

Introducción General

*Pierre Lefèvre, Patrick Kolsteren, Bernard Maire
& Charles-Édouard de Suremain*

1. El problema

Para todos los padres del mundo, la buena salud, el crecimiento y el desarrollo del niño constituyen importantes preocupaciones¹. Sin embargo, en la mayoría de los países del Sur, la salud del niño raras veces es abordada de manera global y en demasiados casos es objeto de intervenciones disociadas unas de otras (promoción del crecimiento, cuidados curativos y preventivos, alimentación) que además no son concertadas entre los diferentes actores responsables de la salud del niño (madres, personal de salud, entorno)². Esta situación conduce a una escasa eficacia en los cuidados impartidos y a la recurrencia de determinados problemas de salud.

Las tasas de mortalidad infantil, que siguen siendo elevadas en los países en vías de desarrollo, han suscitado una mul-

1 En la presente publicación, cuando hablamos de la salud del niño, nos referimos a niñas y niños.

2 Para evitar repeticiones, hablamos de responsables o cuidadores del niño cuando nos referimos a los actores responsables de la salud del niño en el entorno familiar. Para una mejor comprensión del análisis, se especifica el estatus de los actores cuando es necesario (madre, padre, otros parientes, etc.).

titud de intervenciones especializadas, orientadas a su reducción (lucha anti-infecciosa, PAI o "Programas Ampliados de Inmunización", lucha contra la desnutrición, control de las deficiencias en micronutrientes, etc.). No obstante, en el transcurso de los últimos años, algunos programas de mayor alcance han visto la luz del día. Se han ido tomando en cuenta otros objetivos de intervención, de acuerdo con una visión más global del crecimiento y desarrollo del niño pequeño. En este sentido, la OMS (Organización Mundial de la Salud) ha iniciado el Programa IMCI (*Integrated Management of Childhood Illnesses*-Gestión Integrada de las Enfermedades Infantiles) cuyo objetivo principal es optimizar los contactos curativos entre los niños y los servicios de salud, incluyendo al mismo tiempo estrategias de control de las enfermedades. La idea es que un único agente de salud se encargue del niño, en vez de que se multipliquen los contactos, más o menos especializados, con motivo de un episodio de enfermedad (diarrea, infección respiratoria, etc.) o de una consulta.

En lo que concierne a las actividades preventivas y de promoción, las opciones estratégicas son definidas con menor claridad. Hasta ahora, éstas se limitaban con demasiada frecuencia a pesar regularmente a los niños, con el fin de detectar de manera prematura un escaso incremento del peso y a dar consejos nutricionales a los padres. En los programas de promoción no se ha generalizado completamente la consideración de una visión más global del crecimiento y del desarrollo del niño. Desde finales de los años 80, esta situación ha suscitado periódicamente cierto número de críticas o comentarios que apuntan a su redefinición o directamente a la suspensión de las actividades enfocadas en el seguimiento del crecimiento y del desarrollo (Gopalan 1987; Cape 1988; Nabarro & Chinnock 1988; Van Lerberghe 1989; Maire 1993; Ruel 1995).

Uno puede preguntarse por las razones de la continuación del debate en torno a la utilidad de este seguimiento. Esta situación podría explicarse por la falta de globalidad que caracteriza a la evaluación misma de los programas. Una revi-

sión de la literatura (Roberfroid, sin publicar) muestra que un buen número de críticas son de orden técnico (Cape 1988; George & Latham *et al.* 1992). Los artículos describen, en efecto, los errores cometidos a nivel de las mediciones y a nivel de los registros de información en las curvas de crecimiento; señalan una comunicación insuficiente —reduciéndose la promoción y el seguimiento del crecimiento en la mayoría de los casos a la simple actividad de medición del peso—, así como la falta de comprensión de los objetivos del seguimiento del crecimiento y del desarrollo por parte de los padres y del personal de salud, y censuran, asimismo, la forma de realizar las actividades en términos de eficacia práctica o de costos.

En realidad, ya Morley (1973), el pionero en realizar esta actividad en Nigeria a principios de los años 70, perseguía un enfoque mucho más global de todo lo que se ha podido implementar con posterioridad. Se debe recordar que en esta época, la oferta de los servicios de salud estaba fuertemente enfocada a atenciones curativas, muy técnicas y poco accesibles, realizadas en los Hospitales, que omitían la participación de las familias.

La idea de Morley era ofrecer a los niños menores de cinco años una combinación de cuidados curativos y preventivos a domicilio o al interior de una estructura comunitaria, y encarar estas actividades a "Agentes de Salud Comunitarios" (ASC) menos formados que el personal de los Hospitales. Gracias a este seguimiento regular y cercano, los padres se convertirían en los actores activos del crecimiento y desarrollo de sus hijos. En este contexto, el peso se registraba en una libreta, la cual, más tarde, fue llamada "Carnet de Crecimiento" (*road to health card*-camino hacia el carnet de salud). Además de las informaciones sobre la medición del peso, este Carnet contenía el esquema de vacunación, los episodios de enfermedad y, a veces, diversas informaciones complementarias y pertinentes, según la problemática de la salud local o la política de salud del país. De esta manera, el soporte cumplía una verdadera función de historia médica, guardada por la madre, que debía permitir a los ASC dar un mejor seguimiento al niño.

Los niveles de atención en Bolivia y Perú

En Bolivia y Perú, se distinguen varios tipos de establecimientos de salud: (i) los servicios del primer nivel (denominados Postas, Puestos o Centros de Salud) son considerados como la puerta de entrada al sistema de salud y están en contacto directo con la población; en ellos pueden trabajar médicos generales o familiares y enfermeras (con grado de licenciatura y/o auxiliar o técnico); en ciertos casos, el personal incluye recursos de laboratorio básico y administración, y a veces personal de Educación y/o Comunicación; su función principal es brindar la atención primaria en salud, y según su nivel de complejidad, se piensa que puede resolver hasta el 85% de los problemas de salud más frecuentes de la población; (ii) los Hospitales del segundo nivel deben contar con las cuatro especialidades básicas (medicina, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia); deben ser capaces de resolver el 10% de las referencias de los Centros del primer nivel; (iii) el tercer nivel de atención es el Hospital de referencia departamental que cuenta con servicios especializados y que debe ser capaz de resolver los problemas de salud que el segundo nivel no puede atender; y (iv) los servicios del cuarto nivel, en el que se agrupan los Hospitales de especialización superior, Institutos de Investigación y Centros de Formación de Recursos Humanos. Los Centros de Salud en los que se desarrolló el Proyecto, brindan atención básica a través de programas de salud como: crecimiento y desarrollo del niño, inmunizaciones, control de enfermedades diarreicas agudas y control de enfermedades respiratorias agudas.

Tras la conferencia de Alma Ata (1978), el concepto de "cuidados primarios de salud" fue difundido ampliamente en el mundo. Su consideración ha conducido a numerosos desarrollos operacionales en los servicios de salud, favoreciendo especialmente la organización de los sistemas de salud según el modelo del Distrito Sanitario, el cual se presenta como un conjunto funcional de Centros y Postas de salud de base, con un Hospital como centro de referencia del segundo nivel (Declaración de Harare, WHO 1987). En adelante, la organización del sistema de salud, fundada en el concepto de Distrito, suponía que los ASC fueran superfluos, pues el Centro de Salud, más cercano a la población, podía proporcionar cuidados curativos y preventivos, con la participación de los responsables del niño. Además, un gran número de objetivos del Carnet de Crecimien-

to también estaba cubierto a nivel de los Centros de Salud. Por último, en los Centros de Salud, sólo el seguimiento del crecimiento y la vacunación se mantuvieron como las principales actividades de promoción.

