

Charles-Édouard de Suremain
Pierre Lefèvre
Emma Rubín de Celis
Edgar Sejas
Editores

Miradas cruzadas en el niño

Un enfoque interdisciplinario para la salud,
el crecimiento y el desarrollo del niño en Bolivia y Perú

plural
EDICIONES

IRD
Institut de recherche
pour le développement


IFEA

Miradas cruzadas en el niño

Un enfoque interdisciplinario para la salud,
el crecimiento y el desarrollo del niño en Bolivia y Perú

Miradas cruzadas en el niño

Un enfoque interdisciplinario para la salud,
el crecimiento y el desarrollo del niño
en Bolivia y Perú

Charles-Édouard de Suremain

Pierre Lefèvre

Emma Rubín de Celis

Edgar Sejas

(Editores)

plural
EDITORES

IRD
Institut de recherche
pour le développement


IFEA

© IFEA Instituto Francés de Estudios Andinos
Contralmirante Montero 141, casilla 18-1217, Lima 18, Perú
Tel.: (51 1) 447 60 70 fax: (51 1) 445 76 70
E-mail: postmaster@ifea.org.pe
Web: <http://www.ifeanet.org>

Este libro corresponde al tomo 166 de la colección
"Travaux de l'Institut Français d'Études Andines"
(ISSN 0768-424X)

© IRD Instituto de Investigación para el Desarrollo
Av. Hernando Siles 5290 esq. c. 7 Obrajes, La Paz, Bolivia
Tel.: 2784925 Fax: 2782944, casilla 9214
www.ird.org.bo / cecilia.ird@mail.megalink.com

Fotografías: Serge Vincenti

© IRD / IFEA / Plural editores, 2003
Primera edición: julio de 2003.

ISBN: 99905-75-10-X
D.L.: 4-1-850-03

Producción:
Plural editores
Rosendo Gutiérrez 595 esq. Ecuador
Tel.: 2411018 / Casilla 5097 / La Paz, BOLIVIA
Email: plural@entelnet.bo

Impreso en Bolivia

Índice

Prefacio

Argumentos para un enfoque global de la pediatría. Salud, crecimiento y desarrollo del niño <i>Doris Bonnet</i>	9
---	---

Introducción General

<i>Pierre Lefevre, Patrick Kolsteren, Bernard Maire & Charles-Édouard de Suremain</i>	23
---	----

PRIMERA PARTE DIAGNÓSTICOS DE SITUACIÓN

Capítulo 1

Presentación general del contexto de la investigación <i>Charles-Édouard de Suremain</i>	57
---	----

Capítulo 2

La reforma del sector salud y su impacto en la atención de salud a menores de cinco años en el Perú <i>Iris Pecho & Emma Rubín de Celis</i>	77
---	----

Capítulo 3

Reforma de salud en Bolivia: ¿Dónde se sitúa el proceso? <i>Daniel Illanes, Edgar Sejas & Edgar Ardúz</i>	117
---	-----

Capítulo 4

Representaciones y significados
de la salud infantil en el Perú

Emma Rubín de Celis, Iris Pecho

& Charles-Édouard de Suremain 139

Capítulo 5

"El buen cuidado". Representaciones y prácticas
de cuidado del niño en Bolivia

Charles-Édouard de Suremain 189

Capítulo 6

El Carnet de Salud Infantil. Tensiones entre monitoreo
y vigilancia participativa en Perú

Emma Rubín de Celis, Eduardo Vidal,

Patrick Kolsteren & Iris Pecho 271

Capítulo 7

Percepción y uso del Carnet de Salud Infantil
entre las madres de niños menores de cinco
años en Bolivia

Pierre Lefèvre, Tom Hoérée, Edgar Sejas

& Charles-Édouard de Suremain 295

Capítulo 8

Demanda de servicios de monitoreo del crecimiento.
Una investigación basada en el Carnet de Salud
Infantil (Bolivia)

Tom Hoérée, Edgar Sejas & Edgar Ardúz 323

Capítulo 9

La práctica de la promoción de la salud
por parte del personal en un Centro de Salud
rural de Bolivia

Tom Hoérée, Emilio Zambrana, Edgar Sejas

& Pierre Lefèvre 337

SEGUNDA PARTE
PROCESOS DE INVESTIGACIÓN E INTERVENCIÓN

Capítulo 10

Hacia el cuidado global del niño.

Una intervención en una zona urbano-marginal
de Lima (Perú)

Iris Pecho, Emma Rubín de Celis, Ruth Velarde,

Charles-Édouard de Suremain, Tom Hoérée

& Patrick Kolsteren 359

Capítulo 11

Un nuevo Manual de Salud como estrategia

para el seguimiento del crecimiento

y del desarrollo (Bolivia)

Edgar Sejas, Edgar Ardúz, Daniel Illanes, Tom Hoérée

& Patrick Kolsteren 399

Capítulo 12

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 415

TERCERA PARTE
BALANCE DE LAS EXPERIENCIAS

Capítulo 13

Experiencias adquiridas en el Proyecto.

El punto de vista de profesionales

en enfermería (Perú)

Ruth Velarde & Nancy Suárez 443

Capítulo 14

Las percepciones diferenciales de un Proyecto
de investigación para el desarrollo en salud

Pierre Lefèvre 455

Conclusión General

Patrick Kolsteren, Pierre Lefèvre, Dominique Roberfroid,

& Charles-Édouard de Suremain 479

Prefacio

Argumentos para un enfoque global de la pediatría. Salud, crecimiento y desarrollo del niño

Doris Bonnet*

En Europa, la pediatría se estructuró a finales del siglo XVIII, a partir de la crítica y el rechazo a las prácticas populares de las zonas rurales. Hacer de la primera infancia un objeto específico de la medicina impuso reglas de higiene y de prevención que fueron acogidas de manera diferente según los estratos sociales: *"(...) bien acogidas por las clases altas y medias, bastante cercanas al mundo médico, fueron, en cambio, frecuentemente eludidas y reacomodadas por las clases populares que seguían apegadas a sus creencias y a sus antiguos hábitos"* (Morel 1992: 36).

En los países del Sur, la conversión de la primera infancia en objeto de la medicina a partir del siglo XX, ha seguido los modelos de los países del Norte. De entrada, se ha establecido una relación jerárquica del cuidado entre el médico y la madre, articulada de una manera dicotómica sobre el modelo de "el que sabe" (el médico o el enfermero sabio) y "la que no sabe" (la madre ignorante). De hecho, la cultura de los profesionales se contraponía a la cultura profana de las familias,

* Directora de Investigación en antropología, Instituto de Investigación para el Desarrollo (IRD); Miembra asociada del Centro de Estudios Africanos, Laboratorio de la Escuela de Altos Estudios en Ciencias Sociales (EHESS-Paris)

incluso cuando el personal de salud había sido socializado en zonas rurales. Esta situación se mantiene en numerosas regiones del mundo.

Los criterios médicos del niño sano se han forjado a partir de modelos occidentales que consideraban a los de las zonas rurales como reacios al cambio social y marcados por la ausencia de higiene. No obstante, los trabajos de antropólogos y psicólogos han permitido aprehender algunos modelos que tienen los padres del bienestar de los niños, las etapas de un buen desarrollo percibidos por las madres, los cuidados domésticos impartidos a los recién nacidos, así como la reacción de los padres ante la enfermedad de su hijo. Se trata de modelos que valoran las representaciones de los padres y de la sociedad del buen crecimiento del niño (Bril & Lehalle 1988).

Estas diferentes investigaciones han permitido observar y analizar las técnicas maternas de cuidado, algunas de las cuales hoy en día son valoradas por el ámbito médico (el amamantamiento por la madre, llevar al niño en la espalda, etc.), y otras son consideradas como nocivas para la salud (la eliminación del *colostrum*; los lavados excesivos, las prohibiciones alimentarias del niño pequeño, etc.). Mediante las formas de cuidado del niño, las sociedades expresan su visión del mundo, sus sistemas de valores, sus representaciones de la vida y de la muerte (Bonnet 1988; Koubi & Massard-Vincent 1994; Lallemand 1991; Lestage 1999).

Hoy en día, las familias del Sur se encuentran ante la cultura médica de los profesionales de la salud, quienes tienen otra representación no solamente del bienestar y del crecimiento del niño, sino también de la vida y de la muerte en un sentido más global. Consecuentemente, en estas cuestiones la relación entre los médicos y las madres de familia no siempre conduce al consenso. Los primeros sienten dificultades para comprender la pervivencia de prácticas tradicionales, pues las sacan de su contexto social sin medir los riesgos, las relaciones en la toma de decisiones y las tensiones que suscitan al interior de las familias.

El acceso a un sistema de salud implica la capacidad y la posibilidad de las familias de adherirse a nuevos modelos de aprendizaje y de socialización del niño. Esta facultad depende además de la capacidad de los Estados de promulgar políticas dirigidas a las familias y la niñez y, obviamente, de hacerlas aplicar. Sin embargo, mientras que un Estado no tiene los medios ni la voluntad de implementar una política familiar (acceso a la planificación familiar, a la prevención de riesgos y de enfermedades, a los Centros de Salud, la alfabetización y la escuela, la constitución y aplicación de un derecho de familia, etc.), los padres conservan sus esquemas tradicionales de socialización del niño (o parte de ellos).

Esta situación es particularmente representativa en el caso específico de la malnutrición. Numerosos prejuicios provocan en el personal médico una visión que desvaloriza a la madre ("*no escuchan*"; "*son negligentes*"; "*no vuelven*"). Se mantienen las dificultades de comunicación entre los médicos y los pacientes, aunque a veces comparten el mismo lenguaje, la religión e incluso la misma cultura de socialización. Las madres pertenecen entonces a la categoría médica de los "pacientes difíciles" (Desclaux 1996: 251-280). Esta situación no permite al personal de salud medir a qué punto la malnutrición es la expresión de una "disonancia familiar" (Jaffré 1996: 41-72).

Este tipo de malentendido es paradójico, ya que el protocolo de tratamiento de la malnutrición se fundamenta, desde el punto de vista teórico, en un modelo contractual entre el médico y la madre del niño. El primero pide a la madre ser actora y socia en los cuidados, mientras que ella sigue siendo percibida como un factor de riesgo en la curación del niño. El proyecto del cuidado no es compartido entre el médico y la familia; el contrato sigue siendo unilateral y tácito. Esta situación puede generar la desconfianza, la inquietud o la huida de la madre del servicio de salud, o, por el contrario, conducir a la delegación total de su rol de madre al personal médico, es decir puede provocar que la madre ceda a su hijo al Centro de

Salud para que este sea "mejor atendido" de lo que ella misma cree poder hacer.

Por otra parte, a pesar de que la malnutrición crónica ha sido reconocida por la salud pública y de que en numerosos países del Sur se han implementado estructuras de cuidado especializados, todavía se observa una disociación entre el ámbito médico y el nutricional. Los mensajes sanitarios apuntan a explicar a las familias que la malnutrición es esencialmente un problema nutricional. Sin embargo, las madres cuyos hijos están confrontados con el ciclo de la malnutrición (enflaquecimiento/ infecciones), se dirigen a los médicos para sanar rápidamente al niño enfermo y tienen mayores esperanzas en los medicamentos que en las recomendaciones alimentarias. Por lo demás, y frente a la fiebre, en las clases desfavorecidas, la pérdida de peso o la anorexia no son motivo de consulta. En muchos casos, la madre insatisfecha cambia el recurso terapéutico o imparte a su hijo sus propios cuidados, es decir mantiene una actitud de asistencia (noción anglófona de *care*), pero sin tomar medidas terapéuticas (noción de *cure*)¹.

Los autores de la presente obra han decidido trabajar bajo un enfoque interdisciplinario claramente global y, tomando en cuenta estas dificultades, han decidido estudiar conjuntamente las representaciones que tienen los padres del crecimiento y desarrollo del niño, el uso del Carnet de Salud por las madres de familia y la política sanitaria de los Estados boliviano y peruano acerca de la salud del niño menor de cinco años, integrando de esta manera los factores sociales (interacciones entre actores, la consideración del entorno) y culturales (estudios de los sistemas de valores, etc.) que influyen en las diferentes fases de los aprendizajes del pequeño infante.

1 Consultar a este respecto los trabajos de Cresson (1995: 61) quien distingue, apoyándose en los trabajos de Collière (1982), el *caring*, es decir "las atenciones habituales de las funciones de conservación de la vida" del *curing*, que remite a los "cuidados de reparación".

En esta óptica, las técnicas de puericultura y los sistemas de cuidados impartidos por la madre (amamantamiento, destete, modos de cuidado, de fajadura, etc.) –lo que algunos han llamado “las instituciones primarias”– que tienen una incidencia en el crecimiento del niño, revelan en primer lugar cierta idea del niño.

En las poblaciones andinas, el proceso de gestación se caracteriza por la absorción devorante de la sangre de la madre por el feto. Éste es percibido como penetrado por una entidad ancestral prehispánica, peligrosa y agresiva, con la que la madre tiene que luchar arriesgando su vida, hasta el momento de la expulsión en el parto (Platt 2001). La voracidad del recién nacido sólo puede ser domesticada mediante determinados ritos de separación de la madre antes de la primera succión, de darle un nombre al niño y del bautizo. Este retraso a la hora de dar el pecho apunta a subordinar al niño a las prácticas nutricionales y así disciplinar y socializarlo desde el nacimiento. Según Platt, la construcción de la persona andina emerge de esta manera de la conciliación entre la voracidad de los ancestros paganos y las disciplinas alimentarias de la sociedad cristiana.

Hasta el destete, el niño de pecho se encuentra en un estado liminal y se sitúa en el límite entre dos “mundos”². Esta imagen es la conversión en metáfora de la proximidad inevitable entre la vida y la muerte. Durante este periodo, se enfrenta con entidades espirituales malhechores (espíritus, ancestros) susceptibles de llamarlo al otro mundo (interpretación de la muerte de los niños pequeños). En el mismo orden de ideas,

2 Numerosas monografías sobre aldeas en sociedades rurales hablan de un mundo “prenatal” de donde se cree vienen los niños. Esta concepción de los orígenes del pequeño infante se asocia a diversas teorías locales de la procreación (teoría de la compatibilidad de las sangres, de la transformación del esperma en bola de sangre y luego en feto, etc.). Por lo tanto, los dos mundos corresponden al previo al nacimiento, poblado de entidades espirituales, y al de los humanos. En las zonas urbanas, estas representaciones están poco menos presentes.

una enfermedad infantil puede ser percibida como una señal de los espíritus antes del retorno decisivo. Los pavores de la madre (por ejemplo, la frecuentación de un cementerio prohibido o el temor ante un animal) son otra fuente de interpretación de las enfermedades infantiles. La relación de proximidad entre la mujer y el niño hace que éste dependa de la afectividad de su madre. Cualquier desequilibrio psicológico de la madre puede provocar la salida de la fuerza vital del cuerpo del niño y hacerlo vulnerable a todo tipo de enfermedad.

Esta concepción del niño también se puede explicar como un "sistema de defensa social" ante una mortalidad infantil muy elevada (Bonnet 1996) o como una "defensa de la identidad" por parte de sociedades continuamente confrontadas con el cambio social (Lestage 1999). Sea como sea, lleva asociada una fina observación del desarrollo del niño. Las madres están muy atentas a que el niño muestre señales de humanidad y de socialización. Verifican si levanta bien la cabeza, que puede estar sentado, caminar o alimentarse. En estos aspectos, la madre es la primera "agente socializadora" del niño (Lestage 1999).

Por otra parte, después de la prohibición de relaciones sexuales durante el periodo de post parto, la observación del niño permite a los padres retomarlas. Por ejemplo, algunas sociedades esperan hasta que el niño dé sus primeros pasos para retomar las relaciones sexuales (Bonnet 1988). Consecuentemente, el crecimiento del niño implica un periodo largo entre los partos. Ante un niño desnutrido, el entorno familiar podrá pensar, a modo de desaprobación, que los padres no supieron "esperar" hasta que el niño alcance la edad de un año—es decir, la edad a la que en muchas sociedades se espera que el niño camine— para retomar sus relaciones sexuales. Recordemos que los trabajos sobre África del Dr. Williams habían identificado a partir de 1932 la malnutrición como "la enfermedad de la cual sufre el niño alejado del seno maternal", dando de esta forma testimonio de que las poblaciones establecen una relación entre el final del amamantamiento del

niño y su enfermedad cuando la madre está embarazada del menor.

Las categorías culturales de interpretación de la enfermedad, si son recurrentes, según las sociedades –trátase de los ancestros, de la brujería o de la posesión por espíritus–, tienen usos diferenciados según la historia y la organización social de los grupos, según la posición del padre, el estatus de la mujer o el modo de circulación de los niños. En todo caso, cuando la enfermedad del niño se vuelve crónica o cuando el pronóstico de la vida es fatal, ésta testimonia o revela tensiones familiares y conflictos intergeneracionales.

Desde el punto de vista antropológico, se puede considerar que esta concepción del niño se inscribe en un esquema de socialización que depende esencialmente de las estructuras de la sociedad respectiva (relación con los mayores y menores, modelos de comportamiento según la relación de parentesco, etc.) y, por lo tanto, se diferencia de una sociedad a otra, especialmente según las reglas matrilineares o patrilineares del parentesco³. Además, la urbanización, la llegada de los productos alimenticios industriales (leches maternizadas, harinas lácteas, etc.), la actividad profesional de las madres, el cambio en las condiciones de parto y, especialmente, las modificaciones en las estructuras familiares en las zonas urbanas o semi urbanas (nuclearización de las unidades domésticas, unidades monoparentales) han transformado profundamente esta representación del niño y cambiado estos esquemas de socialización.

Mientras que el aprendizaje en la primera educación se basa esencialmente, tanto en zonas rurales como en medios sin escolarización –ahí donde la organización familiar sigue siendo la principal institución social– en una educación a tra-

3 Sistemas de filiaciones en los cuales la transmisión del patrimonio material y simbólico se efectúa de padre a hijo (filiación patrilinear) o del tío materno al sobrino (filiación matrilinear). Cf. especialmente Héritier (1981).

vés de la experiencia (confrontación con el medio, imitación, puesta a prueba), en las zonas urbanas el niño está sometido a otros tipos de socialización (modificación de los roles en la familia, integración en el sistema escolar).

Por otra parte, ahí donde las sociedades rurales del Sur tienen una relación generalmente permisiva con el infante durante los dos primeros años de vida (amamantamiento a pedido, dormir al lado de la madre, consuelo inmediato en caso de llantos), la cultura médica impone precozmente contrariedades al niño (ritmo de las succiones en el transcurso del amamantamiento, separación de la cama del infante de la de los padres, aprendizaje precoz de las prohibiciones).

Los estudios antropológicos presentados en esta publicación permiten también observar las diferencias según los grupos y las condiciones de vida. Por ejemplo, en el medio quechua-aymara urbano (en Bolivia y en el Perú), las madres son muy poco permisivas, incluso antes del destete. Manifiestan una gran "severidad" respecto a los llantos o el aprendizaje de caminar. Los regaños se realizan mediante la voz, aunque la madre o el padre frecuentemente pueden administrar palmadas en las manos o los pies del niño de pecho, o pellizcar a los niños desde los tres meses de edad. En la ciudad, las mujeres que trabajan (por ejemplo, en los mercados), confían sus hijos (mayores a los tres meses) a parientes mujeres y sólo los amamantan dos a tres veces por día, al tiempo que el hambre del niño de pecho se calma con biberones de agua azucarada o ligeramente frutada. En las zonas rurales, el amamantamiento es más regular y "a pedido".

