

Evaluación del seguimiento y de la promoción del crecimiento realizados en los Centros de Salud bolivianos

Caroline Méjean, Bernard Maire, Edgar Sejas & Charles-Édouard de Suremain

1. Introducción

El Proyecto, centrado en la problemática general del crecimiento y desarrollo del niño pequeño, ha implementado una estrategia para sensibilizar y promover la participación de las madres en el cuidado de salud de los niños menores de cinco años. En Bolivia, la fase operativa del Proyecto consistió en la elaboración e introducción de un nuevo carnet de salud, el Manual de Salud Infantil (MSI), concebido con el fin de mejorar las actividades de promoción del crecimiento (véase Capítulo 10 [Sejas & Ardúz *et al.*]).

En los Centros que se han beneficiado de la intervención, el MSI sustituye al Carnet de Salud Infantil (CSI), el instrumento oficial del Programa boliviano de seguimiento y promoción del crecimiento común en todos los servicios de salud. Para el uso apropiado del CSI se requiere de su disponibilidad en los servicios de salud, del conocimiento de su contenido y su buena aplicación por parte del personal de salud, y, finalmente, de su comprensión y/o utilización por parte de las madres a fin de que puedan dar un seguimiento al estado de salud de sus hijos. Sin embargo, las investigaciones realizadas en el marco del Proyecto sobre la utilidad/utilización del CSI han demostrado que estas condiciones sólo se cumplen parcialmente (véanse Capítulos 7 [Lefèvre & Hoérée *et al.*], 8 [Hoérée & Sejas

et al.] y 9 [Hoerée & Zambrana *et al.*]). Su aplicación práctica en el terreno tropieza con cierto número de problemas parecidos a los que fueron descritos extensamente en la literatura (Cervinskas & Gerein *et al.* 1993). En este contexto, la introducción del MSI, que pretende responder a las críticas de las madres y del personal de salud, se presentó como una oportunidad para reorganizar esta actividad sobre una mejor base.

El MSI contiene las principales informaciones que están incluidas en el CSI: un gráfico para visualizar el crecimiento ponderado mensual del niño, algunos consejos sobre la alimentación a las diferentes edades y varias secciones de registro específicas para que el personal de salud pueda anotar las vacunas administradas, las visitas a la Posta de Salud y algunas informaciones sobre la familia. El MSI contiene cuatro mensajes adicionales considerados como una base de conocimiento y de acciones necesarias para la buena salud del niño: (i) la alimentación y nutrición desde el nacimiento hasta los tres años; (ii) el seguimiento del crecimiento; (iii) el seguimiento del desarrollo; y (iv) las actividades que se deberían realizar durante la consulta pediátrica. Para acompañar la introducción del MSI, el equipo de investigación ofreció una serie de capacitaciones al personal de salud de los servicios involucrados (véase Capítulo 11 [Sejas & Ardúz *et al.*]).

Este Capítulo presenta una primera evaluación de los resultados de la intervención (introducción del MSI y capacitación del personal) realizada en dos zonas con distintas características: los Centros de Salud de Chávez Rancho y de Salomón Kleim se sitúan en los barrios periféricos de la ciudad de Cochabamba, mientras que las poblaciones de Chimoré y Shinahota se encuentran en el Chapare, región amazónica del departamento de Cochabamba (véase Capítulo 1 [Suremain]).

2. Metodología

La evaluación ha permitido identificar, mediante entrevistas semiestructuradas, las diferencias de percepción y de acti-

tudes de las madres frente a las actividades de seguimiento y a la promoción del crecimiento de sus hijos, a través del uso del nuevo Manual de Salud y de los conocimientos que lo acompañan. Simultáneamente, la observación del desarrollo de las sesiones de seguimiento del crecimiento durante las visitas a los Centros de Salud ha permitido evaluar la ayuda aportada por la intervención en la realización de esta actividad a dos niveles: (i) técnico (¿en qué medida el personal de salud utiliza el MSI en sus actividades de rutina?); y (ii) comunicativo (¿en qué medida el MSI ayuda al personal de salud a transmitir los mensajes de promoción?).