Las evaluaciones, en su mayoría negativas, que se centraban en el seguimiento del crecimiento dentro de los servicios de salud, desembocaron en 1992 en la Declaración de Nairobi. Ésta siguió a una conferencia organizada por UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) y a un posterior coloquio científico en Nyeri (Kenya). Esta Declaración tuvo el mérito de poner sobre la mesa todos los problemas encontrados hasta este momento y de proponer una redefinición de las posibles actividades, evocando el objetivo de una verdadera promoción del crecimiento, pero sin imponer estas actividades en la oferta de los servicios de salud de base, ya que ésta no incluía realmente un componente importante de promoción del crecimiento. Sin embargo, la Declaración evocó toda la importancia del seguimiento y de la promoción del crecimiento a nivel mismo de las comunidades locales. Este cambio de política aparece como un giro de ciento ochenta grados, ya que actualmente se está volviendo a la situación que prevalecía antes de Alma Ata. Como consecuencia, algunos programas fueron interrumpidos sin ninguna búsqueda de alternativas, mientras que otros continuaron sin cuestionamiento ni evaluación; de este modo, todavía hoy en día se plantea la pregunta si esta actividad tiene alguna pertinencia en un contexto dado y bajo qué condiciones.

Partiendo de esta constatación, varios equipos (compuestos por belgas, bolivianos, franceses y peruanos) que agruparon a especialistas en salud pública³, socioantropolo-

3 Según Berche (1998: 24-25): “[La salud pública] tiene por núcleo todo lo que concierne a la organización y la gestión (...) de las instituciones de salud, es decir, las prestaciones y los servicios (...) que las producen. (...). Es una práctica socioprofesional que intenta resolver problemas concretos en un campo social preciso en el cual existen múltiples interrelaciones. (...). Así, la salud pública (...) está constituida por ele-

gía⁴ y nutrición pública⁵, han realizado una investigación-acción que apunta a definir, promover y aplicar un enfoque global y comprensivo de la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño menor de cinco años en Bolivia y Perú.

2. Objetivos e hipótesis

El Proyecto⁶ fue concebido desde la perspectiva de desarrollar y aplicar un enfoque global e integrado, con el fin de promover la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño con la participación de los servicios de salud, los responsables del niño (principalmente sus padres) y otros actores comunitarios. Gracias a esta colaboración, en la cual los roles específicos de unos y otros serían claramente establecidos, el enfoque debería permitir la introducción de nuevas actividades, más comprensibles, destinadas a preservar la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño. A nivel de los servicios de salud, los cuidados preventivos impartidos a los niños serían racionalizados en relación a los problemas de salud que los niños son susceptibles de encontrar en su entorno en un sentido amplio.

mentos de [varias disciplinas: demografía, medicina y sociología] y forma un nuevo agregado que permite el estudio de la organización y gestión de los servicios de salud”.

- 4 Adoptamos aquí la definición de la socioantropología propuesta por Olivier de Sardan (1997: 10): “Entiendo por ‘socioantropología’ el estudio empírico multidimensional de grupos sociales contemporáneos y de sus interacciones, desde una perspectiva diacrónica y que combina el análisis de las prácticas y de las representaciones”. Cf. también Long & Long (1992).
- 5 La nutrición pública es un campo emergente de investigación, capacitación y acción sobre el estado nutricional de las poblaciones, los factores que influyen en él y las estrategias y programas para mejorarlo.
- 6 Titulado *Health Sector Reform: Towards A More Global Approach of Child Health*, se trata de un Proyecto INCO-DC financiado por la Comisión Europea (N° IC18-CT97-0249[DG12-WRCA]).

Previamente, se debían identificar criterios que permitieran establecer nuevas actividades que podrían articularse con las que ya están en ejecución en los Centros de Salud del primer nivel. La idea era partir de las actividades de promoción existentes en los servicios de salud y analizarlas con el propósito de redefinir un “paquete” de actividades que tuvieran la facultad de responder a las expectativas de los padres y a las necesidades identificadas por los servicios de salud. De esta manera, la oferta, la demanda y los requerimientos en salud podrían tener una mejor correspondencia.

También la dimensión nutricional formó parte de las orientaciones del Proyecto. Éste partió de la constatación de que el seguimiento del crecimiento, una de las actividades más practicadas en materia de nutrición, no obtuvo los resultados esperados (véase Acápite 1). Por lo tanto, se debían tomar en cuenta nuevas medidas destinadas a reducir la malnutrición en el marco de una prestación global de atención en salud.

La hipótesis del Proyecto era que a través de la participación de todos los actores involucrados, aumenta la capacidad de proporcionar cuidados adecuados y el grado de responsabilidad. Simultáneamente, se esperaba que la calidad de la atención, la cobertura y el uso de los servicios de salud mejoraran.

Las hipótesis específicas subyacentes fueron las siguientes:

- Un enfoque global de los problemas con los que se enfrenta el niño en su entorno físico y social contribuye, por una parte, a la racionalización de las actividades centradas en el niño y conduce, por otra, a mejorar el uso de los servicios de salud por parte de este grupo específico;
- La participación activa de los responsables del niño (padres, aliados, vecinos, etc.) en el enfoque permite aumentar la calidad de la atención proporcionada por el Centro de Salud, elevar su capacidad de hacerse cargo y, como consecuencia, mejorar el estado de salud general, el crecimiento y el desarrollo del niño;

- La comprensión de las representaciones y prácticas locales de los responsables del niño, así como de los profesionales de la salud, acerca de la salud, el crecimiento y el desarrollo permite a cada uno de estos grupos de actores asumir plenamente su rol hacia el niño. Esta comprensión permite, además, desarrollar actividades más pertinentes respecto a la mejora de la salud del niño;
- La aplicación de un enfoque global y racional destinado a implementar actividades centradas en el niño, con la participación de sus responsables y los profesionales de la salud, contribuye a mejorar la calidad y la integración de las actividades ya existentes;
- La calidad de los cuidados puede ser mejorada sin aumentar el ritmo de trabajo del personal de salud y sin conducir a un aumento de los costos de la atención.

A fin de confirmar o de invalidar estas hipótesis, se formularon varios objetivos, más específicos:

- Identificar los riesgos universales que corre el niño durante su crecimiento y su desarrollo;
- Identificar, junto con los responsables, los riesgos de salud a los que se enfrenta el niño en las zonas seleccionadas para el estudio;
- Identificar las representaciones y prácticas en materia de salud, de crecimiento y de desarrollo del niño, tanto entre los responsables como entre los profesionales de la salud;
- Definir criterios que permitan seleccionar y modificar las actividades existentes, a fin de preservar la salud del niño en cada contexto específico de cuidado;
- Identificar los obstáculos para la realización de estas actividades, tanto en el marco del sistema de salud, como desde el punto de vista de los responsables de la salud del niño;
- Desarrollar y apoyar las iniciativas que permiten incrementar la participación de los responsables de la salud del niño;

- Fortalecer la competencia y mejorar las actitudes del personal de salud;
- Medir las mejoras en términos de calidad y de cobertura de los cuidados tras la racionalización de las diferentes actividades;
- Evaluar entre los responsables los cambios en materia de autonomía y de prácticas de cuidado ligadas a la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño.