El destete del niño se realiza generalmente al año y medio. Las modalidades son abruptas (al igual que en África subsahariana, se confía el niño a una pariente, se aplican sustancias desagradables en los pezones, etc.), y el destete se integra a una etapa más amplia (denominada "*ayca*"), la cual, además del destete, comprende el aprendizaje de caminar. En estas sociedades, este aprendizaje es una etapa que precede el destete. Ahí donde el amamantamiento es prolongado, las dos eta-

pas pueden ser paralelas. Después del destete del niño, éste empieza a integrar un grupo de edad de sus iguales, recibe un tipo de educación por parte de los padres donde el regaño, e incluso la paliza, son frecuentemente practicados por la madre o el padre, o de los dos. Desde muy temprana edad, el niño debe saber dominar sus actos, sus palabras, conocer las fórmulas de cortesía y los gestos que las acompañan. En el mismo orden de ideas, el niño debe saber controlar sus llantos. Después del destete, el niño que llora, cubre de "vergüenza" a la madre, calificada entonces como "negligente". Cuando se pega al niño, los golpes nunca son aplicados en público sino en casa, pidiendo la madre en este asunto la colaboración del padre.

Si uno concuerda con las teorías constructivistas que atribuyen a las interacciones sociales una proporción esencial del aprendizaje del niño, se puede pensar que el modelo familiar (monógamo, polígamo, monoparental), así como las condiciones de vida y la estructura de la vida familiar (presencia o ausencia de los abuelos en la residencia de los padres, escolarización de los mayores, modos de cuidado del niño) modifican las formas de apoyo a la madre y además los esquemas de socialización del niño. En determinados casos, pueden existir contradicciones entre los consejos impartidos por las abuelas (quienes son susceptibles de sentirse cuestionadas por el sistema sanitario moderno) y los del personal médico, provocando conflictos familiares o el retiro de una madre joven del ámbito médico a fin de evitar la discordia. Tampoco en este aspecto el personal de salud es siempre capaz de aprehender la naturaleza del obstáculo encontrado en la observación de su protocolo terapéutico.

Los trabajos presentados en esta publicación deben permitir captar la variación de los criterios sobre un buen desarrollo según las sociedades, las condiciones socioeconómicas y los ámbitos de vida de las familias. También pueden desembocar, tal y como lo han deseado los autores, en la identificación e implementación de acciones de salud pública en el campo de la pediatría.

Las investigaciones presentadas muestran que el crecimiento del niño no se observa solamente a partir de una medición cuantificada de su peso y su talla. Un niño bien proporcionado es más bien un buen indicador. Una pérdida de peso no es considerada como un fenómeno alarmante. Las madres saben que aproximadamente a partir del sexto mes hasta el destete definitivo, el niño enflaquece hasta que comparte el plato familiar. Como lo indican los autores de esta publicación, la medición del peso no representa, por lo tanto, para las familias un indicador que permite alertarlos en caso de una caída de la curva de crecimiento.

El estudio de las representaciones que tienen los padres acerca de los cuidados y las enfermedades del niño permite identificar las respuestas de las madres y de los padres al respecto, los recursos disponibles; así como las dificultades de acceso a los cuidados, tanto más que estas respuestas toman en cuenta no solamente las contrariedades del ambiente (distancia, costos, dificultades de acceso según las estaciones), sino también las reacciones del entorno familiar (reticencias del padre a invertir en gastos, desacuerdo entre el cónyuge y la mujer, por un lado, y la madre y la suegra, por el otro, sobre las causa de la enfermedad). En este contexto, el estatus de la madre (estatus matrimonial, edad, rol en las alianzas matrimoniales, etc.) y el del niño (posición entre los hermanos, niño discapacitado o huérfano, etc.) al interior del núcleo familiar son particularmente determinantes.

Los resultados desarrollados en esta publicación revelan, más específicamente, que el Carnet de Salud Infantil presenta importantes desfases entre la comprensión y el uso que hacen de él tanto las madres como el personal de salud. Ninguno de los dos grupos de actores se apropia realmente de sus objetivos médicos y de su "potencial comunicacional". En los contextos estudiados por los autores, el Carnet de Salud Infantil sigue siendo una herramienta mal comprendida, escasa y mecánicamente utilizada, que más que ayudar a las madres a acercar sus puntos de vista a los del personal médico, o a resolver, de manera concertada, los problemas de salud del niño, estigmatiza a las ma-

dres. Ante esta constatación, los autores, al interior de equipos constituidos en el lugar, han tratado de construir, de manera más o menos participativa según el país, herramientas que apuntan a crear una verdadera complementariedad entre las madres y el personal de salud.

En Bolivia, se ha enfocado en la elaboración de un nuevo Manual de Salud más comprensible para los actores (presentación más viva y más sencilla, utilización de colores, reducción del número de páginas). Además, su elaboración ha sido acompañada de sesiones de formación dirigidas al mismo tiempo a las madres y al personal de salud. La hipótesis subyacente de esta innovación es que un soporte más sencillo y más cercano a las preocupaciones de los actores implica una mejor participación por su parte en el seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño.

En el Perú, los investigadores han trabajado más bien sobre la manera de incorporar los conocimientos locales en materia de crecimiento y desarrollo del niño en el contenido de las consultas pediátricas. Para ello, los médicos y las poblaciones han sido estrechamente asociados en un proceso de "investigación-acción"⁴ donde los saberes de unos y otros han sido objeto de una deconstrucción y luego de una progresiva reconstrucción. De esta manera, cada grupo de actores ha reflexionado sobre la noción de "salud del niño" exponiendo sus propios criterios, confrontándolos con los utilizados por los otros grupos, buscando al mismo tiempo lo que acerca unos a otros a fin de construir un nuevo "saber consensual". La hipótesis subyacente era que este nuevo saber permitiría al mismo tiem-

4 La "investigación-acción" apunta a identificar, desde un punto de vista científico, problemas específicos de desarrollo social, en concertación con una población o un grupo de actores, con la intención de resolverlos (Cornwall 1995). La investigación-acción tiene por objetivo introducir una acción innovadora a favor de los actores involucrados. Implica a un plazo más o menos largo una evaluación, con el fin de medir el impacto de los cambios sociales, sanitarios u otros del proyecto de desarrollo (véase Introducción General).

po mejorar el contenido de las consultas y las relaciones entre las madres y el personal de salud.

Las madres y el personal que han participado en la investigación en ambos países, han sido valorizados en sus respectivos roles frente al niño. A más largo plazo, los autores de este trabajo desean que esta relación de complementariedad sea durable y contribuya a definir nuevas tareas y responsabilidades, y que éstas sean más compartidas.

De manera más general, los resultados presentados en esta publicación han permitido darse cuenta de que en los países del Sur puede implementarse un enfoque global y que éste es susceptible de aportar en la mejora de la salud del niño. Además, induce –contrariamente a los años 80-90 cuando las intervenciones se inscribían en programas verticales cuyo objetivo era sobre todo el de “instruir” a las madres– una formación conjunta y compartida de los padres y del personal de salud. Ya no se trata de atribuir las dificultades sanitarias solamente a las creencias y a los –“malos” comportamientos de las poblaciones, sino también a las disfuncionalidades de los sistemas de cuidado (Jaffré & Olivier de Sardan 2003). Desde esta óptica, se trata de analizar las conductas de unos y otros, y en sus interacciones, y de tratar a la salud y los cuidados en su contexto social inmediato y específico.

Esta actitud se fundamenta en la idea de que los actores tienen buenas razones para actuar como lo hacen y que desean participar activamente en las tomas de decisión que les conciernen.

Referencias bibliográficas

BONNET, D.

1988 *Corps biologique, corps social. Procréation et maladie de l'enfant en pays mossi. Burkina Faso.* Paris: Orstom.

1996 “Présentation. La notion de négligence sociale à propos de la malnutrition de l'enfant”, *Sciences Sociales et Santé* 14(1): 5-16.

BRIL, B. & LEHALLE, H.

1988 *Le développement de l'enfant est-il universel? Approches inter-culturelles*. Paris: Presses Universitaires de France.

COLLIERE, M.-F.

1982 *Promouvoir la vie*. Paris: Interéditions.

CORNWALL, A.

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

CRESSON, G.

1995 *Le travail domestique de santé*. Paris: L'Harmattan.

DELAISI de PARSEVAL, G. & LALLEMAND, S. (ed.)

1980 *L'art d'accommoder les bébés. Cent ans de recettes françaises de puériculture*. Paris: Odile Jacob.

DESCLAUX, A.

1996 "De la mère responsable et coupable de la maladie de son enfant". En: *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical* (Benoist, J. ed.): 251-280. Paris: Karthala.

DOZON, J.-P.

2001 "Quatre modèles de prévention". En: *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique* (Dozon, J.-P. & Fassin, D. ed.): 23-46. Paris: Balland.

HÉRITIER, F.

1981 *L'exercice de la parenté*. Paris: Gallimard / Le Seuil.

JAFFRÉ, Y.

1996 "Dissonances entre les représentations sociales et médicales de la malnutrition dans un service de pédiatrie au Niger", *Sciences Sociales et Santé* 1(14): 41-72.

JAFFRÉ, Y. & OLIVIER de SARDAN, J.-P. (ed.)

2003 *La médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'ouest*. Paris: APAD / Karthala.

KOUBI, J. & MASSARD, J.

1994 *Enfants et sociétés d'Asie du Sud-Est*. Paris: L'harmattan.

LALLEMAND, S. & JOURNET, O. (ed.)

1991 *Grossesse et petite enfance en Afrique noire et à Madagascar*. Paris: L'Harmattan.

LESTAGE, F.

1999 *Naissance et petite enfance dans les Andes péruviennes. Pratiques, rites, représentations.* Paris: L'Harmattan.

MOREL, M.-F.

1992 "L'enfant malade au 18ème et 19ème siècles". En: *L'enfant malade et le monde médical. Dialogues entre familles et soignants* (Cook, J. & Dommergues, J.-P. ed.): 19-40. Paris: Syros.

PLATT, T.

2001 "El feto agresivo. Parto, formación de la persona y mitohistoria en los Andes", *Anuario de Estudios Americanos* 58(2): 633-678.

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 interaccionan; 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 (Pontífica 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.



primera parte
diagnósticos de situación



1

Presentación general del contexto de la investigación

Charles-Édouard de Suremain

Las investigaciones fueron realizadas en zonas rurales y urbanas de Bolivia y Perú (véase Introducción General). En este Capítulo se presentan algunos datos generales de cada una de las zonas y de sus principales características sociodemográficas. La descripción de los Centros de Salud, de las Postas Sanitarias y de los Puestos Sanitarios¹ que acompaña esta presentación, permite además situar y entender mejor el contexto de la investigación.

1. Los lugares de investigación en Bolivia

1.1 Chávez Rancho

1.1.1 Breve descripción del barrio

El barrio de Chávez Rancho (2.500 m.s.n.m.), situado a aproximadamente 4.5 km al oeste del centro de la ciudad de Cochabamba, cuenta con 37.415 habitantes, de los cuales 5.986 son niños menores de cinco años (véase Mapa 1)². La densidad

-
- 1 El equivalente de las Postas Sanitarias en Bolivia son los Puestos Sanitarios en el Perú (véase Introducción General).
 - 2 Los datos sociodemográficos de Chávez Rancho provienen de los resultados preliminares del último censo realizado en Bolivia (INE 2000).

demográfica promedio, sin tomar en cuenta las disparidades entre zonas, es algo mayor a las 8.000 personas por km².

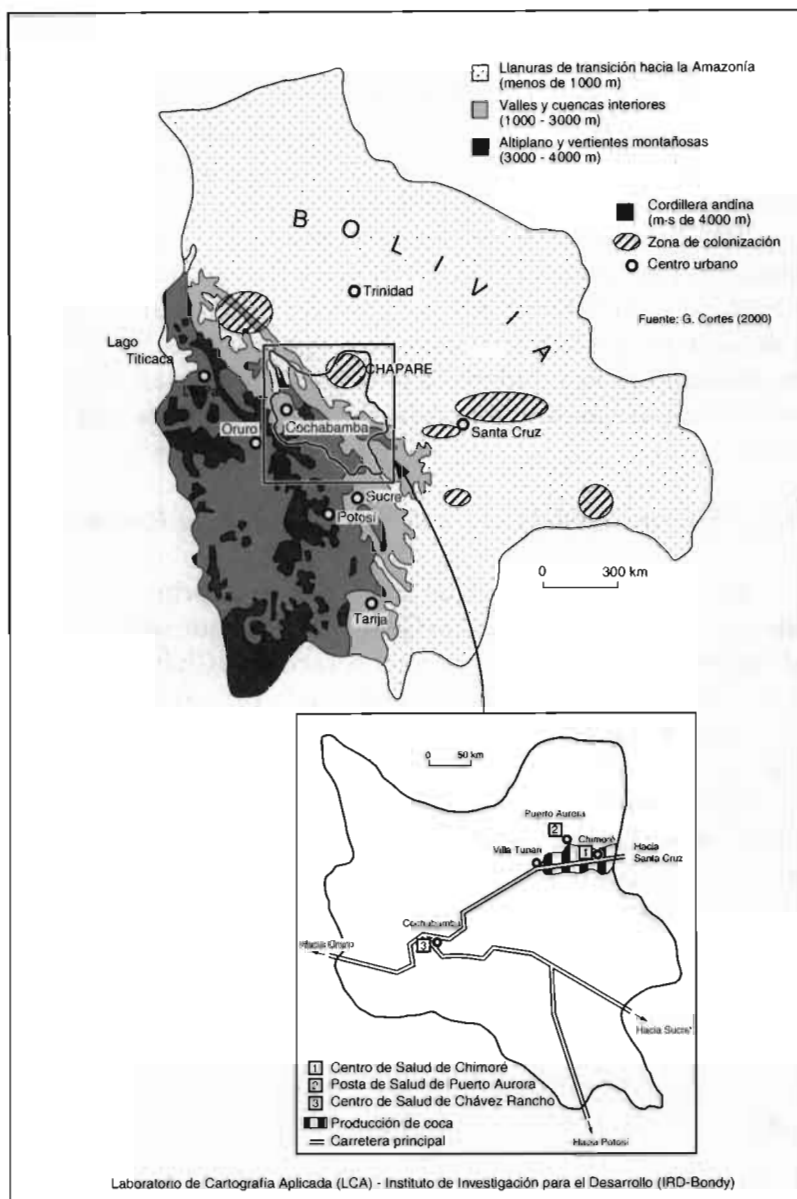
Aunque la población es de origen indígena, proveniente del Altiplano y de los Valles, presenta la particularidad de haber sido incorporada en el sector minero desde hace ya varias generaciones. Como consecuencia de la casi desaparición de este sector, en los años 70 una primera ola de migrantes se ha instalado definitivamente en Chávez Rancho y una segunda ola en 1992 (zonas de Catavi, Siglo XX, etc.)³. Pese a algunas prácticas alimentarias y terapéuticas claramente indígenas, los habitantes del barrio apenas valoran sus orígenes y tienden a presentarse como "mestizos", "urbanizados" y, en el caso de los más ancianos, como "mineros".

Según la opinión del personal local de salud, la población pertenece a las "clases populares" o a la "clase media baja" de Cochabamba, pero no puede ser considerada como "muy pobre". Estas apreciaciones pueden ser relacionadas con un ingreso mensual de 40 a 80 US\$ (Jetté & Rojas ed. 1998).

Actualmente, la mayoría de los hijos de mineros de la primera generación trabajan como carpinteros, conductores de taxi, transportistas, obreros textiles o mecánicos. Las mujeres que no se quedan en el hogar, son costureras, lavanderas o venden algunas mercancías (pilas, pasteles secos, dulces, gaseosas, cigarrillos, etc.) en pequeños puestos callejeros, sobre todo delante de las escuelas. Algunos descendientes de la segunda generación nacidos en Chávez Rancho han seguido estudios: los varones son contadores o informáticos, mientras que las muchachas son secretarias o maestras.

Aunque modestas, las casas del centro del barrio están construidas con ladrillos. Sin embargo, a medida que uno se aleja del centro, puede observar instalaciones (viviendas y ser-

3 El barrio de Chávez Rancho está dividido en varias zonas (que a veces llevan nombres de minas). La investigación fue parcialmente realizada en la zona de Juan XXIII (véase Capítulo 7 [Lefèvre & Hoérée *et al.*]), que dispone de un Centro de Salud dotado con personal temporal.



Mapa 1: Localización de las zonas de investigación e intervención (Bolivia)

vicios) más precarias y una mayor dispersión de los habitantes, los cuales se caracterizan por ser pobres, de origen campesino y de reciente instalación. En los márgenes del barrio, en los límites hacia el campo, las casas son de adobe y están rodeadas de pastizales o de pequeños sembradíos cuyo cultivo es favorecido por la ausencia de relieve.

En el conjunto del barrio, las familias frecuentemente se agrupan para compartir las viviendas, de las cuales generalmente son propietarias. En este caso, las casas están divididas (las cocinas y las habitaciones están separadas). La mayor parte del tiempo son alquiladas a parientes o prestadas temporalmente a parejas jóvenes relacionadas con la familia del propietario.

1.1.2 Descripción del Centro de Salud de Chávez Rancho

El Centro de Salud –que corresponde al primer nivel de atención (véase Introducción General)– en el que se ha realizado la investigación, se sitúa en el corazón de Chávez Rancho. Se encuentra a una cuadra de la Avenida Blanco Galindo que se convierte, algunos kilómetros más allá, en la carretera Oruro-La Paz.

El Centro, que fue inaugurado en 1993 y terminado en 1994, debe cubrir las necesidades médicas básicas de unas 32.000 almas. Se trata de un edificio rectangular construido en cemento y provisto de agua y electricidad. Seis camas están reservadas a las futuras parturientas⁴. Las infraestructuras están previstas para alojar al personal de salud, pero al ser éste insuficiente, no se justificó su instalación permanente, de tal manera que sólo la portera-guardia vive en el lugar, en una vivienda anexa.

Actualmente, el Centro dispone de dos pediatras (uno de los cuales es el Director), un ginecólogo, dos dentistas (uno interno),

4 Al concluir el Proyecto (diciembre de 2001), la decisión de acoger a parturientas todavía no había sido objeto de un consenso entre el personal de salud.

dos médicos generales “de provincia” (que cumplen con su año de titulación⁵), la jefa de enfermeras, cuatro enfermeras auxiliares (de las cuales una es además la recepcionista, responsable de la minifarmacia y “promotora de salud”), una mujer que tiene la función de portera-guardia y una responsable de la limpieza.