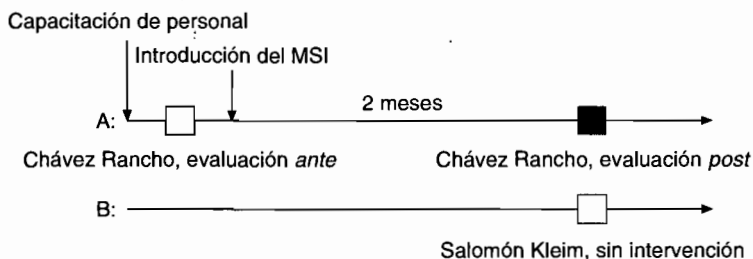
2.1 Metodología de evaluación

Tradicionalmente, la evaluación de una intervención en salud pública se basa en la comparación de dos grupos, uno que se beneficia de la intervención y el otro no. La evaluación se puede realizar según dos modalidades separadas o combinadas: una modalidad de tipo "antes-después" en la cual la situación *ante*, es decir, la que prevalecía justo antes de la intervención, sirve de referencia para evaluar la eficacia de la intervención después de su implementación (situación *post*); y una modalidad de tipo "aquí-en otra parte" que compara al mismo momento dos grupos geográficamente distintos, de los cuales uno se beneficia de la intervención y el otro no (Bréart & Bouyer 1991).

En el caso ideal, para validar la eficacia de una intervención, es deseable que los individuos o los grupos expuestos o no a la intervención sean seleccionados aleatoriamente. En la práctica, esto no ha sido posible en este contexto, considerando la naturaleza de la intervención, su carácter de aplicación limitada a algunas localidades y la dinámica de su implementación, la cual, de hecho, ha precedido en parte a la propia evaluación, haciendo que las posibles opciones sean limitadas y obligando a realizar una elección racional más que aleatoria de los grupos pilotos.

Así, en el caso de los Centros periurbanos, entre las modalidades indicadas arriba se optó por una evaluación antes-después para el caso del Centro piloto de Chávez Rancho en Cochabamba, con un lapso de tiempo de dos meses entre la introducción del MSI y la evaluación de su impacto. Sin embargo, aunque esta evaluación permitió medir la influencia de la introducción del MSI en el Centro, no pudo medir el efecto de la capacitación del personal de salud, pues ésta se llevó a cabo antes de la implementación de la evaluación *ante*. Por esta razón se decidió añadir una evaluación de tipo aquí-en otra parte tomando como Centro de Salud de referencia el de Salomón Kleim (Cochabamba), el cual presenta prácticamente las mismas características que el de Chávez Rancho respecto a la población que lo frecuenta, la situación geográfica, la accesibilidad, las actividades realizadas y el tipo de personal. El Gráfico 1 sintetiza el esquema adoptado.

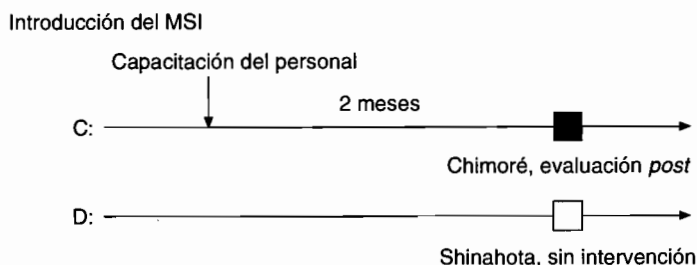
Gráfico 1: Esquema de evaluación adoptado en Cochabamba



Con relación a los Centros rurales del Chapare, considerando que tanto la introducción del MSI como la capacitación del personal de salud se habían iniciado antes de la realización prevista de la evaluación, se optó por una modalidad de evaluación de tipo aquí-en otra parte. Esta intervención se llevó a cabo en el Centro piloto de Chimoré, sirviendo como referencia el Centro de Salud de Shinahota, que presenta las mismas características en cuanto a población, situación geográfica y

accesibilidad. El periodo entre la intervención y la evaluación en Chimoré también fue de dos meses. El Gráfico 2 presenta este esquema de evaluación.

Gráfico 2: Esquema de evaluación adoptado en el Chapare



2.2 Utilización de técnicas de encuesta cualitativas

En la medida en que la evaluación apunta a las percepciones de las madres y a la apreciación de la interacción entre el personal de salud y las madres, lo que se expresa en datos e indicadores cualitativos, se recurrió a técnicas de encuesta cualitativas en base a observaciones y entrevistas (Kidima & Scrimshaw *et al.* 1990)¹.