3. Los lugares de investigación en Bolivia y Perú

3.1 En Bolivia

En Bolivia, el Proyecto se ejecutó en dos zonas distintas⁷: (i) en Chávez Rancho, en la periferia urbana de Cochabamba (tercera ciudad del país); y (ii) en el Chapare (la región amazónica y rural del departamento de Cochabamba). Estas dos zonas cuentan con una población predominantemente Quechua y Aymara, los dos mayores grupos lingüísticos a nivel nacional (localmente mezclados con “grupos étnicos”)⁸. Ocupando los valles interandinos y el altiplano, representan juntos aproximadamente el 40% de la población boliviana (Tamisier ed. 1998).

La idea de una comparación entre zonas urbanas y rurales fue propuesta por el equipo local desde la pre-investigación

7 Las zonas de estudio son presentadas de forma más detallada en el Capítulo 1 [Suremain].

8 Existen otros numerosos grupos étnicos en el Chapare (especialmente los Yuracaré, que hablan una lengua aislada y no clasificada, así como los Yuquí que forman parte del grupo lingüístico tupi-guaraní). Sin embargo, en la zona de colonización en la cual se desarrolló el Proyecto, viven muy pocos miembros de estos grupos, sea porque fueron expulsados o porque raras veces incursionan en la zona. Además, se decidió deliberadamente trabajar en una zona accesible y con cobertura del sistema de salud pública y, por lo tanto, no realizar el estudio en grupos que no se benefician, o apenas se benefician, de este último.

(marzo de 1998). La elección de Chávez Rancho se explica por el hecho de que el Centro de Salud del barrio es dirigido por uno de los miembros de este equipo (véase Acápite 7). La elección de Chimoré se origina en el hecho de que la cooperación belga ya trabajaba con algunos miembros del equipo en otro proyecto en la región. Esta coyuntura facilitaba al mismo tiempo los desplazamientos (uso compartido de vehículos) y los contactos con las autoridades locales. Por último, a nivel institucional, la "Ley de Participación Popular"⁹ favorecía el acercamiento entre la Universidad y los alcaldes locales del Chapare. De hecho, esto fue una garantía o una precondition indispensable en esta zona, en la que las autoridades locales rechazan sistemáticamente numerosos proyectos de desarrollo, considerando *a priori* que están relacionados con la erradicación de la coca.

3.2 En el Perú

También en el Perú, el Proyecto se implementó en dos zonas diferentes: (i) en Independencia (Ermitaño), un barrio marginal y limítrofe de la periferia norte de Lima; y (ii) en tres pequeños asentamientos predominantemente rurales (Chocas Medio, Chocas Alto y Río Seco), situados a 30 km al norte de la capital (Distrito de Carabaylo). Las dos zonas socialmente son heterogéneas. En Independencia, indígenas de diversos orígenes (principalmente Quechua) y mestizos viven lado a lado y

9 Promulgada en 1994 bajo el primer gobierno del actual Presidente Sánchez de Lozada, la Ley de Participación Popular consiste en la redistribución del 20% del presupuesto nacional a los municipios (según su importancia demográfica). De este monto global, un mínimo de 6.4% tiene que ser reservado al seguro materno-infantil, que cubre los controles prenatales, el parto, los controles postnatales y las enfermedades diarreicas y respiratorias del niño menor a un año. Mediante negociaciones, otra parte del dinero (30%) puede asignarse a la salud (infraestructuras, medicamentos para las Postas, primas, etc.) y a la educación (véase Capítulo 3 [Illanes & Sejas *et al.*]).

se casan entre ellos desde hace varias décadas. En Carabayllo, la población está más claramente dividida en dos grupos: pequeños propietarios de tierras mestizos y obreros temporales indígenas de origen quechua¹⁰.

Desde hace aproximadamente 20 años existen entre la Universidad (que cuenta también con un Hospital) y el barrio de Independencia acuerdos institucionales de asistencia en materia de salud (en colaboración con el Ministerio de Salud, las Organizaciones de Base y las Organizaciones No Gubernamentales locales). Consecuentemente, al inicio del Proyecto, el equipo ya conocía el terreno y sus habitantes (véase Acápite 7). También disponía de una base de datos epidemiológicos sobre los principales problemas de salud en la zona. En términos de trabajo de campo, la novedad consistía en trabajar en una zona rural (Chocas Medio, Chocas Alto y Río Seco) con la cual hasta este momento se tenían tan sólo relaciones esporádicas (por ejemplo, campañas de vacunación o de prevención contra la malaria). La selección de los lugares de trabajo sobre el terreno fue fruto de debates entre las contrapartes del Sur. Con motivo de una reunión en Bolivia y de una visita a las zonas de investigación, la contraparte peruana se convenció de la pertinencia de realizar una parte de la investigación en una zona rural.

4. El enfoque

La interdisciplinaria y la investigación-acción participativa constituyen las grandes opciones metodológicas del enfoque elegido para implementar el Proyecto. Éstas fueron implementadas durante dos fases de trabajo complementarias (véase Acápite 5).

10 En Perú, los Quechuas y Aymaras representan el 20% de la población (Tamisier 1998 ed.).

4.1 La interdisciplinariedad

Ya en su concepción, el Proyecto apuntaba a la interdisciplinariedad¹¹. La comprensión de los problemas de salud de los niños y de sus determinantes socioculturales y biomédicos, por una parte, y el análisis de las contrariedades que pesan sobre los sistemas de salud, por otra, son, por definición, tareas complejas que requieren la movilización de conocimientos y técnicas de varias disciplinas, es decir, de la socioantropología, la salud pública y la nutrición pública (véase Notas 3, 4 y 5). Desde el inicio, el Proyecto tenía previsto establecer una colaboración estrecha entre estas disciplinas, aunque el rol y las contribuciones esperadas de cada una no siempre estaban claramente definidas.

Los socioantropólogos, los investigadores en salud pública y los nutricionistas tuvieron que emprender diferentes estudios e investigaciones, con el fin de responder a los objetivos generales del Proyecto.

Las investigaciones socioantropológicas¹² se centraron en los siguientes temas: (i) la comprensión de la salud, del crecimiento y desarrollo del niño, tal como son percibidas estas nociones por el personal de salud y los responsables del niño; (ii) las relaciones que se establecen entre estos dos grupos de actores en torno a la salud del niño; (iii) los factores que permiten explicar las diferencias entre los conocimientos, las percepciones y prácticas de los responsables y el personal de salud; y (iv) el proceso de socialización del niño y sus relaciones con la alimentación.

11 En un enfoque interdisciplinario, los investigadores construyen juntos un objeto con el cual interactúan; luego interpretan colectivamente el conjunto de los datos recogidos a la luz de las preguntas e hipótesis de investigación, especificando sus presupuestos teóricos (Saillant 1999).

12 Esta distinción es algo artificial. En la práctica, los investigadores de las diferentes disciplinas frecuentemente elaboraron juntos los diversos protocolos de investigación y contribuyeron juntos al análisis de los datos.

