENCIAS:.....

.....

8. EVALUACIÓN DE LOS EXÁMENES:

Pregunta 1					
Pregunta 2					
Pregunta 3					
Pregunta 4					
Pregunta 5					

	Nota Pre	Nota Post	Total		Nota Pre	Nota Post	Total
Participante 1				Participante 6			
Participante 2				Participante 7			
Participante 3				Participante 8			
Participante 4				Participante 9			
Participante 5				Participante 10			

Comentarios sobre la evaluación:
.....
.....

TIPO DE COMPROMISOS ASUMIDOS POR LOS PARTICIPANTES	Nº

Material educativo entregado a los beneficiarios de Pachacútec



Elaboración del documento de sistematización

Elaboración: Laura Retamozo Correa
Edición: PMA Perú
Diseño gráfico: Santiago Escobedo - PMA
Edición de estilo: Alberto Ñiquen

Lima, Perú 2008