De esta manera, se construyeron dos ámbitos de observación (Arborio & Fournier 1999), uno dirigido a la realización de las mediciones antropométricas en el transcurso de las sesiones de seguimiento y promoción del crecimiento, el otro orientado al conjunto del desarrollo de la consulta pediátrica en el transcurso de la cual se establecen estas medidas, en función de los criterios clásicos de evaluación de la calidad de este

1 Los resultados de la evaluación fueron objeto de un estudio de "Diplôme d'Études Supérieures Spécialisées/Diploma de Estudios Superiores Especializados" (DESS-Universidad de Montpellier II; Mejean 2001), en la que las técnicas de encuesta son presentadas de manera exhaustiva.

tipo de actividad (Valadez & Brown *et al.* 1996). Estas sesiones de observación en los Centros de Salud eran fundamentales para recoger datos sobre las acciones, las recomendaciones, el ambiente que reinaba en el Centro de Salud o el grado de comunicación verbal y no verbal entre el personal de salud y las madres. En total, se efectuaron 185 series de observaciones estandarizadas, que posteriormente fueron codificadas y analizadas (porcentajes) con ayuda del Programa EPI-Info. Se utilizó un sondeo sistemático en función del número de consultas por semana en cada Centro, a fin de elegir de forma no sesgada las sesiones a ser observadas.

Además se elaboraron entrevistas individuales semiestructuradas, es decir, relativamente abiertas, con las madres que frecuentan los Centros, pero que sin embargo estaban orientadas hacia temas específicos relacionados con los principales objetivos de investigación (Blanchet & Gotman 1992). Las preguntas fueron formuladas y ordenadas de antemano, con el propósito de recoger la información sobre los temas específicos bajo las mismas condiciones para cada madre entrevistada.

La guía de entrevista se centró en tres temas principales: (i) la percepción de la madre sobre la salud, el desarrollo y el crecimiento del niño; (ii) la percepción, la comprensión y la utilización del MSI por parte de la madre; y (iii) la apreciación global por parte de las madres del Centro de Salud y de sus relaciones con el personal del Centro.

En este tipo de encuestas, se busca la pertinencia del discurso recogido en relación con los temas de investigación. Esta característica implica un tiempo de entrevista bastante largo con cada madre, lo que requiere que las condiciones en las cuales se desarrolla y su ritmo no sean percibidos como desagradables o desestabilizantes. En estas condiciones, no es posible entrevistar a un gran número de personas en un tiempo razonable de investigación. Las entrevistas fueron efectuadas fuera de los Centros de Salud, a la salida de las consultas. En total, se realizaron 75 entrevistas entre abril y julio del año 2001, es decir, entre 10 y 20 por Centro para cada fase de la evaluación.

mentación disponible es escasa y trata únicamente de la vacunación. Estos datos muestran la brecha entre los recursos de que disponen los Centros de Salud urbanos para esta actividad y los de los Centros rurales.

En Chimoré participan aproximadamente 70 niños repartidos en siete sesiones por semana, y 55 niños repartidos en siete sesiones por semana en Shinahota. En ambos Centros, las mediciones antropométricas se realizan en la sala de espera, en la que los niños enfermos tampoco son separados de los niños sanos. También aquí, el agente de salud efectúa las mediciones solo.

Es difícil hacer una descripción estandarizada de la consulta pediátrica, ya que cada Centro tiene su propia modalidad de funcionamiento. Además, en un mismo Centro, el desarrollo de la consulta difiere de un médico a otro y depende, además, del estado de salud del niño.

La medición del peso y de la talla son las principales actividades técnicas relacionadas con el seguimiento del crecimiento. Están regidas por recomendaciones bien establecidas (OMS 1986; ONU 1988). En todos los casos, se observa que la afluencia y el "ir y venir" en las salas en las que se efectúan las mediciones, crean condiciones desfavorables para la concentración del personal de salud. En el caso ideal, en este tipo de mediciones una persona pesa y mide mientras que otra observa y anota los resultados. Tanto en los Centros periurbanos como rurales, la persona que asegura la medición del peso y de la talla está sola, lo que conlleva el riesgo de una menor calidad en las medidas.

3.2 Las diferentes acciones relacionadas con las mediciones de peso y de talla

A partir de valores calculados durante las observaciones, con el fin de proceder a la comparación entre los Centros según su estatus en relación con la intervención, se establecieron tres niveles de valoración de las mediciones de peso y de talla

realizadas (buenas, medianas o malas) y dos para la calidad del registro del peso en la curva (registro bueno o malo). Para el análisis del resultado por parte del médico, no se estableció ningún valor. El objetivo fue solamente saber si se realizaba el análisis y en función de qué criterio.

El Cuadro 1, que sintetiza los resultados del conjunto de estas observaciones, muestra una mejora relacionada con la intervención en la práctica de las mediciones antropométricas realizadas en el medio urbano, en relación con el Centro de referencia. La diferencia es significativa tanto en lo que concierne a la calidad de la medición de la talla como a la calidad del registro del peso. La diferencia en la calidad de la medición de la talla en relación con la del peso pone de manifiesto que en los Centros en los que el personal no ha recibido capacitación, existe una falta de conocimientos sobre el papel de la medición de la talla como importante indicador de la buena salud del niño.