Las investigaciones en salud y nutrición pública enfocaron más específicamente en: (i) la percepción y utilización de la curva de crecimiento y del Carnet de Salud Infantil por parte de las madres y el personal de salud; (ii) los riesgos (universales y locales) que corren los niños (con la idea de establecer prioridades en las intervenciones); (iii) los paquetes de actividades preventivas existentes y su desempeño; y (iv) el funcionamiento de los servicios de salud del primer nivel en el contexto de las políticas nacionales de salud específicas de los dos países.

4.2 La investigación-acción participativa

El Proyecto, concebido para desarrollar y aplicar en el terreno un enfoque integral e integrado de la salud del niño –con la participación de los servicios de salud, de los padres y los actores comunitarios– se inscribe en una perspectiva de resolución de un problema social: la mejora de las intervenciones respecto al crecimiento y desarrollo del niño a través de la investigación-acción participativa¹³.

Ésta apunta a identificar y resolver problemas específicos con la participación de una población o de un grupo de actores. Por lo tanto, la introducción e implementación de una acción innovadora en un sistema (social, de salud pública u otro) para mejorarlo en beneficio del conjunto de los actores involucrados, forma parte integrante del proceso. La investigación-acción participativa también se plantea como objetivo verificar, a través de la evaluación de procesos y de impacto, si la introducción de esta acción innovadora ha conducido o no a los cambios deseados (Cornwall 1995).

Una vez ejecutada la fase de estudios descriptivos y analíticos, se trataba entonces de concebir, junto a los principales

13 Sobre la investigación-acción en general, cf. Goyette (1987) y Fals-Borda & Rahman ed. (1991). Sobre su aplicación en salud pública, cf. Mercenier & Grodos (2000). Para una reflexión sobre sus límites en el Proyecto, cf. Rubín de Celis & Lefèvre *et al.* (2000).

actores locales, una serie de intervenciones orientadas a modificar y adaptar mejor la oferta de atención a la demanda de las poblaciones. Al inicio de la investigación, la configuración de estas intervenciones no era conocida o definida *a priori*. No se trataba tampoco de adoptar una óptica comparativa, ya que se había convenido que las intervenciones tendrían contenidos y modalidades específicas según el contexto.

Sin embargo, aunque las intervenciones no estaban definidas desde el inicio, es importante destacar que desde el punto de vista metodológico, el equipo de investigación peruano pretendía inscribir el Proyecto desde sus primeros momentos en un paradigma constructivista¹⁴. Uno de los postulados de este enfoque es precisamente que el establecimiento de un diálogo entre diferentes categorías de actores (y el proceso mismo del diálogo) constituye en sí una forma de intervención, la cual puede conducir paulatinamente a modificaciones a nivel de las representaciones, actitudes y prácticas de unos y otros.

5. El desarrollo de la investigación

El conjunto del proceso de investigación se desarrolló en dos fases complementarias: una, descriptiva y analítica, comprendía una serie de encuestas socioantropológicas y de salud pública; la otra, que consistió en una investigación-acción participativa, ha sido parcialmente definida sobre la base de la primera. Mientras que la primera fase ha sido realizada de manera relativamente homogénea, la segunda se desarrolló de forma particular en cada uno de los países.

14 En este paradigma, "las realidades son aprehendidas bajo la forma de múltiples construcciones mentales intangibles, fundadas en la experiencia y lo social, localizadas y específicas por naturaleza, y dependientes, en lo que concierne a su forma y su contenido, del individuo o de los grupos que poseen estas construcciones. Éstas no son más o menos verdaderas (en un sentido absoluto), sino simplemente más o menos informadas o sofisticadas" (Guba & Lincoln 1994: 110).

5.1 La fase descriptiva y analítica

Durante la primera fase (1998-1999), en ambos países las investigaciones socioantropológicas estaban orientadas hacia varios temas complementarios: (i) la responsabilidad de la salud del niño fuera y durante los episodios de enfermedad; (ii) las percepciones del personal de salud sobre la manera en que los responsables enfrentan los problemas de salud; (iii) las percepciones del sistema de salud por los usuarios; (iv) los itinerarios terapéuticos de los niños enfermos; (v) los perfiles de carrera y las motivaciones del personal de salud; y (vi) las propuestas de mejora del sistema de salud por parte de los responsables y del personal de salud.

A principios de 1998, para esta fase los objetivos, las herramientas de investigación y los procedimientos de encuesta fueron debatidos, desarrollados y probados en el terreno por el conjunto de los equipos¹⁵. En Bolivia y Perú, la recolección de datos tuvo lugar entre septiembre de 1998 y abril de 1999. Su análisis e interpretación fueron concluidos en mayo de 1999. Los resultados fueron presentados como informes durante la segunda reunión de contrapartes en Cochabamba (junio de 1999)¹⁶.

La recolección de estos datos generales fue una condición previa para la recolección de datos más específicos sobre las percepciones del crecimiento y desarrollo del niño y las prácticas asociadas. Consecuentemente, entre octubre de 1999 y marzo de 2000, se realizó una fase de investigación complementaria sobre este tema preciso, nuevamente en ambos países. El objetivo de esta investigación era: (i) comprender las representaciones y describir las prácticas de las madres en

15 Los resultados de la pre-encuesta fueron presentados durante la primera reunión de contrapartes en Anveres (junio de 1998).

16 A lo largo del Proyecto se realizaron numerosas reuniones y misiones de información, investigación y capacitación, tanto dentro de los países involucrados como entre los diferentes países.

materia de crecimiento y de desarrollo; (ii) identificar los factores que permitieran explicar las diferencias (y las convergencias) entre las percepciones y las prácticas de las madres relativas al crecimiento y el desarrollo, por una parte, y las del personal de salud, por otra; y (iii) proponer las actividades necesarias para mejorar el seguimiento del crecimiento y del desarrollo.

Sin embargo, durante esta investigación complementaria, cada equipo decidió profundizar ciertos aspectos particulares.

En Bolivia, la investigación se centró en: (i) las percepciones de las madres sobre las etapas del crecimiento y del desarrollo; (ii) las relaciones entre la alimentación y el proceso de socialización del niño con relación al crecimiento y desarrollo (para estos dos temas, véase Capítulo 5 [Suremain]); y (iii) las percepciones, la comprensión y la utilización del Carnet de Salud Infantil (especialmente de la curva de crecimiento) entre las madres y el personal de salud (véanse Capítulos 7 [Lefèvre & Hoérée *et al.*], 8 [Hoérée & Sejas *et al.*] y 9 [Hoérée & Zambrana *et al.*]).

En Perú, la investigación apuntó al estudio de las percepciones y prácticas de las madres en relación con el crecimiento y el desarrollo. Esta investigación se centró principalmente en: (i) el estudio de los conocimientos de las madres en esta materia y la influencia de los servicios de salud sobre estos conocimientos (véase Capítulo 4 [Rubín de Celis & Pecho *et al.*]); y (ii) la historia del Carnet de Salud como herramienta de control de las poblaciones (véase Capítulo 6 [Rubín de Celis & Vidal *et al.*]).

Los resultados de estas investigaciones complementarias también fueron presentados en informes durante la tercera reunión de contrapartes en Lima (septiembre de 2000).