Exceptuando el médico general “especializado” en ginecología, que trabaja tres horas diarias, y el administrador, que trabaja ocho horas diarias, el resto del personal tiene que estar presente durante seis horas consecutivas, según la modalidad del horario continuo. Los horarios de atención son de 8.00 hrs. a 19.00 hrs. todos los días, con un cierre semanal el día domingo.

El Centro se limita a la realización de controles prenatales y a la atención curativa básica. Los partos y las emergencias se transfieren sistemáticamente a los Hospitales de referencia de la zona (Elisabeth Seton, Obrero Número 2 y Francisco Viedma), que se encuentran a aproximadamente 2 km del Centro de Salud. Éste no está equipado para los análisis clínicos (de sangre u otros). Para este efecto, los pacientes (incluidos los niños) son remitidos a los Hospitales de la zona o a veces a los laboratorios privados más cercanos. Para la compra de medicamentos, el Centro dispone de una minifarmacia (bajo la responsabilidad de una de las enfermeras). Además, asegura el abastecimiento de siete minifarmacias en el barrio.

Al igual que para la mayoría de los Centros de Salud en Bolivia, es el Estado (Ministerio de Salud) quien financia enteramente los gastos de funcionamiento, incluidos los salarios de los empleados (con excepción de la portera-guardia pagada por la Alcaldía). En el sector público boliviano, un médico general gana aproximadamente 350 US\$ por mes, es decir cinco veces más que el salario mínimo vigente. El costo de una con-

5 Entre 1992 y 2000, el “año de provincia” fue obligatorio para los estudiantes en medicina. Tenían que pasar un año en una zona rural para validar su diploma. Actualmente, esta medida ya no es vigente, lo que, a pesar de la introducción de nuevos estímulos financieros, ha provocado un déficit en el personal de los Centros de Salud más alejados.

sulta es de menos de 1 US\$. Sin embargo, las atenciones y los medicamentos son gratuitos si los padres del niño están asegurados o si éste es menor a un año y si sufre de diarrea o problemas respiratorios. Actualmente, el Centro no se beneficia de ningún tipo de apoyo para-gubernamental. En cambio, es importante señalar que existen cinco médicos de la Universidad que se ocupan de las supervisiones y ofrecen periódicamente consultas médicas.

En Chávez Rancho (véase Cuadro 1), al igual que en el resto del país, el "Programa de Promoción del Crecimiento y del Desarrollo" se basa en la utilización del Carnet de Salud Infantil (CSI), utilizado por los servicios de salud de los diferentes niveles, con el fin de asegurar actividades preventivas y curativas a favor de los niños menores de cinco años. Cuatro son las actividades principales del Programa:

- Control del crecimiento individual, teniendo en cuenta la relación peso/edad, mediante la ayuda del CSI; control a nivel de las poblaciones con el sistema de vigilancia epidemiológica y nutricional;
- Evaluación del desarrollo del niño a través de los análisis contenidos en el CSI;
- Consejos alimentarios; promoción de la lactancia materna, alimentación complementaria y alimentación adulta;
- Suplementación de micronutrientes (vitaminas A y sulfato de hierro en jarabe o en pastillas, según la edad); estos nutrientes son cubiertos por el Seguro Básico de Salud.

Cuadro 1: Cobertura realizada en Chávez Rancho (2001)

Establecimientos	< 2 años			2 a 4 años			Total Menores de 5 años			Pob. menor de 5 años	Cobertura
	Control Nuevo	Control Repetido	Total	Control Nuevo	Control Repetido	Total	Control Nuevo	Control Repetido	Total		
Centro de Salud Chávez Rancho	452	288	840	798	905	1703	1.250	1.293	2.543	4.734	26.4

Fuente: SDS (2001).

1.2 Chapare

1.2.1 Breve descripción de la región

La segunda zona de ejecución del Proyecto en Bolivia, el municipio de Chimoré (235 m.s.n.m), pertenece a la región de transición entre el piedemonte andino y la cuenca amazónica. Las precipitaciones alcanzan 6.000 mm entre los meses de enero y febrero, mientras que la temperatura varía entre los 12° en junio y los 26° en diciembre. Al igual que Chávez Rancho, se trata de una zona de migración predominantemente indígena, aunque es esencialmente rural y agraria. Los primeros colonos llegaron como consecuencia del plan de colonización dirigido por el Estado en los años 60. A partir de los años 80 se intensificaron los movimientos migratorios que estaban ligados al cultivo de la coca (Cortes 2000: 119-122):

Contrariamente a Chávez Rancho, los orígenes indígenas de la población son visibles y valorados, como lo atestiguan los nombres aymara o quechua dados a los poblados de la región, así como a determinadas actividades agrícolas. Los pobladores conservan en general el idioma y la vestimenta, sobre todo las mujeres, lo que confiere una gran originalidad al estilo de vida local. Las familias viven principalmente de la agricultura alimentaria (arroz, yuca, plátano, piña y hortalizas) y del cultivo ilícito de la hoja de coca, cada vez más arriesgado por estar sometido a una constante erradicación⁶. Localmente, los campesinos se presentan como "*colonos*" o "*cocaleros*" (productores de coca).

6 Para una descripción precisa del contexto del narcotráfico en el Chapare y su relación con los flujos migratorios, cf. Cortes (2000: 103-119). Los ingresos generados por la venta de la hoja de coca representan, según los años, entre el 50% y el 80% de los recursos monetarios familiares en Bolivia; cf. también Dory et Roux 1998.

El pueblo de Chimoré vive una verdadera explosión demográfica⁷: 951 habitantes en 1976, 9.168 en 1992 y 15.264 en el año 2000 (de los cuales 2.475 son niños menores de cinco años; véase Cuadro 2 abajo). De esta manera, la población ha aumentado en más del 2.000% en 25 años, siendo este índice uno de los más elevados del país. De la totalidad de los habitantes del municipio (aproximadamente 100.000 personas), el 19% reside en zonas urbanas y el 81% dispersado en las zonas rurales. Desde el punto de vista político-administrativo, la población se reparte en 88 sindicatos (poblados y tierras asociadas a éstos) y 12 centrales campesinas.

Los asentamientos de la región se distribuyen a lo largo de ejes principales y secundarios abiertos hacia el bosque, según el modelo denominado "tecla de piano". Las casas, de dimensiones reducidas, están generalmente construidas con materiales locales (madera y hojas de palmera) y elevadas sobre pilotes. Las más antiguas están construidas de forma contigua, mientras que las más recientes, que están más aisladas, se encuentran dispersas a lo largo de los caminos.

Solamente el 5% de la población tiene acceso directo al agua potable; las demás familias se abastecen en los pozos abiertos, las fuentes y los ríos. Chimoré cuenta con una escuela de preparación al bachillerato (en el centro urbano) y 23 pequeñas escuelas primarias. Para llegar a ellas, los niños tienen que caminar a veces varias horas desde su lugar de residencia.

En esta región, raras veces las familias cohabitan en una misma casa. Esta característica está relacionada con la modalidad de acceso a la tierra y el proceso de legalización de los títulos de propiedad (un lote entre cinco y 20 hectáreas por campesino), factor que favorece el modelo de la familia nuclear. En cambio, los parientes que continúan viviendo en el Altiplano se desplazan en gran número y por largas tempora-

7 Los datos sociodemográficos de Chimoré fueron extraídos del Plan Participativo de Desarrollo del Municipio de Chimoré (1998) y de los resultados preliminares del último censo realizado en Bolivia (INE 2000).

das al Chapare, especialmente para colaborar durante los periodos de siembra y de cosecha.

1.2.2 Descripción del Centro de Salud de Chimoré

El Centro de Salud de Chimoré se encuentra en el corazón de la aglomeración del mismo nombre, en la Avenida Abece-dario, al borde de la nueva plaza a veces llamada por los habitantes "Plaza de la Participación Popular"⁸. Mientras que el Centro es de fácil acceso para los ribereños, la población de los sindicatos y de las comunidades indígenas más alejadas sólo puede alcanzarlo tras varias horas de viaje en bote por el río (cuando éste es navegable), de caminata, de espera y luego de transporte público (principalmente taxi). En la época seca (de abril a septiembre), los habitantes de estas apartadas regiones necesitan medio día para llegar al Centro y tienen que pagar aproximadamente 3 US\$, y contar el doble de tiempo y de dinero durante la época de lluvias (de octubre a marzo).

El Centro de Salud de Chimoré es una modesta construcción de cemento. Según la enfermera (Doña Vicki), que se ocupa permanentemente de las infraestructuras, son "suficientes" a pesar de su antigüedad (1947)⁹. El Centro cuenta con agua y electricidad, y se beneficia de un servicio de alcantarillado. Al interior, un consultorio dental, un consultorio de medicina general y una sala de atención, de parto o de emergencia (comunicada con el consultorio y la cocina) se distribuyen alrededor de un espacio central que sirve al mismo tiempo de sala de espera y de oficina para la enfermera. Aquí se acoge a los pacientes. Al alcance de la mano, dos garrafas de gas permiten la refrigeración de los medicamentos básicos en un pequeño armario (este material fue donado por Médicos Sin Frontera, Ita-

8 El dinero que ha permitido la construcción de esta infraestructura proviene justamente de la aplicación de la "Ley de Participación Popular" (véase Nota 9, Introducción General).

9 "Se parece más a una Posta Sanitaria que a un Centro", afirma.

lia). El Centro dispone además de una habitación con tres camas (para las parturientas y otros pacientes) y de algunos baños. Finalmente, hay una cocina/comedor reservada al personal y tres habitaciones. El pueblo no cuenta todavía con un consultorio médico privado, ni con un laboratorio de análisis clínicos¹⁰.

En principio, el Centro de Salud de Chimoré dispone permanentemente de un médico general y de un dentista que realizan su “año de provincia”, de un interno y de dos enfermeras. Sin embargo, a causa de los frecuentes cambios de destino, el personal nunca está completo, con excepción de Doña Vicki que está permanentemente en su puesto y que es la única que habla quechua. Las consultas materno-infantiles relacionadas con las diarreas y los problemas respiratorios son gratuitas, mientras que los cuidados específicos (puntos de sutura) se cobran (aproximadamente 3 US\$). En caso de complicaciones (y luego de haber enviado un mensaje por radio), los pacientes tienen que tomar un taxi hasta los pueblos vecinos (Ibuelo, Villa Tunari, Ivirgarzama o Chipiriri), que en algunos casos se encuentran a una distancia de varias decenas de kilómetros. El médico general, que es también el Director del Centro, tiene por obligación presentar informes mensuales de actividad al equipo de gestión del Distrito. Éste reembolsa algunos medicamentos y apoya varias actividades locales (por ejemplo, campañas de vacunación de emergencia). Aunque en el pasado el Centro obtuvo algunas motos de la Cooperación Japonesa, desde hace varios años ya no recibe apoyo de programas internacionales o de Organizaciones No Gubernamentales (ONGs).

El Centro abre de lunes a sábado de horas 8.00 a 12.00 y de 14.00 a 18.00, aunque los horarios reales son mucho más

10 Al concluir el Proyecto (2001), Médicos Sin Frontera (España) hizo construir un nuevo Centro justo al lado del anterior. Actualmente, el antiguo Centro (donde se realiza la intervención) sirve de alojamiento para el personal de salud. El nuevo Centro dispone de una minifarmacia y de un laboratorio de análisis clínico. Está abierto 24 horas al día.

flexibles. Además, los pacientes encuentran regularmente las puertas cerradas durante las campañas de vacunación (que permiten al personal ganar algunas primas adicionales). Según el personal, los pacientes “*nunca son numerosos*” y la frecuentación del Centro baja considerablemente los días lunes (cuando las “*chicas*” del burdel local vienen a hacer sus controles) y en el mes de febrero (algunas semanas antes y después de las festividades de Carnaval que suponen considerables gastos).

Cuadro 2: Cobertura realizada en Chimoré (2001)

Establecimientos	< 2 años			2 a 4 años			Total Menores de 5 años			Pobla. menor de 5 años	Cobertura
	Control Nuevo	Control Repetido	Total	Control Nuevo	Control Repetido	Total	Control Nuevo	Control Repetido	Total		
Centro de Salud Chávez Rancho	270	49	319	2.034	425	2.459	2.304	474	2.778	1.306	176.4

Fuente: SDS (2001).

1.2.3 Descripción de la Posta Sanitaria de Puerto Aurora

Para los habitantes del norte del municipio¹¹ es posible recurrir a la Posta Sanitaria del pueblo de Puerto Aurora, que cuenta con 1.550 habitantes (de los cuales 256 son niños menores de cinco años; véase Cuadro 3 abajo). Situada al borde del río Chapare, esta Posta recibe también pacientes de los sindicatos más alejados, es decir, siempre y cuando el río sea navegable. Construida en 1994 y mejorada en 1997, se trata de un edificio cuadrado de construcción sencilla. Cuenta con una sala de espera, una sala de consulta, un depósito (para almacenar los medicamentos, los informes de actividad y algunos libros de medicina), una habitación para el enfermero, otra para los pacientes y los visitantes (cuatro camas), una cocina, dos baños y una ducha.

11 Es el caso de los habitantes del pueblo de Puerto Cochabamba, donde se realizó en parte esta investigación (véase Capítulo 7 [Lefèvre & Hoerée *et al.*]).

Un enfermero (Don Celio) vive en el lugar y se ocupa de la Posta cuando sus actividades agrícolas se lo permiten (especialmente fuera de las épocas de siembra y cosecha). Una joven mujer (Cristina), que tiene su casa justo al lado, le ayuda como voluntaria. Además de la moto, que fue donada por la CCH (*Community and Child Health*-Salud Comunitaria e Infantil de Estados Unidos), la Posta ha recibido el apoyo de USAID (*United States Agency for International Development*-Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional) y de OCM (Organizaciones Comunitarias Municipales) por aproximadamente 1.000 US\$ anuales. Los habitantes participan en la vida de la Posta proporcionando mano de obra cuando se requieren trabajos de construcción o de mantenimiento¹².

La Posta no tiene horarios fijos, aunque Don Celio la abre regularmente a las 7.00 hrs. antes de que la gente vaya a sus campos de cultivo ("*chacos*"), y durante la tarde, después de que hayan retornado. En principio, las consultas son gratuitas, sólo se venden algunos medicamentos. Cuando se lo llama por una emergencia, Don Celio sale en moto, a veces por media jornada. Tanto en la Posta como a domicilio, él "*hace un poco de todo*", desde los partos, pasando por los puntos de sutura, hasta las inyecciones. Su tarea es facilitada por el hecho de que el quechua es su lengua materna.

Cuadro 3: Cobertura realizada en Puerto Aurora (2001)

Establecimientos	< 2 años			2 a 4 años			Total Menores de 5 años			Pobla. menor de 5 años	Cobertura
	Control Nuevo	Control Repetido	Total	Control Nuevo	Control Repetido	Total	Control Nuevo	Control Repetido	Total		
Centro de Salud Chávez Rancho	101	369	470	46	317	363	147	686	833	412	35.7

Fuente: SDS (2001).

- 12 Aunque fue construida con la ayuda de la población local, una parte de los fondos fue donada por la UMOPAR (Unidad Móvil de Patrulla en Zona Rural), el cuerpo del ejército que se ocupa de la erradicación de la hoja de coca en la región bajo la supervisión de la DEA norteamericana (*Drug Enforcement Agency*-Agencia de Control contra las Drogas).

2. Los lugares de investigación en el Perú

2.1 Ermitaño Alto

2.1.1 Breve presentación del barrio

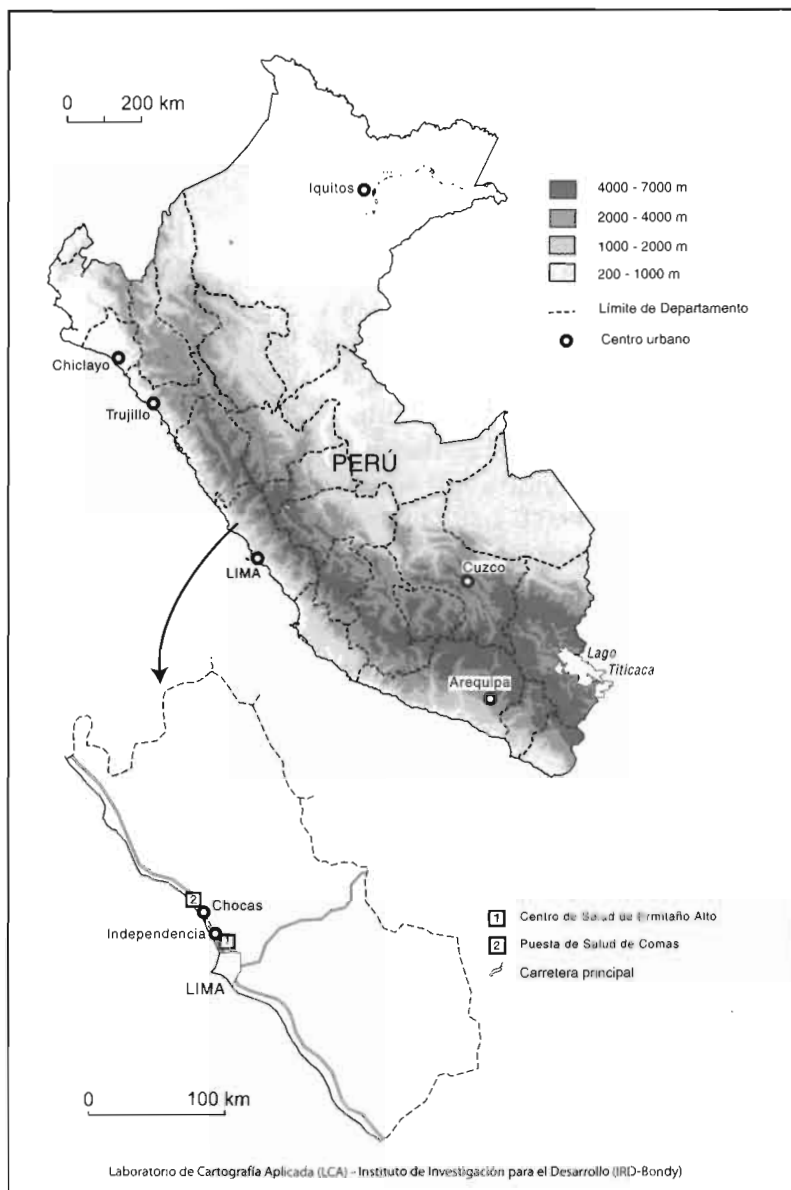
Actualmente, el barrio Independencia (o, desde 1960, el Distrito de Independencia) se extiende sobre 14.5 km² y cuenta con 193.195 habitantes (de los cuales 18.270 tienen menos de cinco años) distribuidos en 11 zonas (véase Mapa 2)¹³. Situada a 8 km al sur del centro de Lima, la zona ocupa una sucesión de colinas arenosas situadas frente al Océano Pacífico.

El barrio de Ermitaño, dividido en dos zonas, Ermitaño Alto y Bajo, se extiende sobre una de estas colinas. En su parte baja cuenta con 39.007 habitantes (de los cuales 4.106 son niños menores de cinco años). Está atravesado por un importante eje carretero (la Avenida Tupac Amaru). Se trata de la zona más antigua, donde parte de la población, proveniente de todas las regiones del país, está instalada desde hace más de 30 años. La mayoría de las calles están asfaltadas. Las casas, construidas en material, cuentan con agua potable y electricidad. Los habitantes se benefician además de la mayoría de los servicios públicos (escuelas, servicios de salud, correo, etc.), así como del transporte público.