Cuadro 1: Resultados de las observaciones.

Análisis de las diferentes acciones relacionadas con las mediciones de peso y de talla

	Medio periurbano			Medio rural	
	S. Kleim (referencia) n=37	C. Rancho (ante) n=37	C. Rancho (post) n=38	Shinahota (referencia) n=34	Chimoré (post) n=40
Buena calidad de la medición del peso	40.5%	55.6%	68.4%	26.9%	87.5%
Buena calidad de la medición de la talla	23.1%	64.7%	81.6%	14.3%	77.5%
Presencia del soporte (CSI/MSI)	73.6%	75.7%	100%	97.1%	54.5%
Pesos registrados	27%	86.1%	71.4%	0%	16%
Buena calidad de registro	16.2%	77.8%	71.4%	0%	16%
Análisis del peso	56.8%	58.3%	55.3%	18.5%	84.6%

Lo mismo es válido para el registro del peso en la curva en el medio urbano. Éste revela que las enfermeras de Salomón Kleim no han entendido realmente la función de la curva tipo “camino hacia la salud” para el análisis del peso. De esta ma-

De aquí en adelante, las explicaciones sobre todos los aspectos de la salud del niño en relación con su crecimiento forman parte de la consulta. Después de la introducción del MSI, tienen un carácter más preventivo. Las madres pueden comprender mejor la importancia del Manual. En Salomón Kleim, donde el personal no se ha beneficiado de la misma capacitación y donde las madres no tienen acceso al MSI, las explicaciones están más limitadas y se proporcionan en función de las preguntas de las pocas madres que intentan saber más.

Sin embargo, es notable que el MSI no parece directamente servir de soporte de información para los consejos impartidos por el médico, tratándose de la alimentación o del desarrollo del niño (véase Capítulo 9 [Hoerée & Zambrana *et al.*]). Esto está confirmado por su utilización esporádica durante la consulta y el carácter algo estereotipado de los consejos, excepto en los casos en que se hace una referencia directa al Manual. Las madres podrán aplicar los consejos del MSI en casa, pero aquí se plantea el problema de su comprensión previa que debería ser asegurada durante las consultas.

La intervención parece haber producido un efecto muy positivo en la toma de citas con las madres, incitándolas a recibir un control regular, sólo que el pretexto de la visita concierne cada vez más a la vigilancia de las enfermedades del niño que al seguimiento del crecimiento como tal.

Es más difícil estimar el impacto de la intervención en el medio rural, ya que el personal del Centro de Shinahota no hace ningún esfuerzo para integrar las actividades de promoción en su trabajo. En cambio, en Chimoré el Manual es frecuentemente utilizado durante las consultas, en las cuales constituye un apoyo a los consejos, sobre todo en materia de alimentación.

En conclusión, parece que la intervención haya permitido, tanto en el medio rural como el urbano, dar un carácter preventivo a los comentarios de los médicos después del análisis de las mediciones del niño. No obstante, en Cochabamba, la falta de relaciones explícitas entre los consejos o las explicaciones proporcionadas y el Manual restringe la posibilidad de

para todo el personal antes de poder integrar el procedimiento relacionado con la introducción del MSI.

3.4 La comunicación

El idioma utilizado durante la consulta sigue siendo una barrera para la comunicación. Sólo el médico de Shinahota habla quechua, pero no lo utiliza para transmitir mensajes a las madres y establecer un verdadero diálogo.

Por otra parte, cualquiera que sea la zona de estudio, al parecer, a los médicos les interesan muy poco las condiciones de vida del niño. Prácticamente no establecen ninguna relación entre la vida cotidiana y la salud del niño, a pesar de que este tema podría constituir un punto de partida para la comunicación.

Respecto a las actitudes del personal de salud y de las madres durante la consulta, el análisis ha demostrado una evidente falta de interacción y de diálogo (véase Capítulo 7 [Lefèvre & Hoérée *et al.*]). Sin embargo, la comparación entre Chimoré y Shinahota muestra hasta qué punto la motivación del médico puede ser un elemento determinante de la calidad de la interacción.

Aunque el impacto de la intervención en este ámbito no parece convincente de inmediato, se debe recordar que la introducción del MSI sólo tuvo lugar dos meses antes de la evaluación en el Chapare y en Cochabamba, lo que representa un tiempo corto para producir importantes cambios en los comportamientos. No obstante, se puede constatar que en Chimoré, las madres tienen una mayor tendencia a hacer preguntas y que en Chávez Rancho su interés por el desarrollo del niño está aumentando.