Para la primera fase de investigación y la investigación complementaria, se realizaron entrevistas semiestructuradas, observaciones puntuales y grupos focales. En Bolivia, fueron complementados por una encuesta con cuestionario. En Perú, la información fue devuelta a las madres y el personal de salud

en el marco de la intervención (para los detalles metodológicos, véanse los diferentes Capítulos de esta publicación).

Entre 1998 y 2000, los estudios de salud pública fueron realizados paralelamente a las investigaciones socioantropológicas. Sin embargo, los resultados obtenidos en el transcurso del proceso permitieron efectuar ajustes y reorientaciones mutuas.

La investigación en salud pública se desarrolló en torno a dos perspectivas complementarias: la de los actores y de los planificadores que toman las decisiones, que defienden una serie de criterios determinados en materia de prevención, y la de los "practicantes", es decir el personal local de salud, que realizan las actividades en el marco de sus prácticas cotidianas.

La investigación empezó por el análisis, desde el punto de vista de los actores que toman las decisiones, de los riesgos universales que corren los niños menores de cinco años. El objetivo de esta primera etapa de investigación era conceder prioridades a las actividades de seguimiento y de prevención a ser ejecutadas por el personal de salud. Los criterios para definir estas prioridades eran los siguientes: la frecuencia, la gravedad de los problemas de salud, la vulnerabilidad del niño, así como la aceptabilidad de las intervenciones por parte de las poblaciones. Los datos DALY (*Disability Adjusted Life Years*-Años de Vida Ajustados por Discapacidad) publicados por el Banco Mundial sobre América Latina y el Caribe fueron el punto de partida. Además, algunos datos complementarios, específicos de cada país, y datos sobre las razones que conducen a los actores a acudir al Centro de Salud o no, fueron utilizados y comparados con los resultados presentados por el Banco Mundial.

Ya desde este momento, se puso de manifiesto que no era necesario profundizar el análisis de los riesgos universales, so pena de dedicarse a problemas demasiado sofisticados de definición de las enfermedades fuera del alcance de las capacidades de diagnóstico disponibles en numerosos Centros de Salud, de menor prevalencia y muy variables según los países, y que no merecían una atención especial.

Desde el punto de vista del personal local de salud, el análisis empezó con el estudio (a partir de la literatura existente y la práctica del personal de salud) de los paquetes de actividades preventivas usualmente ejecutadas y de sus resultados. Los datos mostraron rápidamente la muy relativa utilidad de estos paquetes en materia de seguimiento del crecimiento y del desarrollo.

Adicionalmente, se realizó una exhaustiva investigación documental, a fin de discernir mejor los riesgos locales. Su identificación fue complementada con los datos recogidos en varios grupos focales (con las madres, los padres y el personal de salud) que tenían la originalidad de basarse en la técnica del modelo causal.

Antes de que se propusieran nuevas actividades, se realizó un análisis del funcionamiento de los diferentes Centros de Salud considerados en la intervención. El análisis enfocó en la utilización y la utilidad de los paquetes de actividades preventivas en uso en los diferentes países. La evaluación del funcionamiento de los servicios de salud del primer nivel se basó en un marco conceptual específico que permite recurrir a criterios tanto cuantitativos como cualitativos.

En Bolivia, la evaluación de las políticas nacionales y de los Centros de Salud del primer nivel se desarrolló en el transcurso de sesiones de trabajo, en las cuales se intercambiaron datos cualitativos y la experiencia profesional de los médicos involucrados en la investigación (véase Capítulo 3 [Illanes & Sejas *et al.*]). El análisis enfocó los problemas ligados a la proporción de los cuidados. Además se realizó un análisis más profundo de los programas preventivos aplicados a los niños en edad preescolar.

En el Perú, la evaluación fue realizada a través de la revisión de los documentos, directivas, normas y manuales difundidos por el Ministerio de Salud y aplicados en los Centros de Salud del primer nivel (véase Capítulo 2 [Pecho & Rubín de Celis]). Con la asistencia del personal de salud, se realizaron además observaciones participativas durante las sesiones de

evaluación regularmente organizadas bajo el auspicio del Ministerio de Salud. Simultáneamente, se entrevistó a los directores de los Centros y a varios responsables de programas regionales y locales en materia de salud infantil. El objetivo fue identificar las características, los procesos, los indicadores de salud y los problemas encontrados en estos programas centrados en un enfoque global y comprensible de la salud del niño.

A nivel del equipo peruano, se llevaron a cabo reuniones de trabajo regulares con el fin de analizar los componentes del paquete de actividades preventivas en función de la oferta de los servicios de salud y de la demanda de la población en materia de salud infantil. Se establecieron tres niveles de análisis: (i) los datos recogidos sobre la oferta de la promoción de la salud; (ii) los actores (personal de salud y responsables de los cuidados); y (iii) las contrariedades estructurales (políticas, financieras, institucionales, etc.).

En Bolivia y Perú, la confrontación de los análisis realizados desde la perspectiva de los actores que toman las decisiones y de los médicos, ha permitido concluir que la elaboración de un paquete de actividades preventivas no debía basarse solamente en datos cuantitativos y en la iniciativa unilateral de los servicios de salud. La definición de nuevas prioridades también debería tomar en cuenta o, incluso, partir de las necesidades y de la demanda de las poblaciones. Con el objeto de elaborar un paquete de actividades preventivas que sean útiles para los niños menores de cinco años, se debería integrar el punto de vista de las poblaciones. Consecuentemente, se trataba de elaborar intervenciones de manera consensuada, en las cuales las actividades médicas basadas en la evidencia, las capacidades y potencialidades locales, así como en los deseos de las poblaciones, fueran reconocidas plenamente. Además, aceptar la hipótesis según la cual la elaboración de un paquete de actividades preventivas –junto con el personal de salud y los usuarios– debiera reforzar su utilización y su utilidad, implicaba lograr un consenso previo para definir las prioridades de acción.

Las potenciales aplicaciones de estos análisis fueron ampliamente debatidas entre los equipos, sobre todo durante la segunda reunión de contrapartes en Cochabamba (junio de 1999). Como consecuencia de estos debates se propuso un plan de trabajo global, con el propósito de llegar a un consenso entre los investigadores, los profesionales de la salud y la población. Durante la siguiente fase de investigación, este plan de trabajo global fue adaptado a las condiciones y las contrariedades de cada zona de intervención.

5.2 La fase de investigación-acción

La fase de investigación-acción, de intervención y de evaluación del Proyecto (2000-2001) se desarrolló de diferente manera en Bolivia y en el Perú. Esta diferencia está relacionada con las particularidades de funcionamiento de los Centros de Salud del primer nivel en cada uno de estos países, con las políticas sectoriales, pero también con las estrategias e intereses de los equipos y de sus miembros (véanse Capítulos 10 [Pecho & Rubín de Celis *et al.*] y 11 [Sejas & Ardúz *et al.*]). Así, en Bolivia se realizó un enfoque "operacional", con el fin de elaborar e introducir una herramienta de educación en el servicio de salud dirigido hacia el niño. Luego se realizó una evaluación de proceso. El equipo peruano, en cambio, utilizó una estrategia más "participativa", tanto para la intervención como para la evaluación, integrando en su seno a actores del sistema de salud y de la población.