Como consecuencia de la inestabilidad política de los últimos quince años (*Sendero Luminoso* y sucesivas represiones), varias olas migratorias han ocupado las fuertes pendientes que colindan con el barrio al este. En Ermitaño Alto, las viviendas son precarias (sin agua corriente, ni electricidad¹⁴), las callejuelas de tierra no son transitables para el transporte público y no

13 En las páginas que siguen, los datos demográficos provienen del último censo de población (INEI 2000).

14 En todo Independencia, el 20% de las viviendas tienen pisos de tierra, el 23% no están conectadas a la red de agua (el 77% tiene agua durante algunas horas por día) y el 24% no cuenta con alcantarillado.



Mapa 1: Localización de las zonas de investigación e intervención (Perú)

existen escuelas ni servicios públicos, con excepción del Centro de Salud. Ermitaño Alto cuenta actualmente con 25.576 habitantes, de los cuales 2.764 son niños menores de cinco años¹⁵.

Mientras que la mayoría de los habitantes de la parte baja del barrio trabaja en Lima, principalmente en el sector industrial, los de la parte alta tratan de sobrevivir en el sector informal (pequeños comerciantes callejeros, lavadores de vidrios, lustrabotas, vendedores de billetes de lotería, etc.).

A pesar de las diferencias socioeconómicas que existen entre ellos, son numerosos los habitantes de Ermitaño que participan activamente en una Organización de Base. Entre las más aglutinantes están los Comedores Populares, la Asociación Vaso de Leche y el Club de Madres¹⁶. A menudo impulsadas por las mujeres, constituyen un verdadero pilar social local. A través de las diversas redes de distribución en base a la ayuda mutua (alimentación, materiales escolares, préstamos de dinero, etc.), estas organizaciones contribuyeron, y siguen contribuyendo, al funcionamiento del barrio. También son importantes para hacer escuchar la voz de los habitantes ante los poderes públicos, especialmente en materia de justicia, de legalización de los títulos de propiedad, de los trabajos públicos y de la seguridad.

2.1.2 Descripción del Centro de Salud de Ermitaño Alto

El barrio de Independencia dispone de cinco Centros de Salud y de seis Puestos Sanitarios. Los dos Hospitales de referencia, Cayetano Heredia y Collique, se encuentran a pocos kilómetros, en los distritos vecinos (San Martín de Porres y Comas).

15 Entre los principales indicadores de salud para la zona tenemos: mortalidad infantil (57×1000 n.v.) y desnutrición en menores de cinco años (crónica: 20.3%, aguda: 5.2%). Las cinco causas más importantes de morbilidad son: infección respiratoria aguda, infecciones intestinales, infecciones de la piel y del tejido subcutáneo, enfermedades bucales y de glándulas salivales, y enfermedades parasitarias (MINSa 2000).

16 También se pueden mencionar los Comités de Salud, los grupos religiosos y las ONGs.

El Centro de Salud de Ermitaño Alto, construido en 1964, se encuentra en pleno centro del barrio, debajo de las colinas, a 4.5 km de la Avenida Tupac Amaru. Alrededor de un patio central y a cielo abierto se distribuyen una sala de recepción (con los archivos), una sala de espera, tres salas de consulta de medicina general, una sala específicamente reservada a la inmunidad y al seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño, un consultorio dental, una sala reservada al tratamiento de la tuberculosis, un laboratorio, una farmacia, un depósito para los alimentos y los equipos, y dos letrinas (para los pacientes y el personal).

En el Centro atienden dos médicos de 8.00 hrs. a 14.00 hrs., y por la tarde cubre las consultas un solo médico (hasta las ocho de la noche). El Centro cuenta además con un dentista, un obstetra, una trabajadora social, dos enfermeros especializados, nueve enfermeras (técnicas o auxiliares), un técnico administrativo, un estadista, un ayudante de laboratorio, un nutricionista y un responsable de la limpieza.

Las actividades de promoción del crecimiento y desarrollo del niño, establecidas por el Ministerio de Salud, consisten en tres series de controles y de consejos: (i) la evaluación del estado nutricional del niño (control peso/talla); (ii) consejos nutricionales (lactancia, alimentación complementaria y alimentación adulta); y (iii) la realización de un análisis (para los niños de cinco años) para evaluar el desarrollo psicomotor, el nivel del lenguaje y la capacidad de socialización. El Centro de Salud cubre el 70 a 80% de los niños del barrio menores de cinco.

2.2 Carabayllo

2.2.1 Breve descripción de los asentamientos (Chocas Medio, Chocas Alto y Río Seco)

El Distrito de Carabayllo, situado a unos 30 km al norte de Lima, en la parte más alejada del cono norte de la ciudad, se extiende sobre 346.86 km² y cuenta con cerca de 129.571 habi-

tantes (de los cuales 13.481 son niños menores de cinco años). El Distrito abarca ocho asentamientos. La investigación se centró en Chocas Medio, Chocas Alto y Río Seco, que agrupan a 4.941 habitantes, de los cuales 540 son niños menores de cinco años. Aunque la zona es principalmente rural, presenta algunas divergencias socioeconómicas y culturales relacionadas con su historia agraria.

Así, se puede distinguir un estrato de pequeños propietarios de tierra que viven sobre todo en Chocas Medio. Se trata principalmente de antiguos obreros permanentes y temporales que se han beneficiado de la distribución de las tierras de hacienda locales como consecuencia de la reforma agraria de 1968 (véase Capítulo 4 [Rubín de Celis & Pecho *et al.*]). Aquí se cultivan verduras y hortalizas (repollo, zanahorias, betarragas, maíz, espinaca, lechuga, tomates, nabo, vainitas, etc.). La vivienda, de forma agrupada, es la de la época (casas en adobe, sin agua ni electricidad)¹⁷. El asentamiento cuenta, sin embargo, con un acceso público al agua potable.

La población de Chocas Alto y de Río Seco, a su vez, está compuesta de migrantes recientes y de un 70% de obreros temporales indígenas (de origen quechua) y mestizos originarios de la comunidad campesina vecina de Jicamarca. Estos últimos retornan a su comunidad una vez que los trabajos de siembra y de cosecha en las pequeñas propiedades locales han concluido (al cabo de aproximadamente dos meses). Tan modestas como las anteriores, las viviendas de la zona se encuentran dispersas en el campo, alrededor de los lugares de trabajo. Los habitantes, que viven en una situación relativamente precaria en comparación con los mencionados anteriormente, obtienen el agua de algunos pozos y carecen de electricidad.

17 Las únicas casas de material noble son la de un dirigente comunal, la de unas religiosas y la de una familia de otra zona de la ciudad que, teniendo recursos económicos suficientes, eligió el lugar por el clima favorable para la salud de su hijo asmático.

2.2.2 Descripción del Puesto Sanitario de Chocas (Medio y Alto) y Río Seco

Los tres asentamientos más poblados del Distrito disponen de un Centro de Salud propio. Otros tres asentamientos, de menor importancia, se benefician cada uno de un Puesto Sanitario. En cambio, los asentamientos de Chocas (Medio y Alto) y Río Seco sólo cuentan con un Puesto Sanitario. Consecuentemente, sus habitantes se ven obligados a concurrir al Centro de referencia (El Progreso) que se encuentra a varios kilómetros, en el pueblo de Carabayllo.

El Puesto Sanitario de Chocas funciona desde 1982. Se trata de una pequeña edificación cuadrada con una sala de espera, una sala de consulta general, una sala específicamente reservada a la inmunidad, el crecimiento y el desarrollo del niño, una sala de ginecología, un depósito para los medicamentos, un espacio para las admisiones y los archivos, algunas letrinas y un cuarto de baño. El Centro no cuenta con luz eléctrica, pero está equipado de un tanque de agua.

El personal del Centro está compuesto por un médico que atiende tres veces por semana (de 8.00 hrs. a 12.00 hrs.) (los demás días de la semana ejerce en un Puesto Sanitario de la región), una enfermera especializada y dos enfermeras (técnicas o auxiliares) a tiempo completo.

Cuando un paciente visita por primera vez el Puesto Sanitario, debe pagar 0.50 US\$ por concepto de los gastos de apertura de su archivo. En lo sucesivo deberá pagar algo menos de un Dólar americano por consulta. Sin embargo, la atención (consulta y medicamentos) es gratuita en casos de tuberculosis y para las vacunas. Al igual que en Ermitaño Alto, el conjunto de los gastos de funcionamiento corre a cargo del Ministerio de Salud.

En lo que concierne a la promoción del crecimiento y desarrollo del niño, las actividades realizadas (controles y consejos) son las mismas que en Ermitaño Alto, y también en Chocas el Centro de Salud cubre el 70 al 80% de los niños menores de cinco años.

Referencias bibliográficas

ALCALDÍA DE CHIMORÉ

1998 *Plan participativo de desarrollo del Municipio de Chimoré*.
Chimoré: Alcadía de Chimoré.

SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD (SDS)

2001 *La salud en Cochabamba*. Cochabamba: Servicio Departamen-
tal de Salud.

CORTES, G.

2000 *Partir pour rester. Survie et mutation de sociétés paysannes
andines (Bolivie)*. Paris: IRD Éditions.

DORY, D. & ROUX, J.-C.

1998 "De la coca à la cocaïne: un itinéraire bolivien", *Autrepart* 8:
21-46.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE)

2000 *Resultados preliminares del censo demográfico de Bolivia 2000*.
La Paz: Instituto Nacional de Estadística.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI)

2000 *Encuesta demográfica y de salud familiar del Perú 2000*. Lima:
Casa Editorial.

JETTÉ, C. & ROJAS, R. (ed.)

1998 *Cochabamba: pobreza, género y medio ambiente*. La Paz: Centro
de Estudios y Proyectos.

MINISTERIO DE SALUD (MINSA)

2000 *Boletín epidemiológico servicio básico de salud Comas-Documento
interno*. Lima: Ministerio de Salud.

La reforma del sector salud y su impacto en la atención de salud a menores de cinco años en el Perú

Iris Pecho & Emma Rubín de Celis

1. Introducción

Al analizar la situación de la salud en el Perú, frecuentemente se tiende a estudiarla con un enfoque biomédico tomando en cuenta estadísticas de mortalidad y morbilidad. Se intenta considerar también algunos aspectos de las condiciones de vida y, como factor explicativo de la situación, los estilos de vida de la población, poniendo énfasis en sus creencias, valores o costumbres. Un análisis detenido tiene que tomar en cuenta estos factores y los niveles estructurales, las políticas, leyes y normas que los condicionan, sin determinarlos totalmente. Es más bien el constante juego que se establece entre estos niveles explicativos (la compleja dinámica de interrelación entre las reglas de juego, la respuesta de los actores y los problemas concretos de salud) lo que permite analizar la situación de la salud y la pertinencia de la orientación de los cambios inducidos.

Rolland-Burger & Cruz Cubas (1999: 16) apuntan:

La concepción, ejecución y evaluación de una política de salud tanto en su vertiente curativa como preventiva y promocional, son la resultante de la interacción de varios tipos de factores:

(i) la política de desarrollo en curso y el nivel de prioridades establecidas para el sector salud; (ii) la existencia de diferentes 'ofertas' de servicios de salud hechas a la población, condicionada a su vez por el grado de modernización de la sociedad y el mayor o menor paso de sectores más o menos amplios hacia una cultura urbana y moderna en reemplazo de una cultura rural y premoderna; (iii) la capacidad de consumo de 'bienes de salud' por parte de la población, ofertados tanto por el servicio oficial como por el no oficial; y (iv) la complejidad y gravedad del cuadro de morbi-mortalidad dominante en una sociedad determinada.

Por tanto, además de la situación epidemiológica de un país y de los otros aspectos señalados, existen dos importantes aspectos que también deben tomarse en cuenta en el intento de comprender la situación de la salud y los cambios que se pretenden implementar: (i) los orígenes de la tendencia (perspectiva histórica) y (ii) la integración de Perú en un contexto macro-social más amplio. Estos dos últimos aspectos que son tomados en cuenta, aunque no tratados con profundidad, en este texto, nos llevan a varios análisis: ¿desde cuándo comenzó a hacerse visible la crisis en el sector salud y cuándo se convirtió en "cuestión de Estado"? ¿qué influencias externas condicionan las orientaciones de nuestras reglas de juego nacionales? y ¿cómo afectan estos cambios a la atención integral de la salud de la población?

En este Capítulo mencionaremos brevemente los factores externos que condicionan la reforma del sector salud en el Perú, estudiando concretamente sus características a la luz de algunos documentos publicados por el Gobierno y por profesionales especializados en el tema. Luego, basándonos en los resultados de algunas investigaciones de campo, veremos tanto la respuesta de los actores como las alternativas o espacios de libertad de acción que estas reglas de juego conceden a los profesionales de la salud y a la población. Finalmente, describiremos las características que tiene la atención en salud infantil como efecto de la reforma del sector.

2. Análisis de la reforma en el Perú

2.1 El contexto de la reforma

La reforma del sector salud no es un fenómeno meramente nacional. Obedece a un movimiento que se ha producido en casi toda América Latina donde, aunque con modelos diferentes, todos los Estados han intentado adecuarse a las recomendaciones de las instituciones y agencias financieras internacionales. Kim & Shakow *et al.* (2001: 130) señalan que estas últimas explican el fracaso en el desarrollo económico esperado en muchos de los países de América Latina, así como el fuerte endeudamiento que se hace visible a finales de la década de los ochenta¹ por la orientación paternalista de los Gobiernos en el sector de los servicios, especialmente la educación y la salud. Las agencias internacionales condicionan la continuación del apoyo al compromiso de los países en vías de desarrollo de introducir criterios de racionalidad económica, como los cálculos de costo, efectividad, productividad, eficiencia, etc., en el manejo y la organización de los sectores estatales dedicados a la prestación de servicios. Por supuesto, el apoyo se condiciona también al cumplimiento del servicio anual de la deuda externa.

2.2 El proceso de la reforma

La reforma del sector salud, definida por Berman (1993: 13) como “(...) *el cambio sostenido y consciente para mejorar la eficiencia, equidad y efectividad del sector salud*”, es entendida como un conjunto de políticas, programas, instituciones y actores que

1 En 1985, la deuda externa total del Perú ascendió a US\$ 12.000 millones, con un servicio anual de US\$ 1.4 millones. En 1988, cuando el presidente García Pérez decidió unilateralmente reducir el servicio a US\$ 347.1 millones, la deuda total ascendió a US\$ 15.000 millones (Kim & Shakow *et al.* 2001: 458).

proveen atención en salud y que deben producir un cambio real en la manera de hacer las cosas. Según Arroyo (1998), la mayoría de las reformas en salud en América Latina son "reformas/proceso" y no "reformas/plan", es decir, constituyen complejos procesos de transición y no transformaciones que se desarrollan como un mecanismo de relojería. La reforma del sector es el resultado del conflicto y encuentro de los actores o agentes sanitarios, y no el efecto exclusivo de los dispositivos legales.

En Perú, la reforma del sector salud, en sus lineamientos y su implementación, se fue dando poco a poco². Su implementación desde los niveles regionales o locales está orientada claramente por la influencia de dos discursos: (i) el descentralista y participativo de la OMS/OPS (Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud) y (ii) el de la reforma de la gestión contemporánea (focalización, acuerdos de gestión, planes básicos de atención, etc.). Después del ajuste económico de 1990, surgieron las políticas sociales de compensación con el Programa de lucha contra la pobreza, pero, pasada la crisis, en 1994 se estructuraron las políticas de modernización de la gestión social, pasando de una lógica burocrática a una lógica de proyectos, del subsidio a la oferta al subsidio a la demanda, del universalismo a la focalización, del público/objetivo centrado en los grupos organizados a los pobres e indigentes, del presupuesto histórico al criterio de costo/efectividad, introduciendo los criterios de racionalidad de los costos y la eficiencia en lo social.

2 "La reforma, que fue implementándose paulatinamente, aparece como pedazos de un rompecabezas cuyas piezas no encajan, porque no se tuvo desde el principio el cuadro final completo" (Rubín de Celis 2001: 92).

2.3 Las condiciones que exigían la reforma

2.3.1 La situación epidemiológica

Luego del ajuste económico con el que el Gobierno de Fujimori (década del 90) inició sus actividades, la falta de un plan que incluyera políticas sociales en las metas de desarrollo hizo que la situación de salud, que ya venía deteriorándose desde la década anterior, se agravara aún más. La relación entre los efectos del ajuste estructural en el campo del trabajo, de los ingresos y de la capacidad de consumo repercutió en una situación de salud cuyas características principales eran: (i) la superposición de problemas propios de los países en vías de desarrollo con aquellos que corresponden a la modernidad y (ii) la heterogeneidad de las situaciones de salud al interior de las regiones, fenómeno denominado "brechas epidemiológicas".

Así, las principales causas de la alta tasa de mortalidad, entonces y ahora, siguen siendo la mortalidad infantil y materna, a pesar de haberse reducido su tasa en los últimos 20 años y mejorado la esperanza de vida. Sin embargo, Apurímac, uno de los departamentos más pobres de la región de la Sierra, sigue teniendo tasas de mortalidad infantil muy superiores a la tasa nacional y a la de Lima³.

La morbilidad también difiere según el estrato socioeconómico. Así, el Ministerio de Salud (MINSA), en el documento de lineamientos de políticas de salud de 1995 y en sus dos informes preliminares señala que:

Mientras los estratos I y II que son los de mayor población rural y pobreza, presentan como principales causas de muerte las en-

3 "La Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) se ha reducido en un 50% a nivel nacional en los últimos 20 años, estimándose en 58.3 por cada mil recién nacidos para 1993, este valor oculta la diferencia entre la TMI en la provincia de Grau en Apurímac (102.0 por mil) y la TMI de Lima (24.0 por mil)" (MINSA 1995: 9).

fermedades transmisibles, en los estratos IV y V, más urbanizados y con menor porcentaje de necesidades insatisfechas, el peso de las enfermedades no transmisibles o crónicas se acrecienta (MINSa 1995: 5).

En los niños predominan las infecciones respiratorias, las diarreas agudas y las enfermedades originadas en el período perinatal. Estas tres enfermedades representan el 71% de las causas de mortalidad en menores de un año (MINSa 1995: 12).

El 36% de los nacimientos no tiene ningún tipo de control prenatal y el 54% de ellos ocurre fuera de los servicios de salud. Se estima que un 37% de los niños presenta algún grado de desnutrición severa. En algunos lugares del país, la desnutrición severa supera el 50% (MINSa 1995: 12).