La comunicación sigue teniendo, no obstante, un carácter muy vertical en ambas zonas. Además, el MSI no sirve de herramienta de comunicación: parecería, de hecho, que el personal nunca haya recibido indicaciones acerca del posible papel del Manual en este sentido o que esto no fue comprendido. En

el futuro, la capacitación debería tomar en cuenta este aspecto de manera mucho más acentuada.

4. Resultados de las entrevistas³

4.1 La influencia de la intervención en las percepciones y las actitudes de las madres

4.1.1 Percepciones en torno a la delgadez

En el medio urbano, existen múltiples y variadas definiciones del decaimiento, aunque la percepción de este problema difiere poco de un Centro a otro. Hasta ahora no parece existir una influencia marcada de la intervención sobre este punto:

A veces hay niños flacos que son por constitución, pero hay también niños flacos por nutrición o sea que no están bien alimentados (Chávez Rancho *ante*); Un niño flaco es que está deshidratado (Salomón Kleim); Puede ser amebas, bichos o sea falta de calcio y diferentes cosas (Chávez Rancho *post*); Hay muchos factores, desde ambientales, psicológicos que dicen, puede ser la frecuente diarrea, la desnutrición, mala atención (Chávez Rancho *ante*).

En cambio, la influencia de la intervención en el medio periurbano se manifiesta a nivel de las soluciones buscadas para evitar este problema. Las madres que han tenido acceso al MSI parecen más dispuestas a tomar medidas al respecto y reconocen la utilidad del MSI como soporte de educación nutricional:

3 Considerando el número necesariamente limitado de las entrevistas realizadas en cada Centro, las diferencias entre los porcentajes presentados en los diversos cuadros deben ser interpretadas con mucha cautela, tomando en cuenta solamente las que son manifiestamente importantes, como los indicadores de tendencias en un sentido u otro

Tenemos que recurrir a todas las formas posibles para ayudar a curarlo, darle comida, darle buena comida, cantidad y calidad (Chávez Rancho *post*); alimentarle bastante, cuidarle, atenderle, dar en hora; como le digo, este instructivo que me dieron a mí me sirve bastante, incluso para los horarios en que debo dar de lactar al bebé, de dar sus papillitas (Chávez Rancho *post*); Para que no se enferma tenemos que asistir a los controles, darle una buena alimentación, leche, frutas (Chávez Rancho *post*).

En el medio rural, las definiciones de la delgadez son menos numerosas. Al parecer, las madres utilizan frecuentemente la palabra “*desnutrición*” sin tener una definición muy clara al respecto. No se nota ninguna diferencia entre los Centros. Asimismo, la introducción del MSI en Chimoré no ha tenido realmente una influencia en las soluciones aportadas por las madres. Éstas piensan curar la desnutrición, pero están desprovistas de medios para evitarla:

Hay que darle cosas que no le desnutran rápido aquí, darle lo mejor (Chimoré); O llevamos el niño al Centro de Salud, Don Celio me da tratamiento de rehidratación (Puerto Aurora); El doctor nos da remedios, vitaminas para curar (Puerto Aurora).

4.1.2 Percepciones del retraso en el crecimiento

Las diferencias de percepción acerca de la importancia de este problema en el medio urbano antes y después de la intervención proporcionan una medida directa del impacto de la intervención en ciertos aspectos. El retraso en la talla se convierte en un verdadero objeto de preocupación para las madres que han leído el MSI:

Mayormente el niño tiene que desarrollarse en su edad, y cuando no desarrolla en su edad, yo me imagino que es grave, que puede tener problemas en su desarrollo mental (Chávez Rancho *post*); Un niño pequeño puede ser más propenso a enfermedades, digamos que no pueda aprender a estudiar, o sea que no tenga mucha memoria cuando tenga que estudiar (Chávez Rancho *post*).

En los Centros que se han beneficiado de la intervención, las soluciones propuestas muestran cierta toma de conciencia en cuanto al papel del seguimiento del crecimiento en la evolución de la talla del niño:

Tratar de llevarle al control y pedir consejos a los médicos qué podría hacer (Chávez Rancho *post*); Hay que llevarlo al Centro para controlarle, pesarle y medir, entonces podemos ver si está normal (Puerto Aurora).