5.2.1 En Bolivia

La reflexión sobre la utilización y la utilidad del paquete de actividades preventivas motivó al equipo boliviano a identificar, para los responsables del niño, la necesidad de mensajes de educación en salud en términos sencillos y claros. Después de haberlos probado en el terreno, estos mensajes fueron presentados en un formato comprensible y culturalmente acep-

table. La hipótesis subyacente de la intervención era que la población no comprendía lo suficientemente el paquete de actividades preventivas en uso en los Centros de Salud y que una nueva herramienta de comunicación facilitaría esta comprensión.

Entre septiembre y diciembre del año 2000, el equipo boliviano elaboró un protocolo de investigación (que incluía procedimientos de evaluación), a fin de aplicar concretamente esta propuesta de intervención. De manera general, ésta consistió en la introducción de un nuevo Carnet o Manual de Salud (*Aprendiendo a cuidar la salud de nuestros niños*) para las madres, acompañada de una capacitación específica del personal de los Centros de Salud con los que trabajaba el Proyecto. El nuevo Manual es producto de una reflexión colectiva y se basa en la mayoría de los resultados de la primera fase de investigación. Consiste en cuatro partes: la alimentación, el crecimiento, el desarrollo y el contenido –o lo que se debe esperar de él– de una consulta pediátrica (véase Capítulo 11 [Sejas & Ardúz *et al.*]).

A finales del año 2000, el Manual fue probado en las dos zonas en las cuales trabaja el Proyecto (Chávez Rancho y Chimoré). Entre abril y diciembre de 2001, después de algunas modificaciones, el Manual fue introducido en el terreno. Para acompañar el proceso, cada quince días algunos miembros del equipo realizaron visitas de supervisión en los Centros de Salud. Entre marzo y julio de 2001, se realizó además una evaluación, comparando los Centros que se han beneficiado de la intervención con algunos Centros sin intervención (véase Capítulo 12 [Méjean & Maire *et al.*]). El personal de salud local fue integrado en este proceso. Las autoridades político-administrativas (Chimoré), a su vez, mostraron su interés por el Manual, participando en el financiamiento de la edición.

5.2.2 En Perú

En el contexto peruano, no habría sido posible cambiar el paquete de actividades preventivas impuesto por el Ministe-

rio de Salud, por lo menos al principio. Consecuentemente, se decidió iniciar un proceso de investigación-acción participativa entre los investigadores, el personal de salud de cada Centro (Ermitaño Alto et Chocas) y los representantes de la población. Este proceso se centró en la utilización real y la utilidad del paquete de actividades preventivas en uso. La retroalimentación de los resultados de la investigación socioantropológica entre las diferentes categorías de actores realizada durante la primera fase permitió empujar el proceso¹⁷. Tres preguntas orientaron este proceso: (i) ¿en qué medida el paquete actual responde a la demanda de la población?; (ii) ¿cuáles son las necesidades sentidas por la población y que no están cubiertas por este paquete?; y (iii) ¿cómo se podría adaptar el paquete para que responda mejor a estas necesidades? Los resultados de la investigación socioantropológica complementaria también contribuyeron a contestar estas preguntas.

En Independencia (Ermitaño Alto), los promotores de salud ya estaban integrados en el equipo. También se había iniciado un trabajo de reflexión sobre el crecimiento y el desarrollo, presentando propuestas de intervención concretas en la zona. Sin embargo, la intención de los promotores de salud evolucionó, ya que finalmente trabajaron en mayor medida con los responsables del niño para elaborar propuestas de intervención. Sólo después, éstas fueron debatidas entre los promotores y el personal de salud.

En el Distrito de Carabayllo (Chocas Medio, Chocas Alto y Río Seco), las madres y los promotores de salud trabajaron en grupos separados, según las zonas, dada la distancia geográfica y la falta de recursos para desplazarse. Al igual que en Ermitaño Alto, las primeras reuniones agruparon por se-

17 En el caso peruano, la evaluación estaba inscrita en el proceso de investigación y, por lo tanto, no fue objeto de una actividad separada. Esta opción es coherente con relación al esquema conceptual participativo y constructivista elegido por el equipo.

parado al personal de salud y a los representantes de la población.

En ambas zonas, la intervención se inició en enero de 2001, con la presentación de los resultados de las encuestas socioantropológicas realizadas entre los promotores, las madres y el personal de salud. En el barrio de Independencia se organizaron debates de una duración de dos a tres horas, sobre una base semanal, con el fin de analizar, debatir, sintetizar y tomar decisiones consensuadas en torno a temas relevantes de la salud y los cuidados del niño (véase Capítulo 10 [Pecho & Rubín de Celis *et al.*]).

Al inicio, los temas abordados concernían a la salud, la enfermedad, la alimentación y el desarrollo. Luego, se introdujo el tema de las necesidades y de los derechos del niño, que fueron tratados desde la perspectiva de sus responsables. Finalmente, los debates desembocaron (junio y noviembre de 2001) en la elaboración de dos Manuales (*Cuidar el desarrollo del niño en el contexto de su familia, comunidad y país* y *Módulo de los derechos de los niños. Promotoras de salud de Ermitaño Alto. Distrito de Independencia*), los cuales fueron escritos conjuntamente por las madres y los promotores de salud, bajo la supervisión de un especialista en comunicación.

6. Estructura de la obra

El presente libro pretende dar cuenta de manera global, comprensible e interdisciplinaria, del conjunto del proceso de investigación y de los resultados del Proyecto. Consecuentemente, los principales resultados obtenidos serán presentados e interpretados en relación con los objetivos del Proyecto, pero también en función de la dinámica de la investigación y de sus consecuencias operacionales.

La Parte I (Diagnósticos de situación) presenta estudios realizados durante la primera fase de la investigación (véase Acápite 5).

Los dos primeros textos tratan de los procesos de reforma de las políticas de salud en curso en Bolivia y Perú (Capítulos 2 [Pecho & Rubín de Celis] y 3 [Illanes & Sejas *et al.*]). Estos estudios permiten situar mejor las diferencias y similitudes entre los contextos en los cuales se implementó el Proyecto.

Los dos textos siguientes analizan los marcos de referencia socioculturales que dan un sentido a las percepciones y prácticas locales asociadas a la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño (Capítulos 4 [Rubín de Celis & Pecho *et al.*] y 5 [Suremain]). A partir de encuestas realizadas en el universo doméstico y cotidiano (en Perú y Bolivia), el niño es reubicado en el contexto más amplio de las relaciones familiares dentro de las cuales se socializa.

La primera parte termina con cuatro textos enfocados en las percepciones y prácticas asociadas al Carnet de Salud Infantil, tanto entre los responsables de la salud del niño como entre el personal de salud en Bolivia y Perú (Capítulos 6 [Rubín de Celis & Vidal *et al.*], 7 [Lefèvre & Hoérée *et al.*], 8 [Hoérée & Sejas *et al.*] y 9 [Hoérée & Zambrana *et al.*]). Estos textos dan cuenta de los usos, la comprensión y las expectativas de los diferentes actores frente al Carnet de Salud Infantil, y de su importancia en materia de seguimiento del crecimiento y el desarrollo.

La Parte II (Procesos de investigación e intervención) corresponde a la fase de investigación-acción del Proyecto (véase Acápite 5). Los textos están agrupados por país, a fin de resaltar mejor las opciones metodológicas y las estrategias de los diferentes equipos..