El grupo de los adolescentes (10-19 años), algo más de cinco millones de jóvenes que representan el 23% de la población total, primero fueron las víctimas principales de la violencia política por parte de los grupos extremistas, así como del reclutamiento, muchas veces forzado, para integrar las filas de la represión de la violencia y de los efectos de la represión del Gobierno contra senderistas y jóvenes campesinos en general (30% de las causas de muerte en este grupo)⁴. Luego, aquellos que pudieron migrar, encuentran en las zonas urbanas de refugio una situación de desocupación o de trabajo informal de baja calificación con riesgos muy altos para su salud y su desarrollo social. En efecto: *"En este sector poblacional prevalecen las enfermedades infecciosas y de transmisión sexual, la prostitución, el uso indebido de drogas y la violencia"* (MINSa 1995: 13).

En particular, el embarazo en las adolescentes se convierte en un serio problema: *"El 11% de las mujeres de 15 a 19 años son madres"* (cifra que se eleva al 25% en las áreas rurales y al 39% en el nivel educativo más bajo); *"(...) cerca del 15% de las muertes mater-*

4 De 1980 a 1992, un grupo de extremistas de izquierda denominado *Sendero Luminoso* realizó una serie de atentados terroristas tendientes a revertir el orden político y jurídico, hasta que fue capturado su cabecilla Abimaél Guzmán.

nas corresponden a gestantes adolescentes y aproximadamente el 20% de las muertes por aborto" (MINSa 1995: 13).

En general, en las mujeres en edad fértil, las enfermedades de mayor prevalencia están vinculadas al embarazo, parto y puerperio, y son consignadas en las estadísticas de morbilidad como la primera causa de egresos hospitalarios: "En los adultos se agregan como causas de enfermedad y de muerte de mayor prevalencia, la tuberculosis, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y los accidentes y violencias en general" (MINSa 1995: 13).

La tuberculosis, que mostraba ya una tendencia creciente a finales del 89 con 17.000 casos, presenta un aumento alarmante en 1995 con cerca de 40.000 casos notificados en el año en que se elabora el informe (MINSa 1995). Si bien es verdad que parte de este incremento puede deberse al reconocido mejoramiento en la detección y tratamiento de este problema por parte del Programa Nacional y de la ayuda que recibe por parte de instituciones extranjeras (Iglesia y Organizaciones No Gubernamental), es indudable que su aumento también está relacionado con los efectos de los ajustes político-económicos y de la pobreza que éstos generan y conservan. El problema se agrava por el hecho de que gran número de estos casos tiene "tuberculosis multidrogaresistente o MDR TB"⁵, problema que nunca fue reconocido por el Gobierno de la década de los 90, siendo aceptada su existencia y su magnitud sólo desde el año 2000.

2.3.2 La situación de los servicios de salud

En los diferentes estudios sobre los servicios de salud del Perú, la década del 80, especialmente a partir de 1985, es denominada "la década de la descomposición del sector" o tam-

5 Se denomina TB MDR cuando el bacilo es inmune a los antibióticos de primera línea y cuando para su tratamiento es necesario definir mediante un análisis específico a qué tipo o tipos de antibióticos es susceptible.

bién "la década perdida". Ésta se prolonga hasta 1992, teniendo como principales características:

- La pérdida de autoridad por parte del Estado;
- El sometimiento de los criterios técnicos a los intereses políticos;
- El excesivo aumento de profesionales (médicos y enfermeras en la actividad pública) y, al mismo tiempo, una desigualdad en la distribución de estos recursos humanos; esta situación aumenta las brechas entre regiones, con una gran concentración de médicos en la capital (un médico por cada 800 habitantes), mientras que en las zonas rurales más atrasadas existe un médico por cada 12.000 habitantes;
- La deficiente capacitación de los recursos humanos o la falta de actualización;
- La desmotivación que se expresa en el éxodo de profesionales al extranjero, en cierta rutina en el cumplimiento de sus actividades o en la búsqueda de espacios de libertad en sus relaciones laborales que les permitan tener la menor presencia posible en los servicios estatales y buscar alternativas de trabajo en instituciones privadas o en otros rubros de la actividad económica; desde el punto de vista del personal de salud, la desmotivación se origina en el deterioro de la retribución por el trabajo y en los ajustes económicos de 1990, en la falta de infraestructura, equipos y recursos financieros para realizar sus actividades y, sobre todo, en los continuos cambios de jefaturas y de normas;
- La subutilización de los recursos materiales (camas en hospitales e insumos) y el despilfarro de dichos recursos (falta de mantenimiento de los espacios físicos y de los equipos médicos);
- Las deficiencias en los procedimientos de registro en los sistemas de supervisión, monitoreo y evaluación.

La situación en el sector salud que dejaron los Gobiernos de la década de los 80, los efectos de las medidas de ajuste

económico del 90 y el retraso en la mitigación de los efectos descritos mediante medidas de una política social adecuada, mantienen esta situación de deterioro y retroceso hasta 1992. Así, el MINSA señala lo siguiente:

Los servicios se deterioraron aceleradamente, faltaban medicamentos básicos, alimentos para los pacientes e insumos imprescindibles para la atención. Prolongadas huelgas producían la inacción de los servicios que dejaba desamparados a los más necesitados. Aparecieron epidemias antes desconocidas en el Perú, como las del dengue y cólera. Se reagravaron enfermedades como la tuberculosis y la malaria por el abandono de los Programas de control (MINSA 1995: 11).

2.4 Características de la reforma

El documento *El desafío del cambio de milenio: Un sector salud con equidad, eficiencia y calidad. Lineamientos de política de salud 1995-2000 (MINSA)*, publicado en julio de 1995, recoge el resultado de los estudios e informes de varias comisiones encargadas de sistematizar las ideas y ambiciones del Gobierno con relación a la salud de la población. Los aspectos más notables y que marcan la diferencia con documentos de política del sector de Gobiernos anteriores, se encuentran en la concepción de los principios, la misión y visión o en sus objetivos, pero sobre todo en el papel que el Estado asume frente a la población y a los recursos humanos del sector. En este sentido, el documento significa:

Una modificación en las reglas de juego (...) que llevarían a una alteración sustantiva en las posibilidades de atención de la salud de diferentes grupos poblacionales, así como a un reacomodo en las relaciones de poder y posiciones relativas de los diferentes actores sanitarios, tanto estatales como privados (MINSA 1995: 4).

Desde los primeros párrafos del acápite referido a la misión, visión/objetivo y principios del sector salud, el documento hace referencia a la necesidad de tomar en cuenta las rápi-

das transformaciones en la cultura, los sistemas económicos y la organización política y social que están ocurriendo en el mundo y en la mayoría de los países de América Latina, las cuales obligan al sector a replantear su misión, visión/objetivo y sus principios.

En lo que se refiere a la misión, se considera que la salud no es únicamente responsabilidad del Estado y de los casi 150.000 peruanos que trabajan en el cuidado de la salud, sino que la misión compete a toda la sociedad, especialmente si esta misión se entiende no sólo en términos de curación de la enfermedad sino de la prevención y promoción de la "salud de todos por todos". Esta tarea exige:

Armonizar las políticas económicas y sociales como aspectos de un solo plan de desarrollo y alentar políticas sociales y de salud con la misma prioridad que las políticas económicas. Hacer un despliegue consciente y en paralelo contra la pobreza y las brechas sociales y de salud (MINSAL 1995: 28-29).

Los principios que dirigirán los cambios a ser inducidos se expresan textualmente en términos de (MINSAL 1995: 31 y 32):

Un sector salud con equidad, porque hoy no sólo son desiguales las oportunidades de enfermar y morir, sino también las de ser atendido y sanar. Las cifras mostradas hablan por sí solas: la relativa inaccesibilidad a los servicios de salud convierte enfermedades y daños evitables en inevitables. El accionar plural de los subsectores y unidades de servicios deberá ampliar la cobertura y marchar a la atención universal, priorizando en los sectores pobres y vulnerables.

Un sector eficiente que potencie el impacto de los recursos asignados, mejore los procesos técnicos de producción de servicios, satisfaga al personal y al usuario y resuelva los problemas de salud. La mezcla perversa entre escasez de recursos y despilfarro o deficiente utilización de los mismos debe cesar. La eficiencia del sector no tiene otro propósito que el de maximizar el rendimiento de los recursos, ganando en resultados y sustentabilidad.

Un sector salud con calidad, organizado en función del usuario, refundado en su ética y cultura institucional, fiel a su misión institucional, practicante del culto a la excelencia en el cumplimiento del servicio.

Nadie puede estar en desacuerdo con estos principios que, por otra parte, parecen similares a los estipulados en documentos de Gobiernos anteriores. Sin embargo, los verdaderos cambios se manifiestan en la interpretación de la relación Estado/Sociedad Civil, que se concretizan en la dimensión financiera y política del rol del Estado, lo que en la práctica conduce a una diferente interpretación de los principios de equidad, eficiencia e incluso calidad.

La relación Estado/Sociedad Civil que antes asignaba al primero un rol de velador y benefactor de la salud, se define en el documento como relación de co-responsabilidad y auto-responsabilidad que combina lo público y lo privado en la generación productiva de servicios de salud dentro del "aliento a una sana competencia plural público/privada". Estimula la descentralización y la participación prometiéndolo promover "(...) *mecanismos de asignación de recursos que impidan se reconstituyan los burocratismos a nivel intermedio y local*" (MINSa 1995: 33). Enfatiza la necesidad de un cambio de enfoque de la gerencia y administración de la producción de servicios revalorizando al personal de salud como productor de calidad total del servicio y al usuario como persona o sujeto con capacidad de exigir calidad, en la medida de su participación en esa nueva gestión. En este nuevo tipo de gestión, teóricamente, debe primar:

La conducción política y el liderazgo, la lógica de redes y equipos horizontales apropiados globalmente de su problemática, el diseño de ideas-fuerza y planeamiento estratégico, y el juego interactivo de actores y fuerzas sociales [de manera que plasme la reinterpretación del Estado como empresa social en salud] (MINSa 1995: 33-34).

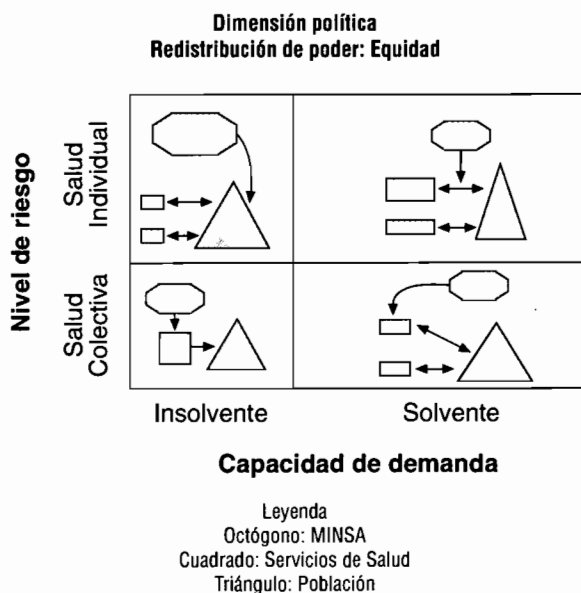
En el aspecto financiero se diferencia claramente entre financiamiento y prestación del servicio. De esta manera, la obli-

gación anterior del Estado de financiar recursos humanos y el costo de las actividades, se sustituye por el compromiso de financiar la producción y los resultados. En otras palabras, el Estado no mantiene el financiamiento de "la oferta" en sí, sino que cofinancia (junto con la población) los resultados de la producción de esta oferta. En este enfoque, las unidades prestadoras dispondrían de diversos grados de autonomía, de manera que pueden ser responsables de sus éxitos o de sus fracasos. Los servicios, introducidos en una "lógica de mercado", deberían cambiar su forma de organización y acción, a fin de adecuarse al nuevo tipo de gestión propuesta por esta reforma del sector.

En el aspecto político, el reconocimiento de la desigualdad en las oportunidades y posibilidades de accesibilidad a los servicios y la constatación de las brechas epidemiológicas que expresan la inequidad, en el documento se traducen en exigencia de contar con un enfoque diferente para el "trato distinto a los distintos". De esta manera se establecen dos ejes de diferenciación: el nivel de riesgo y la capacidad de la demanda. El tratamiento del eje "nivel de riesgo" define dos diferentes sistemas de financiamiento: uno de salud individual y otro de salud colectiva. El eje "capacidad de la demanda" divide a la población en población solvente y población insolvente. La combinación de estos ejes establece diferentes relaciones entre Estado/servicios/población y distintos modelos de gestión, que los autores del documento (MINSA 1996: 8) plasman en el siguiente gráfico:

De acuerdo a estos ejes, existen las siguientes modalidades de financiamiento:

- En la combinación salud colectiva para población insolvente: *"El Estado transfiere recursos económicos a las unidades prestadoras de servicios sanitarios y éstas, a su vez, proveen servicios a la población"* (MINSA 1996: 8) dentro del modelo tradicional de intervención del Estado. El financiamiento corre a cuenta de los recursos del presupuesto público;



- En la combinación salud colectiva para población solvente: el Estado transfiere recursos a empresas de servicio de saneamiento y a los establecimientos de prestación de servicios de salud, en la medida en que se garantice el reembolso de los costos. Estos establecimientos, aunque son públicos, deben competir con empresas del sector privado, marcando el paso de su productividad y calidad para asegurar su preferencia en la competencia;
- Para la combinación salud individual para población insolvente: el Estado cubre todo el financiamiento en función de las necesidades y demandas de la población organizada, y no de los requerimientos para el funcionamiento de los establecimientos. Éstos tendrán que ser competitivos para conseguir la preferencia por parte de la población insolvente que, en esta figura, aparece empoderada por el financiamiento público. El financiamiento de este modelo de gestión proviene del presupuesto público y de los préstamos de las agencias internacionales a través de

los Programas del "Plan de Atenciones Programables a las Personas" (PAPP). Se prevén, además, casos de problemas no programables debidos a eventos catastróficos y que pueden afectar a la población solvente o no solvente, que entrarían en este mismo modelo;

- En la combinación salud individual y población solvente: el Estado sólo reglamenta, supervisa y regula la relación de compra/venta de servicios de salud entre los agentes privados o públicos y la población que puede solventar los costos de los servicios solicitados.
- Como figuras organizativas que garanticen la atención de la salud individual y colectiva de la población insolvente, el Estado crea los "Programas de Focalización" y el "Comité Local de Administración Compartida en Salud" (CLAS), cuya finalidad central es la de garantizar la financiación de la "demanda" y la participación de la población organizada.

3. La respuesta de los actores

3.1 En los servicios

Aún antes de que se explicitara la nueva política del Estado, tanto el personal de los servicios como la población habían iniciado una serie de cambios que, en lo que se refiere a los servicios, se ha denominado "la reforma silenciosa". Estos cambios, estimulados por las condiciones del ajuste y por directivas parciales que iban preparando el paso a una reforma oficial, han dado como resultados diferentes prácticas nuevas de gestión de los servicios, cuyas características revelan un verdadero mosaico de "modelos de gestión".

Si se toma como variables de análisis las características de la dinámica de relaciones entre los diferentes niveles de gerencia, el personal ejecutivo y la población, encontramos que las modalidades de gestión están condicionadas: (i) por las "com-

petencias" existentes en los diferentes niveles de Gobierno y de administración; (ii) por el grado de consolidación de grupos de poder al interior de los establecimientos; y (iii) por las diferentes situaciones de solvencia y organización de la población.

Estos diferentes factores han ido consolidando modelos de gerencia en los cuales pueden predominar rasgos que Weber (1966), y luego Osborne & Gaebler (1993) denominan: (i) el "modelo patronal", en el cual el liderazgo domina al sistema; (ii) el "modelo burocrático", en el cual, por el contrario, el sistema domina al liderazgo; y (iii) un nuevo modelo más acorde con las intenciones de la reforma, que se define como un "modelo emprendedor" en el que el juego de fuerzas permite la paridad de poder entre el liderazgo y el sistema (MINSAs 1996: 12-14). Según un análisis histórico del sistema de salud, se podría decir que el modelo "patronal" fue preponderante hasta 1962, el "burocrático" entre 1963 y 1975, el cual entró en descomposición entre 1976 y 1989, y que la intención de introducir cambios inicia el nuevo modelo a partir de 1990.

En la práctica encontramos la preponderancia de uno u otro modelo, de acuerdo a las competencias de los diferentes actores y a la combinación de las variables centrales de la gestión en los servicios de salud. Así, algunas subregiones del Perú han logrado constituir eficientes grupos de gestión que orientan y supervisan el cumplimiento de los objetivos de la reforma en salud, alentando a la vez la iniciativa por parte de los recursos humanos, pero orientando políticas de equidad en cada nivel y en cada establecimiento. Conceden un gran valor al fortalecimiento institucional, reforzando la creación de un trabajo en equipo y de una articulación solidaria entre niveles y establecimientos, de manera que logren la creación de redes complementarias de atención. Les interesa la generación de ingresos propios, aunque la supeditan a las posibilidades reales de la población. Valoran la participación ciudadana, respetando sus opiniones y tomando en cuenta sus iniciativas (modelo del "emprendedor progresista").

En otras subregiones, los espacios de libertad han sido aprovechados para desarrollar y consolidar "prácticas perversas" de grupos de poder dentro de los Hospitales e incluso dentro de los Centros de Salud. En las subregiones donde no existen grupos de gestión en ese nivel y donde prevalece el criterio del "Jefe", se utilizan arbitrariamente las normas para descartar cualquier iniciativa que no coincida con su percepción de la misión y se prioriza únicamente la generación de recursos propios para centralizarlos y distribuirlos según los intereses de los que mantienen el poder de decisión, y no según los requerimientos de cada establecimiento, menos aún según las necesidades de la población. En estos casos, la participación ciudadana, o no se percibe o se percibe únicamente como fuente de recursos financieros (modelo "patronal").

Por último, las subregiones que agotan sus esfuerzos en el intento de ganar algo de autoridad en relación con los grupos de poder insertados en los otros niveles de dirección administrativa o en los establecimientos de salud, utilizan las normas como criterio de autoridad incuestionable o denuncian ante los niveles superiores sus problemas de autoridad. Por otra parte, los grupos de poder instalados en niveles administrativos intermedios estimulan el tratamiento preferencial a la demanda solvente en las Clínicas creadas dentro de los Hospitales y Centros de Salud públicos. En estas Clínicas se establece la competencia con las privadas, ofreciendo costos más bajos gracias a la utilización de la infraestructura y los recursos estatales. Estos grupos justifican su relativa autonomía con los resultados de avance, expresados en la duplicación o triplicación de los recursos propios, o se aseguran el apoyo del grupo político de poder a nivel central. En estos casos no existen políticas sociales de diferenciación entre tipos de población hacia la cual va dirigida su acción, y la distribución de los recursos generados entre el personal de salud se realiza en base a criterios de jerarquía profesional o simplemente de "quien los generó": modelo "burocrático" para el nivel subregional y modelo "empresario regresivo" para el caso de los establecimientos (MINSA 1996: 4).

Este mosaico de modelos de gestión que, definitivamente, hace imposible o restringe las posibilidades de instaurar los principios de equidad, eficiencia y calidad, puede explicarse por la tardanza del sector en definir con claridad sus lineamientos políticos, por las limitaciones objetivas para lograrlo o porque la voluntad política para hacerlo (si acaso existe) está supeitada al mandato de las agencias internacionales (que los grupos dirigenciales nacionales hacen suyo) de desalentar cualquier programa social que dificulte la consolidación del modelo neoliberal del desarrollo económico.