4.1.3 Percepción de un desarrollo deficiente

En los Centros periurbanos, se nota un claro cambio de percepción de las madres que han conocido el MSI. El Manual les permite ampliar la definición del desarrollo y del seguimiento del desarrollo de su hijo, y comprender la importancia de la estimulación psicomotriz:

El mal desarrollo se ve en su forma de ser, por ejemplo, si a los 8 meses mi bebé no quiere caminar o no quiere comer mucho (Chávez Rancho *post*); Siempre yo me fijo en su psicomotricidad, en sus movimientos finos, motores, en el lenguaje, por decir si mi niño está desarrollando, va a empezar a hablar, lo que camina y todas esas cositas (Chávez Rancho *post*); Un niño se desarrolla mal si no está siendo estimulado por el papá, a veces, por ejemplo, yo veo en las señoras que venden, a la wawita le dejan en el suelo, entonces no hay estimulación de parte de la mamá porque no le está haciendo dar los pasitos y todo eso (Chávez Rancho *post*).

La definición del desarrollo del niño es más precisa entre las madres de Chimoré que entre las de Shinahota. Para las primeras, constituye un soporte de visualización del desarrollo y por lo tanto de alerta en caso de que el niño sufra un retraso: "El bebé solito ya quiere dar pasos, hay que ayudarlo, enseñarle (Chimoré); Al Centro de Salud, ellos nos explican y nos dan ese libro para poder ver a los niños desarrollarse" (Chimoré).

4.1.4 Uso y comprensión del soporte

En la última página, el MSI contiene la curva de crecimiento del niño y los controles obligatorios de peso, talla y vacunación. Estos elementos son retomados del CSI vigente en el conjunto del país. Consecuentemente, se puede comparar la comprensión de la curva de crecimiento por parte de las madres según se refieren al CSI o al MSI.

De hecho, las madres que disponen del MSI han comprendido mejor la curva de crecimiento y su relación con los consejos adjuntos:

Me sirve a mí como guía para que yo vea si mi niño está yendo de acuerdo al Manual (Chávez Rancho *post*); Podemos ver si está dentro de los límites normales, y cuando el niño no aumenta su pesito, hay que ver los consejos del librito (Chávez Rancho *post*).

En el medio rural, la diferencia de la comprensión entre las madres que frecuentan los diversos Centros, no está ligada a la intervención. Dado que el peso raras veces está registrado en la curva, las madres no tienen los medios para comprender el sentido de esta última: "No le sirve al doctor, puede ser para el número de seguro" (Chimoré).

El MSI proporciona cierta ayuda a domicilio para las madres. La parte que concierne a los consejos sobre alimentación es la que sin excepción sirve a todas las madres:

Yo no sabía que teníamos que darle la comida así, hasta qué tiempo, cuántas comidas deberíamos de darle. Nos explica qué clase de papillas debe ser para él y cómo debería darle, y eso me ha servido mucho para eso (Chávez Rancho *post*); Yo utilizo en la casa, de acá es que yo he aprendido para darle sus alimentitos, me indican acá a qué horas hay que darle, cómo intercambiar la fruta, los alimentos, esto es muy bueno (Chávez Rancho *post*).

El seguimiento del desarrollo les parece útil sobre todo para detectar una anomalía:

El librito explica todo lo que debe hacer de acuerdo a su edad, por lo menos se echa de panza, sus movimientos, el lenguaje. Yo puedo ver si mi wawa está desarrollando normalmente y adecuadamente según la edad que tiene (Chávez Rancho *post*); Dicen cómo cuidar a mi hijo, en qué etapas de su desarrollo ya está, para ver si mi hijo está creciendo normalmente o no según su edad (Chávez Rancho *post*).

En cambio, las madres apenas se interesan por la sección del examen físico del niño. Durante la consulta, éste les parecía completo al 85% de las madres en el medio periurbano y al 100% de ellas en el medio rural, es decir, esta parte no parece serles muy útil. Se nota que los médicos de Chávez Rancho y de Chimoré no explican esta parte del MSI a las madres durante las consultas.

4.2 La influencia de la intervención en la información dada a las madres y sus expectativas

Los Cuadros 3 y 4 presentan los resultados obtenidos para los diferentes tipos de consejos recibidos por las madres.

En Chávez Rancho, reciben estos consejos en cada consulta. Éstos conciernen principalmente a la alimentación, retomando los médicos las recomendaciones del MSI (número de comidas por día).