En el caso del Perú, el Capítulo 10 [Pecho & Rubín de Celis *et al.*] describe y analiza el proceso de intervención en las dos zonas de investigación. De acuerdo al enfoque "integrado" elegido por el equipo, los resultados y su evaluación son presentados en el mismo texto.

En el caso de Bolivia, un texto (Capítulo 11 [Sejas & Ardúz *et al.*]) presenta la manera en la cual el nuevo Manual de Sa-

lud fue elaborado y luego introducido en las dos zonas de intervención. La evaluación de proceso de esta intervención es el tema del Capítulo 12 [Méjean & Maire *et al.*].

La Parte III (Balances de las experiencias) se centra en la forma en la cual los diferentes actores percibieron y vivieron el desarrollo del Proyecto, y en sus principales logros en términos de experiencia interdisciplinaria.

Un texto (Capítulo 13 [Velarde & Suarez]) da cuenta de la experiencia particular de las enfermeras del equipo peruano que estaban asociadas al conjunto del proceso de investigación-acción.

A partir de una encuesta guiada por un cuestionario, el Capítulo 14 [Lefèvre] revela las percepciones, las expectativas y los logros de los investigadores que participaron en el Proyecto.

Por último, la Conclusión General sintetiza los principales logros de la investigación y expone nuevas vías de investigación y pautas para acciones futuras.

7. Presentación de los autores

7.1 Instituto de Investigaciones Biomédicas y Sociales (IIBISMED), Equipo de Nutrición, Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Simón de Cochabamba (UMSS-Bolivia)

Edgar F. Ardúz Eguino: nacido en 1950; Pediatra (Universidad Autónoma de México e Instituto Mexicano del Seguro Social-México D.F. 1981/1984) Maestría en Educación Superior en Salud (UMSS - 1998/1999); Investigador a tiempo parcial (IIBISMED); Responsable del Centro de Salud de Chávez Rancho; Jefe del Distrito Metropolitano Norte (Cochabamba); Responsable regional del Programa de lucha contra la tuberculosis; Jefe del Programa para el crecimiento y desarrollo del niño; Investigaciones e intervenciones sobre la utilización de

medicamentos, sobre los sistemas administrativos, sobre la rehabilitación nutricional ambulatoria y sobre el crecimiento y el desarrollo del niño (Cochabamba).

Daniel Elving Illanes Velarde: nacido en 1967; Médico Cirujano (UMSS-Bolivia 1993); Master en Salud Pública (IMT-Bélgica 1998/1999); Profesor Invitado de las Cátedras de Fisiología, Epidemiología y Salud Pública (UMSS); Director del Centro para el Desarrollo de la Gerencia Social (CEDEGES-UMSS); Asesor en Salud Pública e Investigación (IIBISMED); Miembro de la Unidad de Evaluación y Gestión de la Calidad de la Facultad de Medicina (UMSS); Investigador Independiente en Estrategias Participativas en atención a la salud infantil, Atención Primaria en Salud y procesos de reforma de salud (Bolivia).

Edgar Sejas: nacido en 1956; Pediatra Gastroenterólogo; Maestría en nutrición (Universidad de Gante-Bélgica 1992/1993); Profesor en nutrición (UMSS); Responsable de la Unidad de Nutrición del IIBISMED; Investigaciones e intervenciones en salud pública sobre el crecimiento y el desarrollo del niño (Bolivia).

José Emilio Zambrana Triveño: nacido en 1954; Licenciatura en sociología (Universidad Mayor de San Andrés-Bolivia 1989); Maestría en educación (UMSA-2002); Docente en sociología (UMSS).

7.2 “Unidad de Nutrición y de Salud Infantil”, Departamento de Salud Pública, Instituto de Medicina Tropical Prince Léopold (IMT), Anveres (Bélgica)

Patrick Kolsteren: nacido en 1956; Doctor en medicina (Universidad de Gante-Bélgica 1981), con formación complementaria en medicina tropical (IMT 1982) y en pediatría (Universidad de Liverpool-Reino Unido 1987); Doctor en medicina (Universidad de Ámsterdam-1996); Director de investigación y Profesor del IMT y de la Universidad de Gante; Investigaciones en nutrición y salud infantil (Bolivia, Brasil, Indonesia, Nepal, Perú, Tanzania).

Pierre Lefèvre: nacido en 1960; Doctor en sociología (Universidad Libre de Bruselas-Bélgica 1999); Investigador del IMT (Unidad de investigación Nutrición y Salud Infantil); Investigaciones sobre las metodologías de planificación y de evaluación participativa de Proyectos de desarrollo (Filipinas), las percepciones de la desnutrición (Nepal) y sobre el crecimiento y desarrollo del niño (Bolivia y Perú).

Dominique Roberfroid: nacido en 1966; Doctor en medicina (Universidad Católica de Lovaina-Bélgica 1991); Epidemiólogo (MSc Epidemiology, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres-Reino Unido 1999); Antropólogo (DEA, Universidad Libre de Bruselas-Bélgica 1999); Investigador del IMT (Unidad de investigación Nutrición y Salud Infantil); Investigaciones sobre los determinantes y la atención del niño con crecimiento atrasado.

Tom Hoerée: nacido en 1962; Doctor en medicina (Universidad de Anveres-Bélgica 1988); Maestría en salud pública (IMT-1997); Investigador asistente del IMT (Unidad de investigación Nutrición y Salud Infantil); Investigaciones sobre el crecimiento y desarrollo del niño (Bolivia y Perú).

7.3 Unidad de Investigación 106 "Nutrición, Alimentación, Sociedades" (NAS), Instituto de Investigación para el Desarrollo (IRD), Montpellier (Francia) / La Paz (Bolivia)

Bernard Maire: nacido en 1948; Doctorado en ciencias (Universidad de Montpellier II-Francia 990); Director de investigación y de la Unidad 106 (NAS); Formación inicial en fisiología y nutrición (Universidad de Grenoble, Escuela Nacional de Salud Pública, Francia y Departamento de Nutrición del MIT, USA); Investigaciones sobre la desnutrición infantil y sobre los programas de intervención en nutrición pública (principalmente en África).

Caroline Méjean: nacida en 1977; Diploma de Estudios Superiores Especializadas en Nutrición y Alimentación en los Países en Vías de Desarrollo (Universidad de Montpellier II-

Francia 2001); Estudios de fisiología en la Universidad de Montpellier II (USTL); Investigaciones sobre el crecimiento y el desarrollo del niño en Bolivia (IIBISMED); actualmente, doctorado en nutrición y salud pública.

Charles-Édouard de Suremain: nacido en 1964; Doctor en Etnología (Universidad de Tours-Francia 1994); Encargado de investigación del IRD (Unidad de Investigación NAS); Investigaciones sobre las dinámicas socioculturales del desarrollo del niño (Bolivia, Congo, Perú).

7.4 Unidad de Nutrición, Facultad de Salud Pública y Administración, Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), Lima (Perú)

Iris Luz Pecho Manyari: nacida en 1949; Licenciatura en enfermería (Universidad Nacional Federico Villarreal-Perú 1981); Enfermera en salud pública (Escuela Nacional de Salud Pública del Perú-1983); Maestría en administración de la salud (UPCHPerú 1998); Profesora en el Departamento Académico de Salud Pública (UPCH); Investigaciones e intervenciones en el campo del análisis de la situación de la salud y la promoción de los cuidados del niño (Perú).