3.2 En el personal de los servicios

Para asegurar el cumplimiento de los objetivos de la reforma, lo que prima en los servicios es la racionalidad económica, a la que se subordinan la racionalidad científica y técnica. Se trata de actuar como empresa dentro del mercado de la producción de atención de la salud. Para ello, el personal de los servicios está sometido a una serie de normas y reglas que permiten a los jefes definir costos de atención, producción y productividad por cada trabajador del establecimiento a su cargo.

Se trata en primer lugar de cambiar progresivamente las reglas del juego en la situación contractual del personal, pasando de relaciones salariales estables a relaciones por contrato y que son evaluadas de acuerdo a la productividad (estimada casi exclusivamente por el mayor número de atenciones en el mismo o menor tiempo, lo que equivale a un menor costo). Para garantizar la objetividad de los resultados, en algunos casos la racionalidad económica es medida en estricta relación con los recursos propios generados. Todo este interés por cumplir, sobre todo, con la productividad, no sólo está orientado a lograr que el trabajo sea medido y controlado, sino que el Estado disminuya o transforme su rol de empleador y de benefactor.

Esta modificación de las reglas es una de las causas de los cambios en la actitud y el estado anímico del personal. Éste se siente presionado por las exigencias de productividad y por la

inestabilidad, lo que ocasiona diferentes actitudes, desde la depresión hasta la indiferencia o lo que algunos autores denominan "la deshumanización del servicio" (Van der Linde 2001: 69).

Desde el punto de vista del Estado y de los que desde los diferentes niveles de decisión interpretan la reforma, la manera de librarse poco a poco de la carga de los costos de personal es lograr que los nuevos miembros, tanto profesionales como técnicos, entren en un régimen diferente de relaciones laborales. Ugarte Ubilluz & Monje (1998: 12) calcularon que en el 97, una quinta parte del personal de salud fue contratado temporalmente y que este porcentaje ha ido aumentando hasta la fecha.

Estos cambios en la situación contractual del personal tiene como consecuencia modificaciones tanto en las relaciones sociales de trabajo entre los trabajadores de la salud como en su relación con los pacientes. Con respecto al trabajo de los profesionales y técnicos de la salud, es decir, del personal en general, se crea una división y una brecha entre ellos. Es decir, a la hora de tener que cumplir con las normas y exigencias de productividad, aquel que está en una situación laboral inestable (contratado), se encuentra bajo una mayor presión que aquel que cuenta con una relativa estabilidad laboral (designado).

La existencia paralela de personal antiguo nombrado y de personas recientemente contratadas crea diferencias, antagonismos y conflictos al interior de los servicios, los cuales han conseguido la división del personal y el debilitamiento de sus organizaciones gremiales.

Para acentuar esta división, por razones de manejo gerencial más que por eficacia de la atención, en los establecimientos de atención de la salud el personal se divide dentro de los múltiples programas que han ido fortaleciendo una visión focalizada y fragmentada de la salud y de la atención de la salud, a la vez que han ido creando feudos de manejo y decisión al interior de los servicios.

3.3 En la población

En términos generales, y como lo reconocen los mismos documentos internos del sector salud, la composición de la clientela de los establecimientos ha variado. Si bien se cuenta con un mayor número de clientes en los servicios de salud pública, éstos proceden mayoritariamente de sectores de la clase media empobrecida por los ajustes, pero aún pueden pagar las tarifas de atención y tratamiento. En cambio, la población de los estratos pobres acude a farmacéuticos, la automedicación, los consejos de parientes o personas que tuvieron la misma enfermedad, o a sus propios conocimientos sobre medicina tradicional (véase Capítulo 4 [Rubín de Celis & Pecho *et al.*]).

La modalidad de participación comunitaria en forma del "Comité Local de Administración Compartida en Salud" (CLAS), en el mejor de los casos ha servido para lograr la descentralización hacia las regiones y subregiones, concediendo mayor poder de decisión y administración a las jefaturas de los establecimientos en los cuales estos Comités se han constituido. La decisión técnica que define el "qué solicitar" y "cómo administrar" los fondos obtenidos, sigue en manos de la jefatura del establecimiento. El aporte de la población se ha limitado, en el mejor de los casos, a exigir la ampliación del horario de atención, el control del horario del personal, una mejor información al usuario y la calidez, más que calidad, del servicio. Como bien lo señala el estudio evaluativo realizado por el Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico (CIUP), el "Programa de Administración Compartida" (PAC) no constituye una alternativa global de descentralización de los servicios, ni una estrategia global de participación comunitaria: *"Así, el CLAS puede convertirse en una buena excusa para dar la gestión total al jefe-médico en comunidades sin organizaciones de base y acción colectiva"* (Cortez 1998).

Una pregunta generalizada con relación a la participación de la comunidad en la atención de su propia salud, ha sido qué roles y tareas competen a los profesionales y técnicos del

establecimiento y cuáles a los pobladores y sus organizaciones. Nadie discute que las decisiones técnicas sobre el quehacer médico, especialmente en las acciones recuperativas, deben estar en manos de los profesionales de la salud. Sin embargo, las actividades de los servicios son mucho más complejas y superan la dimensión técnica. Se interrelacionan con las dimensiones económicas, sociales, culturales y políticas, y en este complejo campo es difícil definir qué decisiones tienen que ser tomadas por el personal y qué tiene que decidir la población individual u organizada.

Una reforma profunda debería asumir el mismo principio que ha dado origen a la investigación e intervención del Proyecto. La atención o el cuidado de la salud en todos sus aspectos (recuperativo, preventivo o promocional) es el resultado de un conjunto de actividades y acciones desarrolladas en "coproducción" entre la población o comunidad y los servicios o el sistema de salud en igualdad de relaciones. Ambos actores saben algo y ambos desconocen algo. El diálogo y el consenso determinan los roles de ambos; lo más importante es que sólo esta relación entre iguales o pares puede disminuir el riesgo de que intereses políticos o económicos sometan los criterios técnicos a otros intereses.

4. La reforma y sus consecuencias para la atención de la salud infantil

4.1 Datos generales

Como resultados de la reorganización del MINSA, después de la reforma se crean diferentes programas para alcanzar los objetivos de atención dentro de la nueva percepción de la visión, misión y orientación ideológico-política. Uno de los programas sociales sectoriales que se establece es el "Programa de Salud Básica para Todos" (PSBT) en 1995. Este Programa tiene como finalidad la focalización del gasto social básico, el cual pretende garantizar el acceso universal de la población a

un paquete básico de salud capaz de producir mejoras sustanciales en los niveles de salud, compartiendo responsabilidades entre los servicios básicos de salud (Centros y Puestos de Salud), las instituciones de la Sociedad Civil y las organizaciones comunitarias, y los ciudadanos individuales. El PSBT no compite con los programas de salud, sino que es una fuente de financiamiento para las actividades y, especialmente, los programas de salud, para elevar la cantidad y mejorar la calidad de los servicios que se brindan a los usuarios, para ampliar la cobertura y el acceso a los servicios, con criterios de eficiencia, equidad y calidad, principios de la actual política de salud.

El paquete básico de salud del niño comprende el control del crecimiento y desarrollo, la inmunización universal, el manejo de las enfermedades infecciosas de la infancia, la prevención y recuperación de las deficiencias nutricionales, la salud bucal preventiva y reparativa, la detección y el tratamiento de la tuberculosis, la detección y tratamiento de otros daños de importancia epidemiológica y la referencia y contra-referencia.

El rol asignado a las instituciones de la Sociedad Civil consiste en desarrollar actividades que mejoren el medio ambiente, la calidad de los alimentos, el agua, el control de vectores, en participar en la vigilancia epidemiológica u organizar promotores de salud comunitarios. Los ciudadanos asumirán el autocuidado de su salud y la de sus familias con prácticas higiénicas, alimentarias y la demanda oportuna de servicios de salud, así como el cumplimiento de indicaciones y recomendaciones recibidas en los servicios de salud, responsabilizándose estos últimos a brindar permanentemente la información, educación y comunicación correspondiente.

El espíritu del Programa está orientado a integrar las acciones de los demás programas, reconociendo su limitación por la fragmentación de sus roles y funciones (especialización). Con esta integración intenta responder mejor a las necesidades de los usuarios, ampliando el enfoque biomédico que los caracteriza y mejorando la eficiencia de los recursos utilizados, así como la calidad de la atención, rompiendo con la costum-

bre del trabajo intra-mural e integrándose mejor en la comunidad para incorporar las variables culturales en la prestación de los servicios. Además, pretende asumir la responsabilidad de mejorar la salud de forma compartida.

Para cumplir con sus objetivos, el Programa dirige la atención al usuario y sus necesidades y no a la enfermedad que motiva la demanda, promoviendo la organización del trabajo en equipo para superar la atención por programas o servicios. El trabajo extra-mural o en el campo tiene la finalidad de mejorar la oferta de servicios mediante las campañas y la difusión y educación en salud, conjuntamente con las organizaciones e individuos. Por último, se trata de desarrollar actividades de vigilancia epidemiológica, integrando a la comunidad en la detección de signos de alarma.

La estrategia para lograr estos objetivos es la capacitación de los recursos humanos en salud a través de la modalidad de auto-instrucción o capacitación en servicio para obtener una mayor cobertura y la articulación con las necesidades locales o regionales, incluyendo una supervisión externa que comprenda la auto-evaluación, auto-supervisión y participación de los usuarios y de la comunidad organizada.

Las dificultades y contradicciones señaladas anteriormente (véase Acápite 3) han hecho difícil, sino imposible, el cumplimiento de los objetivos de este Programa.

4.2 El impacto

La OMS, en la 30ª *Reunión Mundial de la Salud*, estableció algunos valores a ser alcanzados en el año 2000, que reflejarían la situación de la salud en las Américas, como, por ejemplo, una tasa de mortalidad infantil de 30 por mil nacidos vivos, 100% de los niños con cuidado de crecimiento y desarrollo, 100% de los niños vacunados con esquemas completos de vacunación (DPT, Antipoliomielitis, Antisarampionosa y BCG), 100% de la población con acceso a agua potable y deposición de excretas, 100% de la población cubierta por los servicios

básicos para el tratamiento de las enfermedades comunes, las emergencias, las drogas y medicamentos esenciales, y el control de las enfermedades endémicas.

En el año 2000, el Perú cuenta con una población de menores de cinco años del 12.5% de la población total. La mortalidad infantil a nivel nacional es de 43 por mil nacidos vivos en 1996⁶ y en Lima de 26 por mil nacidos vivos. En Independencia (la zona de intervención del Proyecto, véase Capítulo 1 [Suremain]), asciende a 33.3 por mil nacidos vivos y en Carabayllo a 24.3 por mil nacidos vivos. Estos datos indican que no se alcanzaron las metas propuestas.

Como todos los países en vías de desarrollo, el Perú se caracteriza por su pobreza, que conlleva situaciones tales como: viviendas insalubres, subalimentación, subempleo, baja escolaridad y otras condiciones de vida insatisfactorias. Para mejorar la salud, obtener viviendas higiénicas y oportunidades de educación y trabajo, se requieren recursos que siempre resultan escasos. De allí surge la necesidad de utilizar de la mejor forma posible los recursos disponibles. Ante esta situación, en el ámbito de la salud se destina una proporción de los recursos a reparar daños y otra a prevenirlos. Sin embargo, cuando los recursos son escasos, se opta invariablemente por la reparación de daños.

4.3 Líneas generales

En el marco de la actual reforma del sector salud, para desarrollar un enfoque integral del cuidado de la salud del niño que conlleve la complementariedad entre los proveedores de la atención y los cuidadores sociales del niño, es necesario analizar las características de la atención de salud en los servicios del primer nivel de atención (Centros y Puestos de salud).

6 Según una "Encuesta Nacional de Desarrollo Económico y Social" (ENDES), estudio llevado a cabo por el Gobierno para contar con un diagnóstico global de la situación económica y social por sectores en todo el Perú.

Estos servicios, que están encargados de brindar preferentemente servicios preventivo-promocionales y recuperativos dirigidos a los daños predominantes, están organizados en programas de salud. Por ese motivo analizaremos la atención de la salud del niño en el primer nivel de atención del sistema de servicios de salud del Estado que se ejecuta a través de los programas dirigidos preferentemente a los menores de cinco años (grupo de mayor riesgo de enfermar y morir).

Los programas de salud representan las líneas de acción de la apertura programática del MINSA, que organiza la atención a las personas en dos direcciones: una dirigida a los grupos poblacionales de riesgo (materno-infantil, escolar y adolescente,) y otra a controlar los daños a la salud prevalentes (tuberculosis, enfermedad diarreica aguda, enfermedades de transmisión sexual, etc.). Cada programa tiene sus respectivas normas técnico-administrativas, que reflejan un desarrollo tecnológico y científico que garantiza la eficacia de las acciones.

Puede decirse que las fortalezas de los programas de salud radican en su capacidad tecnológica para organizar los recursos y conseguir objetivos específicos (resultados), desarrollados a través de sus componentes funcionales básicos: técnicos, administrativos, educativos y de investigación.

En el caso de los Programas de control de daños, éstos intervienen sobre los problemas terminales que afectan directamente a las personas, pero no sobre los factores que los producen, justificándose su prolongada existencia en que no atacan el problema en su raíz sino en sus efectos. En cambio, los Programas preventivo-promocionales de salud intervienen sobre algunos factores que pueden producir daño o para fortalecer las potencialidades de la persona a fin de tener un desarrollo saludable⁷.

7 En Perú, uno de los programas preventivos más reconocidos por su eficacia en la erradicación del virus salvaje de la polio (1994) es el "Programa Ampliado de Inmunizaciones" (PAI) que actualmente viene desarrollando estrategias para erradicar el virus del sarampión.

Los programas de salud se ejecutan en un ámbito poblacional específico, de acuerdo a la organización de los servicios de salud, asignando a cada establecimiento de salud (según su nivel de complejidad) un área geográfico-poblacional que tiene características demográficas, epidemiológicas, socioculturales y económicas definidas, las que van a determinar la situación de salud de esa población y sobre la cual van a ejecutarse los programas de salud, aplicando una tecnología y normas definidas desde el nivel central (MINSA).

Para comprender mejor la naturaleza y funcionalidad de los programas de salud en el contexto actual, intentaremos analizar algunas de sus características desde sus orígenes para identificar mejor los cambios que están atravesando.

4.4 Antecedentes

Los precursores de los programas de salud fueron las "campañas sanitarias" para controlar brotes epidémicos que ponían en riesgo la continuidad del modelo de desarrollo económico exportador a principios del siglo XX. Las acciones se basaron en los descubrimientos científicos y tecnológicos de la era microbiana y los vectores, por lo que se dirigían al control del medio ambiente bajo una normalización técnica y administrativa, desarrollándose intervenciones de carácter colectivo que suponían riesgos para la salud de las personas. La estrategia básica consistió en "campañas" de fumigación y desinfección realizadas por "brigadas sanitarias" que operaban con una suerte de estrategia militar para eliminar los vectores.

El "Programa Ampliado de Inmunizaciones" (PAI) ha adoptado durante varios años la estrategia de vacunar a la mayor cantidad de niños posible, tres veces al año, formando brigadas de "puesto fijo" o "casa por casa", obligando a la población a asistir masivamente. Esta estrategia ha tenido excelentes logros, pues se consigue vacunar a gran cantidad de niños y se captan nuevos usuarios que son remitidos a los establecimientos, pero cabe preguntarnos si este tipo de convocatoria social

para brindar una atención de salud preventiva a los niños crea en la gente una cultura de vacunación infantil como parte del cuidado del bienestar del niño.

Las madres y cuidadores de las zonas en las que se desarrolló el Proyecto de investigación (Independencia y Carabayllo, veáse Capítulo 1 [Suremain]) reconocen que hay que vacunar a los niños para que no les dé ciertas enfermedades. A su vez, algunas madres consideran las vacunas como una causa de enfermedad por la fiebre y malestar que, a veces, ocasionan. Otras, por juzgar que las enfermedades eruptivas son "normales", incluso prefieren que las contraigan cuando son pequeños, porque cuando les da cuando sean mayores, son más peligrosas (idea médica difundida antes de la generalización de la vacuna). Esto podría significar que las campañas de vacunación, sobre todo las que se realizan yendo "casa por casa", constituyen una acción obligatoria que no genera aceptación voluntaria por parte de los cuidadores. Por esta razón no se convierten en parte de la cultura del cuidado de la salud, de tal manera que los cuidadores no solicitan ni aprecian la vacunación (véanse Capítulos 6 [Rubín de Celis & Vidal *et al.*] y 8 [Hoérée & Sejas *et al.*]).

Esta situación se evidencia aún más cuando los cuidadores reconocen que el "carnet de crecimiento y desarrollo" sirve para controlar las dosis de vacunas aplicadas, lo que se acentúa cuando el personal de salud les recomienda que no pierdan el carnet por ser un documento "casi legal" para matricular al niño en el centro de educación inicial, donde es un requisito llevar la constancia de haber recibido todas las vacunas para matricularlo (véanse Capítulos 6 [Rubín de Celis & Vidal *et al.*] y 7 [Lefèvre & Hoérée *et al.*]).

Pareciera que la relación que se establece entre el personal de salud y los cuidadores, tanto en la estrategia de vacunación poblacional (campañas) como en la atención individual (Centro de Salud), es asimétrica y autoritaria frente a los cuidadores. Transmite la impresión que la vacunación es algo "obligatorio" –como la obligación de ir a votar en las elecciones– y no

que es un "derecho de los niños" que los cuidadores pueden exigir al Estado, el cual tiene la obligación de proteger la salud de la niñez (Ley General de Salud)⁸. Es decir, la falta de un diálogo comprensivo y de retroalimentación permanente entre cuidadores y proveedores de salud con conocimientos diferentes pero complementarios, no parece permitir encontrar un consenso que facilitaría el acceso a los servicios de salud por parte de los cuidadores, superando las barreras geográficas y socioeconómicas (las culturales debieran ser resueltas por la valoración de las diferencias, el intercambio de información y la búsqueda del consenso).

En 1942, con la creación de los servicios nacionales dirigidos a los daños predominantes de la época (malaria y tuberculosis, entre otros), se impulsa el desarrollo de los programas de salud con el aporte del enfoque epidemiológico-ecológico, que explica la historia natural de la enfermedad a través de la pérdida del equilibrio entre agente, huésped y ambiente. Surgen los niveles de prevención que proporcionan los instrumentos necesarios para intervenir en el control de las enfermedades infecciosas, potenciándose los programas de salud dirigidos al control de daños, los cuales perciben al individuo como "objeto" que contiene el daño y no a la persona que tiene un problema de salud (Lazo 1994).

Los Programas de "Control de Enfermedad Diarreica Aguda y Cólera" (CEDAC) y el Programa de "Control de Infecciones Respiratorias Agudas" (CIRA) están fundamentalmente orientados a evitar la deshidratación y muerte por diarrea y la muerte por neumonía de niños menores de cinco años. Estos Programas cuentan con protocolos de atención que permiten que aún personal no especializado en medicina pueda manejar hasta cierto nivel estos casos, incluyendo a las promotoras

8 Congreso de la República, "Ley 26842 Ley General de Salud" (Título I: "De los derechos, deberes y responsabilidades concernientes a la salud individual", Art.9, 10 y 12). Ed. Diario "El Peruano" Año XV N° 6232, 20 (Julio 1997: 151246).

de salud debidamente capacitadas. Actualmente, estos Programas suministran medicamentos sin costo alguno para los menores de cinco años.