Cuadro 3: Consejos sobre la alimentación recibidos por las madres entrevistadas

	Medio periurbano			Medio rural	
	S. Kleim (referencia) n=10	C. Rancho (ante) n=18	C. Rancho (post) n=17	Shinahota (referencia) n=14	Chimoré (post) n=16
Número de comidas o de lactancias por día	70%	55.6%	94.1%	21.4%	66.7%
Edad de destete	60%	77.8%	88.2%	42.9%	40%
Edad de introducción de alimentos complementarios	50%	66.7%	100%	64.3%	100%
Ejemplos de preparación de alimentos complementarios	20%	66.7%	94.1%	21.4%	93.3%
Edad de introducción del plato familiar	30%	72.2%	64.7%	21.3%	81.3%

Cuadro 4: Consejos sobre el desarrollo del niño recibidos por las madres entrevistadas

	Medio periurbano			Medio rural	
	S. Kleim (referencia) n=10	C. Rancho (ante) n=18	C. Rancho (post) n=17	Shinahota (referencia) n=14	Chimoré (post) n=16
Estimulación de movimientos gruesos	50%	44.4%	58.8%	21.4%	56.3%
Estimulación de movimientos finos	30%	50%	35.3%	0%	56.3%
Estimulación del lenguaje	60%	44.4%	64.7%	7.1%	43.8%
Estimulación para la integración social	10%	38.9%	29.4%	7.1%	25%

La escasa frecuencia de los consejos proporcionados en Shinahota confirma las diferencias observadas entre los dos Centros rurales respecto a los dos tipos de consejos proporcionados. En Chimoré, la influencia del MSI aparentemente es considerable, lo que demuestra que la influencia de la intervención sobre las madres parece depender de la integración y el uso del MSI por parte del personal de salud.

En el medio periurbano, las madres que han leído o recibido el MSI, están satisfechas de los consejos proporcionados, en oposición a las que todavía disponen del CSI. Por lo tanto, la intervención ha sabido responder a esta expectativa. Es difícil medir a través de sus discursos el impacto que el MSI ha tenido en un cambio de actitud por parte del personal de salud. Sin embargo, las madres tienen una expectativa real acerca de este comportamiento, excepto en Chávez Rancho donde la actitud del personal globalmente ya les parece satisfactoria.

En el medio urbano, el MSI también ha permitido cumplir la expectativa de las madres respecto a una orientación y a los consejos. Tal y como se ha observado en varias ocasiones, las madres estiman que el personal de salud de Shinahota es negligente, además de que consideran que su actitud es despectiva.

Han surgido resultados contradictorios a nivel de la promoción del seguimiento del crecimiento. Las observaciones de consultas pediátricas han revelado una influencia relativamente baja de la intervención en la promoción del crecimiento y del desarrollo. La falta de consejos (especialmente para el desarrollo) y la utilización poco frecuente del MSI lo atestiguan, a pesar de que el discurso del médico después del análisis de las mediciones tiene un carácter preventivo más marcado. Consecuentemente, el MSI no sirve como un soporte de información para la promoción del crecimiento y desarrollo durante la consulta. Además, los médicos omiten explicar la sección del MSI que concierne al examen físico, y la duración de este último sigue siendo relativamente corta. Asimismo, estas informaciones no suscitan ningún interés en las madres.

Éstas expresan, no obstante, que están satisfechas de los consejos impartidos. Las entrevistas han mostrado que la introducción del MSI les permitió integrar nuevos conocimientos y tener una mejor comprensión de la actividad y del Manual. También se ha podido observar que las soluciones para mitigar el problema de la delgadez cambian de un Centro a otro: así, por ejemplo, tienen un carácter más preventivo en Chávez Rancho. En el medio urbano, el MSI ayuda entonces a las madres a tomar las precauciones necesarias para evitar este problema.

Las madres consideran este soporte como una herramienta de educación nutricional. Aunque en una medida moderada, se nota un cambio de percepción con relación a la noción de crecimiento en la talla. En los Centros que se han beneficiado de la intervención, las madres se han dado cuenta de la gravedad que significa el retraso en el crecimiento y, por lo tanto, han entendido la necesidad de dar seguimiento a la evolución respecto a la estatura del niño. El MSI también ha permitido aclarar y profundizar, para las madres, el concepto de desarrollo del niño. Sin embargo, aunque pueden dar seguimiento a las etapas de desarrollo de sus hijos a través del MSI, sienten dificultades a estimular a sus niños (véanse Capítulo 4 [Rubín

de Celis & Pecho *et al.*] y 5 [Suremain]). Falta todavía realizar ajustes en el MSI, con el fin de reforzar el lado práctico, sin que éste se transforme en una obra sobre el crecimiento del niño.