Emma Rubín de Celis: nacida en 1932; Licenciatura en servicios sociales (Pontificia Universidad Católica de Lima-Perú 1964); Licenciatura en ciencias sociales (Universidad de Lovaina-Bélgica 1969); Formación para la investigación en salud primaria (Universidad de Nimega-Países Bajos 1969); Investigaciones e intervención en el campo de la contaminación (Perú).

Nancy Maribel Suárez Trejo: nacida en 1970; Licenciada en enfermería (UPCH 1994); Investigadora asociada (UPCH).

Ruth Eliana Velarde Watanabe: nacida en 1962; Licenciada en enfermería (UPCH 1997); Investigadora asociada (UPCH).

Eduardo Vidal: nacido en 1963; Antropólogo especializado en salud pública; Investigador en el departamento "Salud y Ciencias Sociales" de la UPCH.

8. Agradecimientos

Los autores de esta publicación agradecen especialmente a:

La Comisión Europea, sobre todo la DG12, por haber financiado el Proyecto (*Health Sector Reform: Towards A More Global Approach Of Child Health*; Contrato N°: IC18-CT97-0249 [DG12-WRCA]);

El Instituto Francés de Estudios Andinos (especialmente a su Director Jean Vacher y a Anne-Marie Brougère, responsable de ediciones);

El servicio de las Ediciones del Instituto Francés de Investigación para el Desarrollo (IRD) por su apoyo a la edición de esta obra;

Un agradecimiento especial a Gudrun Birk por su paciente y metódico trabajo de traducción y de relectura;

Dirigimos nuestros agradecimientos calurosos a las poblaciones (madres, padres y familias), así como al personal de salud (médicos, enfermeras, promotores y promotoras) de Bolivia y Perú que han estado dispuestos a participar en el Proyecto y sin los cuales la realización de esta publicación no hubiera sido posible.

Además, los autores expresan sus agradecimientos a las siguientes instituciones:

La Asociación "Nutrition Tiers Monde" por su participación financiera (Bolivia);

Los Centros de Salud de Chimoré, Puerto Aurora y Chávez Rancho (Bolivia);

El Comité de Desarrollo Local de Independencia y las Organizaciones de Base (Vaso de Leche, Comedores Populares) a través de sus promotoras (Perú);

La Dirección General de la Cooperación al Desarrollo (DGCD) de Bélgica por su contribución con medios logísticos (Bolivia);

La Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Simón de Cochabamba (Bolivia);

La Facultad de Sociología de la Universidad Mayor de San Simón de Cochabamba (Bolivia);

Los Municipios de Chávez Rancho y Chimoré (Bolivia);

El Sistema Básico de Salud de Comas (SBS-Comas) y los Centros de Salud de Ermitano Alto y Ermitaño Bajo (Perú);

La Unidad de Alimentación y Nutrición del Instituto de Investigaciones Biomédicas y Sociales (IIBISMED-Bolivia);

La Unidad de investigación "Nutrición y Salud del Niño" del Instituto de Medicina Tropical (Anveres-Belgica);

La Unidad de Investigación 106 "Nutrición, Alimentación, Sociedades" del Instituto de Investigación para el Desarrollo (Montpellier-Francia / La Paz-Bolivia);

La Facultad de Salud Pública de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (Lima-Perú).

Finalmente, un agradecimiento a Geneviève Cortes y al Laboratorio de Cartografía Aplicada del IRD para la elaboración de los mapas.

Referencias bibliográficas

BERCHE, T.

1998 *Anthropologie et santé publique en pays dogon*. Paris: Karthala.

CAPE, N.

1988 "Growth charts: help or hindrance? Observations from rural Bangladesh", *Health Policy Planning* 3(2): 167-170.

CORNWALL, A.

1995 "What is participatory research?", *Social Science & Medicine* 41(12): 1667-1676.

FALS-BORDA, O. & RAHMAN, M.A. (ed.)

1991 *Action and knowledge: breaking the monopoly with participatory action research*. New York: Immediate Technology / Apex.

GERGE, S & LATHAM, M. C. & GEREIN, N. & CERVINSAS, J.

1992 "The practice of growth monitoring", *Lancet* 340: 918.

GOPALAN, C.

1987 "Growth monitoring: some basic issues", *NFI Bulletin* 8: 1-4.

GOYETTE, G.

1987 *La recherche-action. Ses fonctions, ses fondements et son instrumentation*. Montréal: Presses de l'Université du Québec.

GUBA, E.G. & LINCOLN, Y.S.

1994 "Competing paradigms in qualitative research". En: *Handbook of qualitative research* (Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. ed.): 105-117. Beverly Hills: Sage.

LONG, N. & LONG, A. (ED.)

1992 *Battlefields of knowledge. The interlocking of theory and practice in social research and development*. London: Routledge.

MAIRE, B.

1993 "Suivi et promotion de la croissance". En: *Comment améliorer la contribution du secteur de la santé dans la lutte contre la malnutrition* (Marek, T. ed.): 102-121. Washington D.C.: World Bank.

MERCENIER, P. & GRODOS, D.

2000 *La recherche sur les systèmes de santé: mieux comprendre la méthodologie pour mieux agir*. Antwerpen: ITGPress.

MORLEY, D.C.

1973 *Paediatric priorities in developing world*. London: Butterworths.

NABARRO, D. & CHINNOCK, P.

1988 "Growth monitoring: inappropriate promotion of an appropriate technology", *Social Science & Medicine* 29: 941-948.

OLIVIER DE SARDAN, J.-P.

1997 *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*. Paris: APAD / Karthala.

ROBERFROID, D. & KOLSTEREN, P. & HOERÉE, T.

s/d "Should growth monitoring and promotion programs in developing countries be discouraged? A review of the evidence for and against".

RUBÍN DE CELIS, E. & LEFEVRE, P. & SUREMAIN (DE), C.-É. & KOLSTEREN, P.

2000 "Transdisciplinarity in practice. Lessons from an international action-research and development project". En:

Transdisciplinarity. Joint Problem-Solving among Science, Technology and Society: 124-128. Zurich: Swiss Federal Institute of Technology.

RUEL, M.T.

1995 "Growth monitoring as an educational tool, an integration strategy, and a source of information: a review of experience". En: *Child growth and nutrition* (Pinstrup-Anderson, P. & Pelletier, D. & Alderman, H. ed.): 78-96. Ithaca: Cornell University Press.

SAILLANT, F.

1999 "Les soins, phénomène social total. Plaidoyer pour une pratique ancrée de l'interdisciplinarité". En: *Soins infirmiers et sociétés* (Goulet, O. & Dellaire, C. ed.): 135-158. Paris/Québec: Gaëtan Morin.

TAMISIER, J.-C. (ed.)

1998 *Dictionnaire des peuples. Sociétés d'Afrique, d'Amérique, d'Asie et d'Océanie*. Paris: Larousse.

VAN LERBERGHE, W.

1988 "Growth, infection and mortality: is growth monitoring an efficient screening instrument?". En: *Perspectives in the science of growth and development* (Tanner, J.M. ed.): 101-110. London: Smith-Gordon.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)

1987 *Declaration on strengthening district health system based on primary health care*. Harare: World Health Organization.