Cuando el niño no retorna a su control, se utiliza la estrategia de la visita domiciliar de seguimiento. Esta visita tiene por objetivo persuadir a la madre o al cuidador que lleve al niño al control en el establecimiento. Además, tiene como finalidad promover el mejoramiento de las condiciones del ambiente familiar para prevenir nuevos episodios de "Enfermedad Diarreica Aguda" (EDA), "Infecciones Respiratorias Agudas" (IRA) y otros. En estos casos, el enfoque recuperativo se centra en el daño y los factores condicionantes del mismo, asumiendo que un cambio de conducta por parte de los cuidadores evitará complicaciones o nuevos episodios, en una suerte de obediencia a las indicaciones sanitarias de los técnicos.

La actitud de estos últimos es la de no tomar en cuenta la percepción que tienen los cuidadores acerca de la causalidad de las enfermedades infecciosas ni descubrir o valorar los tratamientos tradicionales a los que acostumbran recurrir, inclusive antes de solicitar la atención médica en los servicios. Proporcionan una "receta" o indicación que debe ser cumplida, subvalorando o ignorando las explicaciones de los cuidadores, tales como: "*Les da parásitos por comer muchos dulces*"; "*Tienen diarrea porque se cayeron y se les volteó el estómago*"; "*Diarrea porque se pasó de frío*" o porque está "*asustado*", teniendo cada una de estas explicaciones una terapia definida (véase Capítulo 4 [Rubín de Celis & Pecho *et al.*]).

Las medidas preventivas para estos daños se basan generalmente en las líneas de acción de los demás programas. Así, por ejemplo, entre las medidas para prevenir las IRA están las inmunizaciones, la nutrición apropiada, el control del embarazo para prevenir un bajo peso al nacer, la lactancia materna y el control del ambiente doméstico.

Esta aparente separación de funciones y actividades por programas conduce a duplicar esfuerzos y diluir los escasos recursos existentes, sobre todo para el componente preventivo

de los Programas de control de daños. De esta manera, se genera muchas veces a nivel operativo una competencia interna entre los responsables de programas, los cuales desarrollan desarticuladamente sus acciones preventivas, cuando pudieran ser coincidentes o complementarias. En otras palabras, la organización y el funcionamiento de los programas verticales crea una "cultura de apropiación de disciplinas". Cuando éstos recaen en personas diferentes o en una misma persona (caso de algunos Centros o Puestos de salud con un solo profesional o técnico), este personal se siente abrumado por la "multifuncionalidad" de que es objeto.

Desde directrices del nivel central, cada programa tiene un andamiaje de procesos de organización, programación, supervisión y evaluación que, actualmente, es objeto de preocupación en el nivel central. Se están realizando algunos cambios (que más adelante analizaremos) mediante los cuales se pretende el acercamiento a un abordaje más integral y beneficioso para el niño y para el personal de salud.

Al mismo tiempo que se crean los servicios nacionales para el control de enfermedades, se instaura el "Servicio Nacional de Protección Materno-Infantil" que fue precedido por la "Junta de Protección de la Infancia y el Instituto del Niño". Estos Programas se dirigen a grupos poblacionales específicos de mayor vulnerabilidad biológica, diferenciándose de los Programas preventivo/promocionales y de los recuperativos o de control de daños. Estos últimos reforzaron el modelo biomédico de la atención de salud.

4.5 El ejemplo del "Programa de Crecimiento y Desarrollo"

El Programa preventivo/promocional del niño es el del "Crecimiento y Desarrollo" (CRED), que tiene por objetivo promover un óptimo crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años, con la activa participación de la familia, de las organizaciones e instituciones comunales y del sector salud en su conjunto (MINSA 1996). Con relación al crecimiento del niño,

trata los aspectos de promoción de la lactancia materna, la adecuada ablactancia, la alimentación balanceada, la detección de niños en riesgo de desnutrición o con deficiencias nutricionales y sus respectivas intervenciones recuperativas y de rehabilitación. Con respecto al desarrollo del niño, promueve la evaluación y estimulación del desarrollo, del lenguaje, de la primera socialización, la coordinación y motricidad, la detección de problemas y su intervención. Estas acciones se realizan en todos los niveles de atención, según su nivel de complejidad y en función de los recursos de que dispone el sistema de servicios de salud.

El crecimiento del niño se centra en la importancia de la alimentación y nutrición, que no se relaciona con el proceso del desarrollo del niño. Este aspecto es definido como un "proceso biológico", dinámico, continuo e individual que comprende una serie de cambios mediante los cuales el niño va adquiriendo habilidades para realizar funciones como hablar, caminar, jugar, correr y relacionarse con los demás, según el grado de madurez alcanzado. El enfoque para abordar el desarrollo del niño es de tipo "conductual", pues en la evaluación de habilidades del niño se observan las conductas, comparándolas con patrones establecidos, considerándose un desarrollo normal si el niño realiza todas las funciones que corresponden al desarrollo de su edad y si realiza una o varias prematuramente. Si no fuera así, se les enseña a los padres el plan de estimulación del desarrollo que corresponde aplicar a su niño según su edad.

De esta manera, el desarrollo del niño es tratado como un hecho de madurez fundamentalmente biológico, que depende de la estimulación que le brinde la madre o el cuidador. Se considera al niño al margen de todos los factores que influyen en su vida cotidiana, donde las percepciones de los cuidadores acerca de la crianza tienen que ver con la estimulación que le brindan. Es más, el desarrollo del niño tiene que ver con la calidad del cuidado que se le imparte, existiendo conocimientos, experiencias, sentimientos y factores socioeconómicos y

culturales que se manifiestan en las relaciones entre los padres, el trabajo, la comunidad, las instituciones y organizaciones sociales que constituyen el soporte de la vida familiar (véanse Capítulos 4 [Rubín de Celis & Pecho *et al.*] y 5 [Suremain]). El enfoque biologista desconoce o no toma en cuenta estas dimensiones, limitando de esta manera las probabilidades de éxito de los esfuerzos desplegados por el personal para apoyar y orientar el óptimo desarrollo de los niños.

5. La planificación/programación de los programas de salud

En la década del 60 surge en el Perú el método de planificación del Centro de Encuestas Nacionales para el Desarrollo Económico y Social (CENDES) y la OPS. Este método obedece al modelo de desarrollo vigente en esa época, el cual define la salud como un componente del desarrollo. Por lo tanto, se consideraba que las acciones debían abarcar gran parte del territorio nacional. Se crean los Programas nacionales, en los cuales el diagnóstico y la priorización de los daños se realizan a nivel central, creando la intervención programática, instrumento que articula las intervenciones sanitarias. Es a este nivel central que se diseñan las políticas y normas, y se asignan los recursos. Cada unidad productora de servicios es concebida como una unidad de programación y ejecución de programas de salud en un ámbito determinado; de esta manera se constituyeron los Programas verticales de salud que adoptaron la política de extensión de cobertura como su principal meta. Este método sugerido por las organizaciones internacionales de salud se implementó en toda América Latina.

El método de planificación en salud le agrega el ingrediente de asignación y uso eficiente de los recursos, orientándose a la productividad con un análisis de los costos de producción; la epidemiología aporta al diagnóstico de salud y los sistemas de información; se le da mayor racionalidad al proceso de toma

de decisiones; se incorpora el enfoque sistémico en la administración de programas de salud, desarrollándose la tecnología de procesos, lo que se tradujo en una normalización técnica y administrativa que estandarizó procedimientos de atención y gestión de los programas.

En este período se incorpora la educación para la salud como un componente de los programas de salud, con un enfoque conductista, siendo el objetivo de la educación sanitaria producir cambios en el comportamiento humano para mejorar el cuidado de su salud, independientemente del contexto socioeconómico, político y cultural que rodea al ser humano.

La estrategia de "Atención Primaria de Salud" (APS) en 1978 reconoció a los programas de salud como acciones relacionadas entre sí para alcanzar objetivos precisos, pero que dependían de la situación socioeconómica y epidemiológica de cada país. Con metas cuantificadas, hasta donde fuera posible, y con recursos tecnológicos apropiados, su finalidad era lograr la "salud para todos en el año 2000". Los conceptos fundamentales que la estrategia de APS trajo consigo, pero que se desvirtuaron en su operacionalización, fueron: la participación social, la acción intersectorial y la descentralización. Cabe mencionar que en esta década, el Perú atravesó la peor crisis económica y social de su historia, que repercutió fuertemente en los servicios de salud en los cuales el enfoque biomédico predominante no permitía ver con claridad los factores condicionantes y determinantes de la situación de salud de la población. Esta situación se evidenciaba en las altas tasas de mortalidad infantil (127 x 1000 n.v. en 1985) y las bajas coberturas de inmunización (antipolio 23% de cobertura).

Los programas de salud se caracterizaron por su excesiva fragmentación que, en el caso de los Programas del niño, produjeron una pérdida de integralidad en las intervenciones de salud. La atención a los niños, fragmentada por daños o funciones diferenciadas de los Programas, no permitía ganar oportunidades de intervenciones más integrales, perdiéndose eficacia debido a esa irracionalidad técnica y administrativa.

Por otra parte, la falta de un verdadero proceso de descentralización del Estado provoca en los niveles locales de salud una escasa capacidad de decisión sobre el desarrollo de los programas de salud. Como consecuencia, estos niveles operan sin conocimiento de la situación real de la salud del ámbito de intervención del programa. Este hecho les impide crear y utilizar alternativas ligadas a la realidad local. De esta manera, el proceso de programación de actividades se convierte en un acto mecánico de llenado de formularios, intentando cumplir con las normas predeterminadas por el nivel central.

En esta situación, la participación social en salud también se encuentra limitada ya que la comunidad organizada es convocada solamente para apoyar actividades de difusión y captación de pacientes, con el propósito de mejorar las coberturas de atención del servicio y no para que los servicios sean interlocutores de la población ni portavoces de sus necesidades o demandas. La participación, definida como el ejercicio de toma de decisiones, se hace imposible dentro de este enfoque no solamente biologista sino centralista.

6. La reforma como experiencia local

La experiencia de la reforma de salud a nivel local es percibida por la mayoría del personal de salud como el sometimiento a nuevas directivas que tiene que cumplir al ejecutar los programas de salud. Estas normas desintegran la atención del financiamiento. ¿Por qué estas directivas? Porque la planificación sigue siendo centralizada y vertical, dando prioridad a la producción de servicios y a la productividad, es decir a la relación entre recursos invertidos y recursos utilizados. Esto permite a los que toman las decisiones, valorar la eficiencia no como alternativa eficaz de menor costo, sino simplemente como alternativa de menor costo. Sin embargo, esta eficiencia es percibida por el personal de salud como una "pérdida de calidad en la atención". Señalan: "*Ameritar pro-*

ducción es contar el tiempo, que tú tienes que limitarte con cada paciente, y esto impide que tengas una valoración integral de lo que le pasa al paciente”.

Por otro lado, desde los años 2000-2001, el sector viene impulsando la atención integral concebida como el reconocimiento de la integridad biológica y psíquica del paciente. La última modificación propuesta por el MINSA es convertir los programas verticales desintegrados en atención que se brinda a la población según ciclos de vida. Dentro de esta perspectiva, el niño que acude a los servicios por cualquier malestar, puede y debe recibir todos los servicios que ofrece el establecimiento, esté sano o enfermo, si los necesita. El problema surge cuando el niño es derivado de un servicio preventivo (completamente subsidiado) a uno recuperativo, donde tiene que pagar la consulta. Al no tener dinero para pagar esta consulta, pierde la oportunidad de poder recibir atención respecto a otros problemas que presenta, más aún si se tiene que realizar algún examen auxiliar de diagnóstico que no es subsidiado.

En este enfoque de integralidad de la atención, también se observa el predominio del enfoque biológico. La intervención se queda en el plano de los fenómenos o hechos (curar la enfermedad, aconsejar estimulación psicomotriz) sin considerar los factores que condicionan o determinan dichos fenómenos. La relación personal de salud / usuario aparece como prescriptiva, buscando evaluar la eficacia en función del cumplimiento de las indicaciones, ignorando las limitaciones en las condiciones de vida que pueden llevar a cumplir parcialmente o no las órdenes o consejos vertidos durante la atención. Un profesional de salud de un establecimiento del primer nivel en Independencia cuenta:

Es bien duro pensar de que nosotros solamente tenemos que llegar a coberturas, números... porque son números lo que nos evalúan; no nos evalúan el estado psicológico del paciente, si está angustiado por alguna otra cosa; a veces tenemos que ocupar un poquito de nuestro tiempo en eso, pero eso no nos evalúan.

Existe el sentimiento de que la exigencia de la producción de actividades les hace perder su condición de profesional o la riqueza científica y técnica de la formación que han tenido. Manifiestan:

Yo digo, justamente por la norma esa de rendimiento, se debilita la posibilidad de centrar nuestra función en las necesidades del niño, porque cuando tú haces un buen interrogatorio, puedes encontrar otras necesidades que no son los motivos de consulta del niño, pero como termina el tiempo, no puedes escuchar lo suficiente al paciente...

Existe un reconocimiento explícito del enfoque integral de la atención de salud que proviene de la formación profesional, pero que no se aplica en la práctica. Este reconocimiento incluye una defensa clara de que lo biológico tiene su espacio, y no es que predomina sobre lo psicosocial, sino que son las circunstancias de la práctica profesional en el contexto actual las que limitan la atención integral. Un profesional de un establecimiento del primer nivel en Independencia señala:

No es menos cierto que en la consulta se prioriza la parte biológica, eso es algo que estaba pensando justamente sobre el buen desarrollo del niño; yo no pienso que la parte biológica o somática reste la parte psicológica-social del niño; eso no se puede restar. Lo que pasa es que por el tiempo, uno mide la parte biológica, y un poco que mutila la parte psíquica-social; pero el verdadero profesional sabe que una persona puede sentirse somáticamente bien, pero si no tiene trabajo, tiene conflicto con los vecinos, tiene problemas sociales, eso va a repercutir en el estado psíquico y esto altera el nivel de inmunidad o defensa. El sistema biológico se altera y es porque la parte psíquica o social no le satisface al individuo.

Existe el reconocimiento de que los servicios de salud son predominantemente recuperativos y se señala como una deficiencia de la comunidad que no está preparada para actuar en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, porque no existe mucha difusión acerca de esos conociemien-

tos preventivos. Sin embargo, esta observación siempre se hace en relación con la posibilidad o imposibilidad del cumplimiento de las metas de los servicios. Como si las necesidades y problemas de salud existieran para que los servicios puedan alcanzar sus objetivos y no los de la población y su salud. Un profesional de Independencia explica:

Ellos van al servicio cuando tienen la necesidad de recuperar su salud, por eso hay mucha demanda, pero para lo preventivo hay que ir a buscarlos para cumplir las metas, ellos no están preparados, no tienen el conocimiento de la prevención y promoción de la salud...

Como si se pensara que el sistema de servicios de salud requiere de más enfermos para que exista mayor demanda de estos servicios, es decir, si la población se mantuviera sana, ya no recurriría a los servicios. En efecto, cuando la gente se siente sana, vive su vida cotidiana sin pensar en acudir a un servicio de salud; incluso puede pensar que está sana aún cuando tenga alguna enfermedad, como cuando madres o cuidadores dicen: *"Un niño está sanito cuando está alegre, juguetón, travieso, come bien, pero puede tener moquitos, resfrio, estómago flojo o están bajos de peso"* (véase Capítulo 4 [Rubín de Celis & Pecho *et al.*]). Estas expresiones de las madres reflejan su concepto de salud y su relación con la vida cotidiana, en la que las enfermedades leves no son un motivo de consulta médica sino posiblemente de cuidados en el hogar, ligados a tratamientos "tradicionales".

En cuanto al tema de la participación social a través de las promotoras de salud, el personal de los servicios considera que el trabajo del promotor es y debe ser voluntario porque es para su comunidad, sin tomar en cuenta que la promotora es una madre de familia que también debe ganar ingresos y que muchas veces deja su trabajo por algunas horas para dedicarse al trabajo de promotora. Evalúan la efectividad del trabajo de la promotora en función de su capacidad de llevar pacientes al servicio de salud y de contribuir al cumplimiento de las metas

de cobertura de los programas. El trabajo en salud es valorado en función de los indicadores de cuántas actividades pueden realizar y cuántos usuarios pueden ser atendidos. La participación social está centrada en las necesidades administrativas de los servicios de salud y no en las necesidades de la población.

7. Conclusión

Finalmente, la implementación de la reforma en sus doce años de existencia ha transformado definitivamente la visión de servicio de épocas pasadas a una visión de actividad económica de producción de una atención fragmentada que, en última instancia, se pretende transformar con nuevas reglas y normas, cuando ya ha creado una "cultura organizacional" cuyos resultados no han sido lo satisfactorios que se pretendía.

Esta cultura no puede ser cambiada únicamente mediante nuevas reglas y normas. Es necesario iniciar procesos de reflexión y de cambio no sólo en el personal de salud sino sobre todo en la población y sus organizaciones. Es en este sentido que el Proyecto se constituye en un elemento fundamental para lograr este propósito (véase Introducción General).

En la actualidad son los grupos de profesionales e intelectuales de la Sociedad Civil los que intentan implementar a nivel teórico y práctico esta visión integradora, pudiéndose citar, entre muchos otros, las Mesas de Concertación y los Consorcios de Profesionales que teorizan sobre la reorganización de los sistemas de salud, tal como Francke (2001: 25), quien exige "la apertura" del Estado al fortalecimiento de la Sociedad Civil:

(...) debe avanzarse en la definición de planes regionales de salud, en la transparencia de información de políticas y Programas, en la generalización de los CLAS con mayor participación ciudadana en su seno y en la promoción de la participación social en los servicios de salud comunitarios. Tal Política también

exige un fortalecimiento de la Sociedad Civil, particularmente de la organización de los pobres –cuya voz es débil–, que genere un foro permanente de análisis y discusión de políticas de salud. Deben ser alentadas las organizaciones de usuarios de promotores de salud y de representantes comunales en los CLAS, no de manera aislada y subordinada a los organismos públicos..., sino como un sistema independiente de monitoreo y evaluación de la equidad, la calidad y los derechos en salud.

En el Proyecto se adquirió una experiencia de apertura de los servicios y de una nueva modalidad de preparación a la participación igualitaria que ha enriquecido tanto al equipo de profesionales multidisciplinares como a las promotoras y madres de familia (véase Capítulo 10 [Pecho & Rubín de Celis *et al.*].