Gracias al MSI, las madres disponen de medios teóricos para prevenir los problemas acerca de la alimentación, el crecimiento y el desarrollo del niño. Si bien la parte correspondiente a la curva de crecimiento es la misma que en el CSI utilizado antes, se constata una comprensión considerablemente mayor por parte de las madres respecto a las curvas, lo que demuestra la importancia tanto del Manual como de las explicaciones correspondientes proporcionadas por el personal de salud. No obstante, la evaluación ha demostrado que existe el riesgo de que el MSI ya no se utilice en las consultas y de limitarse a ser una ayuda a domicilio de las familias. Aunque este "uso a domicilio" puede ser considerado como un logro, en la medida en que las madres recurren al Manual en caso de necesidad (lo que constituye una forma de apropiación de la herramienta totalmente positiva), es lamentable que no se vaya más allá pidiendo a las madres que lleven el Manual a la consulta. En ausencia de comentarios apropiados, pueden surgir rápidamente desviaciones en la comprensión de los fenómenos y anularse los efectos positivos. Un manual de medicina nunca ha reemplazado a un médico que proporcione explicaciones personalizadas a los pacientes.

El idioma utilizado sigue siendo un obstáculo para el diálogo entre el personal de salud y las madres. Además, el primero demuestra poco interés por la vida cotidiana del niño. Consecuentemente, en lo inmediato, la introducción del MSI no ha modificado profundamente el tipo de comunicación, particularmente vertical, entre las madres y el personal de salud.

Finalmente, no se deben perder de vista los límites de los resultados obtenidos en el medio rural. Lo que pasa en Shinahota muestra claramente que la mala calidad del trabajo por parte del personal de salud en el plano técnico y de promoción debe ser seriamente corregida antes o con motivo de cualquier tentativa de introducir una intervención de este tipo,

En un plazo más largo, se deberá efectuar una nueva evaluación, una vez que se ha revisado la intervención y que el tiempo transcurrido ha sido suficiente como para realizar una valoración de carácter más definitivo.

La evaluación en este campo debe necesariamente ser iterativa hasta que los objetivos pertinentes sean alcanzados. La metodología utilizada constituye una base que puede fácilmente ser repetida y a un bajo costo, con la condición, no obstante, de mejorar el esquema, de respetar su concordancia de tiempo en relación con la implementación de las modificaciones (comparación antes-después y aquí-en otra parte de forma combinada) y de incluir, si posible, una elección aleatoria de los Centros con o sin intervención, a fin de evitar elecciones demasiado selectivas.

Por último, este tipo de evaluación sólo está enfocado a la buena o mala realización de la intervención. No permite emitir un juicio sobre su validez, la cual queda por valorar periódicamente en función de los objetivos perseguidos y de las medidas de impacto disponibles sobre el estado de salud y de desarrollo de los niños pequeños, sabiendo que esta intervención es solamente una entre varias posibles (OMS 1999).

Referencias bibliográficas

- ARBORIO, A.-M. & FOURNIER, P.
1999 *L'enquête et ses méthodes: l'observation directe*. Paris: Nathan Université 'collection 128'.
- BEHAGUE, D.
1993 "Growth monitoring and the promotion of breastfeeding", *Social Sciences & Medicine* 37(12): 1565-1578.
- BLANCHET, A. & GOTMAN, A.
1992 *L'enquête et ses méthodes: l'entretien*. Paris: Nathan Université.
- BREART, G. & BOUYER, J.
1991 "Méthodes épidémiologiques en évaluation", *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 39(3): S5-S15.

- CERVINSKAS, J. & GEREIN, N. & GEORGE, S. (ed.)
 1993 *Growth promotion for child development*. Ottawa: IDRC.
- KIDIMA, L. & SCRIMSHAW, S. & HURTADO, E.
 1990 *Méthode d'évaluation rapide pour la nutrition et les soins de santé primaires. Approche anthropologique pour une plus grande efficacité des programmes*. Los Angeles: UCLA/Centre d'Études Latino-Américaines.
- LEWANDO-HUNDT, G. & BECKERLEG, S. & EL ALEM, A. & ABEL, Y.
 1997 "Comparing manual with software analysis in qualitative research: undressing NUDIST", *Health Policy & Planning* 12: 372-380.
- MÉJEAN, C.
 2001 *Évaluation du fonctionnement du suivi et promotion de la croissance de centres de santé boliviens*. Cochabamba/Montpellier: Mémoire de DESS - Université de Montpellier II.
- ORGANISATION DES NATIONS-UNIES (ONU)
 1988 *Comment déterminer le poids et les mensurations des enfants*. New York: Organisation des Nations Unies.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS)
 1986 *The Growth chart. A tool for use in infant and child health care*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- 1999 "Interventions to support physical growth". En: *A critical link. Interventions for physical growth and psychological development* (OMS ed.): 27-38. Genève: Organisation Mondiale de la Santé, CAH.
- VALADEZ, J. & BROWN, L. & VARGAS, W. & MORLEY, D.
 1996 "Using lot quality assurance sampling to assess measurements for growth monitoring in a developing country's primary health care system", *International Journal of Epidemiology* 25(2): 381-387.