Referencias bibliográficas

- ARROYO, J.
1998 "La reforma del Sector salud en el Perú 1990-1998", ponencia en el Seminario 'Pobreza y políticas sociales', Universidad del Pacífico, Lima, doc. mimeo.
- BERMAN, P.
1993 "Health Sector Reform: Making Health Development Sustainable". En: *Health Sector Reform in developing Countries* (Berman, P. ed.): 13-33. Boston: Harvard School of Public Health.
- CORTEZ, R.
1998 "Equidad y calidad en la entrega de servicios de salud: el caso de los CLAS", ponencia en el 'Segundo encuentro nacional de los equipos permanentes de apoyo al Programa de Administración Compartida', Universidad del Pacífico, Lima, doc. mimeo.
- FRANCKE, P.
2001 "Lineamientos de políticas en salud 2001-2006". En: *Políticas de salud 2001-2006* (Consortio de Investigación Económica y Social ed.): 21-34. Lima: Visual Service SRL.

- KIM, Y.J. & SHAKOW, A. & BAYONA, J. & RHATINGAN, J. & RUBÍN de CELIS, E.
 2001 "Sickness amidst recovery: public debt and private suffering in Peru". En: *Dying for growth. Global inequality and the health of the poor* (Kim, Y.J. ed.): 127-153. Monroe: Common Courage Press.
- LAZO, O.
 1994 "Los Programas de Salud en el Perú", Curso de salud pública/Programa de Educación Permanente, Centro de Salud Pública, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, doc. mimeo.
- MINISTERIO DE SALUD (MINSA)
 1995 "El desafío del cambio de milenio: un sector salud con equidad, eficiencia y calidad. Lineamientos de política de Salud 1995-2000", *Documento Interno Febrero y Abril 1995*, Lima.
 1996 "Normas de atención del niño menor de cinco años", *Dirección general de salud de las personas*, Lima.
- OSBORNE, D. & GAEBLER, T.
 1993 *Reinventing government: how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*. New York: Plume Books.
- ROLLAND-BURGER, L. & CRUZ CUBAS, A.
 1999 "Políticas de salud y desarrollo integral", ponencia en el Seminario 'Políticas de desarrollo' (Banco Mundial y Conseil Santé), Paris, doc. mimeo.
- RUBÍN de CELIS, E.
 2001 "El nuevo orden mundial y su impacto en las políticas de salud". En: *Democratización de la salud. La deuda social pendiente* (Ruiz de Montoya, A. ed.): 91-112. Lima: Instituto de Ética y Desarrollo.
- UGARTE UBILLUZ, O. & MONJE, J.A.
 1998 "Equidad y reforma en el sector salud", ponencia en el Seminario 'Pobreza y políticas sociales', Lima, doc. mimeo.
- VAN DER LINDE, M.
 2001 "Deuda externa y políticas sociales". En: *Democratización de la Salud. La deuda social pendiente* (Ruiz de Montoya, A. ed.): 51-76. Lima: Instituto de Ética y Desarrollo.

WEBER, M.

1966 *The Theory of Social and Economic Organization*. New York:
Free Press Paperback.

Reforma de salud en Bolivia: ¿Dónde se sitúa el proceso?

Daniel Illanes, Edgar Sejas & Edgar Ardúz

1. Introducción: las reformas de salud en el mundo

En las décadas de los años 60, 70 y 80, en la mayoría de los países latinoamericanos una de las características de la organización de los sistemas de salud ha sido sin duda su centralización por parte de las instancias responsables (Ministerios de Salud). Esta concentración privilegiaba a las capitales y los centros poblados, en desmedro de las poblaciones más alejadas, contradiciendo la afirmación de que uno de los beneficios de la centralización es la distribución equitativa de los recursos (Jaramillo 2001).

Por otro lado, este modelo de un Estado benefactor, centralista y controlador impactó en la forma de organización de la atención en salud. Se reflejaba por mucho tiempo en la implementación de programas "verticales" controlados desde las sedes de Gobierno, con escasa representación en la red de los servicios de salud que asumían la ejecución de las políticas, estrategias y actividades, dictadas según las necesidades momentáneas identificadas por los tecnócratas del nivel central.

A este escenario se añade el sometimiento a un paradigma centrado en la enfermedad, denominado también "modelo patogénico biomédico" (De Angulo & Lozada 1992), que no toma en cuenta –o no reconoce– la globalidad del entorno en

el que vive la población usuaria de los servicios. Las actividades centrales de los servicios de salud se dirigían al diagnóstico y control de las enfermedades transmisibles, entendiéndose como la única vía de mejorar el estado de salud de la población.

La reforma¹ iniciada en los países latinoamericanos plantea una modernización del Estado que promueva, por un lado, procesos de descentralización que disminuyan cada vez más el espacio ocupado por el Estado de manera que sea más eficaz, eficiente y equitativo. Por otro lado, la tendencia a la privatización es entendida y desarrollada en el contexto de la apertura económica y de la globalización. Los aspectos de accesibilidad, eficacia, eficiencia y calidad son mencionados en todas las experiencias, en las que son utilizados para introducir, en muchos casos, modelos privados en salud (Franco 2001).

Tras algunas consideraciones conceptuales previas sobre el contexto general de la reforma de los sistemas de salud en los países latinoamericanos, analizaremos a continuación el proceso de implementación de la reforma en Bolivia, centrándonos en los logros y las debilidades del proceso, así como en algunos otros aspectos importantes a ser profundizados.

2. Conceptos

A continuación, se resumen los componentes centrales de los procesos de reforma en el sector salud.

1 Por reforma sectorial se entiende un proceso que permite introducir importantes cambios en las diferentes instancias y funciones del sector, con el objetivo de incrementar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia en su gestión, la efectividad en sus acciones y de lograr la satisfacción de las necesidades de salud de una población (OPS/OMS 1997).

2.1 Equidad

Se define como la recepción de la misma atención sanitaria para las mismas necesidades de salud (igualdad de acceso a los servicios de salud). Puede referirse también a la distribución de los recursos y la utilización de los servicios (Gómez & Rabanaque *et al.* 2001).

2.2 Eficacia, efectividad y eficiencia

La eficacia hace referencia a resultados, efectos o beneficios obtenidos mediante una determinada acción en condiciones ideales. La efectividad se refiere a los resultados alcanzados en situaciones reales, por lo que en ningún caso puede ser considerada como un sinónimo de la primera. La eficiencia siempre ha sido entendida como todo logro obtenido con el menor costo. Se debe relacionar siempre con el uso adecuado y racional de los recursos disponibles (Gómez & Rabanaque *et al.* 2001).

2.3 Control o contención de costos

El control o la contención de costos también se refiere a criterios de efectividad y eficiencia, en tanto se pretende que los recursos económicos disponibles se utilicen de manera que se puedan cubrir los costos de las acciones o actividades, garantizando a su vez la sostenibilidad de las mismas.

2.4 Accesibilidad universal

Los principios de solidaridad y universalidad postulan, en aras de la equidad, que los usuarios que tengan las mismas necesidades, tengan igualdad de oportunidad en el acceso a los servicios de salud, en tanto que sus aportes, sea mediante contribuciones a la seguridad social o mediante impuestos, se ajusten al ingreso. Por otra parte, que se asignen los mismos recursos a las mismas necesidades en salud y se brinde una

atención diferencial a grupos con mayores desventajas o con necesidades específicas (OPS/OMS *et al.* 1994).

2.5 Definición de nuevos roles

Dentro de este nuevo modelo se han definido roles que reflejan una clara identificación con el modelo de mercado, ya que se distinguen: (i) un rol de comprador (usuario); (ii) un rol de prestador u ofertante de servicios (servicios públicos y privados); y (iii) un rol regulador (que se espera asuma la rectoría técnica y que estaría representando al Estado, i.e. el Ministerio de Salud). Este último nos muestra la necesidad de una real modificación del papel tradicional del Estado.

3. Características de la reforma en los países latinoamericanos

Parece existir un consenso de que la tendencia de los procesos de reforma en los países latinoamericanos se dirige al establecimiento de modelos de mercado, reforzando el papel regulador del Estado, que norma y controla la función compradora ante prestadores públicos o privados. Esta estructura reguladora determina, entre otros aspectos: (i) la tensión entre operación de procesos de mercado y de control jerárquico; (ii) los diversos grados de independencia del proveedor y del comprador; (iii) la definición de cuáles son las organizaciones que asumen la regulación y la inspección; y (iv) la definición del papel del Gobierno central y de los Ministerios, y de otras entidades (Walsh 1995).

Esta reforma de gestión induce a identificar nuevas funciones públicas. La mayoría de las experiencias especifican la firma de contratos, los cuales plantean serias exigencias, como: (i) la capacidad para analizar necesidades y la efectividad de procedimientos; (ii) la definición de prioridades; (iii) la capacidad para traducir prioridades en materia de política social que han sido formuladas en especificaciones detalladas y en estándares de calidad; (iv) la capacidad de especificar el pro-

ducto y de monitorear el desempeño; y (v) el control de selección adversa de proveedores, de mayor o menor relevancia, según sea la composición mixta público-privada (Fleury 2000).

Además se consideran importantes las funciones de regulación y de protección del usuario en relación con la calidad y la pertinencia de las prestaciones, y con la penalización de prácticas inadecuadas o discriminatorias, aunque también se acepta que el usuario y/o la comunidad misma pueden compartir esta responsabilidad.

En la actualidad, la mayoría de los países de la región latinoamericana están inmersos en procesos de reforma del sector salud. La orientación de estas experiencias está claramente dirigida a lograr la equidad y mayores niveles de eficacia y eficiencia en la formulación de políticas públicas y, por otro lado, a la regulación, el financiamiento, la gestión y la provisión de la atención en salud (OPS/OMS 1997).

Según Fleury (2000), este patrón de organización en salud fue, sin duda, el reflejo del modelo de políticas sociales y condicionó una situación caracterizada por:

- La exclusión de ciertos grupos poblacionales en las áreas rurales y de las poblaciones indígenas; un desconocimiento (o exclusión) de actores locales que en ese tiempo no gozaban de un reconocimiento por parte del Estado;
- Una red de servicios muy concentrada (en los centros más poblados y las capitales);
- Una orientación unidireccional hacia aspectos curativos y de restablecimiento de la salud;
- El gran riesgo de la injerencia política y del cuidado de intereses de la minoría gobernante;
- La escasa participación de la población en la prestación de los servicios de salud.

En los años 70 se inicia la denominada "crisis del modelo centralista" (Jaramillo 2001), originada por el incremento del precio del petróleo, los excesivos gastos del sector público y

los consecuentes procesos inflacionarios. Este fenómeno condujo a una clara tendencia por parte del Estado a abandonar sus obligaciones frente al sector social; en este marco, se iniciaron nuevas experiencias en países como Chile y Brasil, que lograron mejorar el funcionamiento y la organización de sus sistemas de salud en base a procesos de descentralización.

En la década de los 80, el Banco Mundial presenta su "Agenda para la Reforma" en la que –partiendo del análisis de la situación de los sistemas de salud y de las formas de administración pública– propone una restricción del gasto público en salud y dirigirlo exclusivamente a servicios que representen un beneficio para un importante grupo de la población (acciones preventivas), en tanto que otro tipo de prestaciones (acciones curativas) debían ser asumidas (pagadas) directamente por el usuario del servicio.

Este discurso se modifica un tanto en 1993 cuando el propio Banco Mundial habla específicamente de "inversión en salud", proponiendo claramente intervenciones para disminuir el gasto público en actividades de salud reconocidas como "costo efectivo", la separación y definición de los roles del Estado, de los prestadores de servicios y de los usuarios, con una clara tendencia a la privatización del sector de salud según un modelo de mercado marcado por la competitividad².

4. El proceso de reforma de salud en Bolivia

4.1 Evolución del sistema boliviano de salud: breve reseña histórica

El sistema de salud boliviano, al igual que en muchos otros países, respondió históricamente al modelo centralista estatal.

2 Véase los informes públicos elaborados y difundidos por técnicos del Banco Mundial, agencia financiera y de cooperación que desde hace aproximadamente dos décadas viene estableciendo una hegemonía en la orientación técnica de los procesos de reforma y en el financiamiento de acciones en salud.

Sin embargo, existieron importantes esfuerzos que ayudaron a desarrollar procesos de descentralización.

Así, en la década de los 80 se organiza y pone en marcha el "Plan Integral de Actividades en Áreas de Salud" (PIAAS). Se introduce como nueva estrategia la conformación de los Comités Populares de Salud (CPS), cuyas acciones lograron exitosas movilizaciones en campañas de vacunación masiva. Hacia finales de esta década, la OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud) inicia la implementación de los "Sistemas Locales de Salud" (SLS) y, hasta 1990, el Ministerio de Salud Pública y Previsión Social establece una nueva organización en base a unidades departamentales (cinco Direcciones Nacionales y seis Programas). De ahí la organización en un nivel central (Ministerio de Salud), un nivel regional (Unidades Sanitarias) y un nivel local (Distritos de Salud).

4.2 Los principales cambios

En Bolivia se produjeron importantes cambios a partir del retorno a la democracia en 1982. Se impulsaron medidas dirigidas al cambio estructural en tres áreas claramente delimitadas: (i) la reforma del Estado; (ii) la reorganización de la economía; y (iii) la integración social. En la década de los 80, Bolivia vivió momentos críticos con fenómenos hiperinflacionarios y programas drásticos de estabilización económica y de liberalización de la economía nacional (Grebe & Valdivia 1995), eventos que marcaron una época difícil para toda la población.

En la década de los 90, se establecen importantes cambios en las decisiones e iniciativas adoptadas por el Gobierno como respuesta a la difícil situación social y económica, que plantean:

- Una reforma de la Constitución Política del Estado en 1994, que reconoce el carácter multiétnico y pluricultural del país;

- La reforma educativa, orientada a mejorar el acceso y mejorar la calidad de la enseñanza;
- La capitalización de empresas nacionales con el fin de incrementar la inversión en las mismas con capitales extranjeros, además de un control adecuado de la gestión de estos últimos;
- La reforma administrativa del poder ejecutivo mediante la reorganización de los Ministerios en cuanto a su número y orientación; se crea el Ministerio de Desarrollo Humano responsable de la educación, salud, saneamiento básico, vivienda, cultura y deportes;
- Las Leyes de Participación Popular (1994) y Descentralización Administrativa (1995) que redefinen el rol del Estado y tienen por objetivo una participación social más activa, disminuyendo las inequidades y asegurando una distribución más justa de los recursos públicos (Toranzo 1996).

4.3 El nuevo modelo sanitario

Con la promulgación de las Leyes de Participación Popular y Descentralización Administrativa, se identifica la necesidad de adecuar el Modelo Sanitario. En este sentido, se incorporan en la estructura organizativa las Organizaciones Territoriales de Base (OTBs) y los Gobiernos Municipales. Se conforman redes de servicios en directa relación con la jurisdicción de los municipios. El modelo de gestión adoptado consiste en:

- Un nivel central constituido por la Secretaría Nacional de Salud (dependiente del nuevo Ministerio de Desarrollo Humano) con una función de rectoría técnica y de definición de políticas y estrategias nacionales;
- Un nivel regional basado en las Direcciones Departamentales de Salud (Secretarías Regionales de Salud), dependientes de las Prefecturas (representación política del Gobierno) con funciones de planificación, organización operativa y control en base a objetivos definidos;

- Un nivel de articulación regional a través de la creación de las Direcciones Territoriales de Salud (conformadas por el Distrito de Salud, el municipio y la población);
- Un nivel de articulación local a través de las Unidades Básicas de Gestión (conformadas por los servicios de salud, autoridades locales y las OTBs);
- Un nivel de atención conformado por las denominadas Unidades de Programación en Salud (los servicios de atención del primer y segundo nivel).

Esta nueva forma de organización ha evolucionado al presente, aunque sin perder de vista su propósito central, que es el de generar una mayor participación social. Actualmente, se ha restituido el Ministerio de Salud y Previsión Social, aunque con una tendencia hacia la descentralización. A nivel departamental, se han constituido los Directorios Municipales de Salud, en los cuales confluyen representantes de los diferentes actores locales (como la Prefectura), a través del Servicio Departamental de Salud, los Distritos de Salud y el Gobierno Municipal. A nivel de los Hospitales del segundo y tercer nivel, se han conformado Directorios de Gestión Compartida, al igual que, en 1999, en los servicios del primer nivel con los Directorios Locales de Gestión (Ministerio de Salud y Previsión Social).

La responsabilidad de los Gobiernos Municipales sobre la infraestructura y el mantenimiento de los servicios de salud está siendo cada vez más ampliada. Además de su participación en el financiamiento del denominado Seguro Básico de Salud (antes llamado Seguro de Maternidad y Niñez), se les permite la contratación de recursos humanos para el sector salud. En algunos municipios, estos elementos han permitido generar verdaderos procesos de gestión compartida y de control de los servicios de salud (Grebe 1998).

Recientemente, la tendencia va dirigida a la consolidación y profundización del proceso de descentralización en salud. Se han desarrollado planes de "Gestión Autónoma de Hospi-

tales" (GAH) y de "Gestión Descentralizada de los Distritos de Salud" (GDDS). Ambos incorporan claros elementos de capacidad de gestión, calidad y control de las actividades.

4.4 Características del nuevo modelo

El nuevo modelo sanitario implementado mediante Decreto Supremo en febrero de 1996 constituye una adecuación a los procesos de participación popular y de descentralización administrativa, que forman parte de las reformas estructurales del Estado. A este nuevo contexto se añade la creación de seguros universales de salud. Con ambos componentes, Bolivia toma el camino de la reforma del sector salud (Loayza 1997).

4.4.1 Seguro Básico de Salud

Un sistema nacional de seguro –cuyo origen es el denominado "Seguro de Maternidad y Niñez"– brinda actualmente 96 prestaciones dirigidas principalmente al binomio madre/niño y a otros grupos de riesgo. El costo de estas prestaciones es subvencionado por los Gobiernos Municipales (fondos de coparticipación tributaria). Es la principal iniciativa de salud en Bolivia que pretende asegurar el acceso universal y gratuito de la población a los servicios esenciales de salud (MSPS 1999).

4.4.2 Escudo epidemiológico

Tiene por objetivo garantizar a la población la protección contra enfermedades inmunoprevenibles y las transmitidas por vectores (principalmente chagas, malaria, tuberculosis, fiebre amarilla y leishmaniasis).

4.4.3 Descentralización: separación de roles

En base al nuevo modelo sanitario y a los niveles de gestión mencionados anteriormente, su propósito es incrementar

los niveles de decisión locales y convertir al Ministerio de Salud en entidad reguladora.

4.4.4 Compromisos de gestión

Con la participación de los actores locales y de los servicios de salud, se pretende generar una cultura de evaluación por desempeño y lograr que el personal de salud trabaje en base a objetivos reales y consensuados.

4.4.5 Modelo de atención integral

Respondiendo a la nueva tendencia y al cambio de paradigma en el ámbito de la salud, se promueve una visión integral y global de los usuarios sin descuidar el componente asistencial, pero poniendo énfasis en la promoción y construcción de la salud en forma participativa. Se trata de los Programas de "Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia" (AIEPI) y del "Paquete Materno Neonatal" (PMN).

4.4.6 MAR: co-financiamiento

El "Mecanismo de Asignación de Recursos" (MAR) es una iniciativa que pretende mejorar la inversión en proyectos, estrategias y actividades en salud en los niveles locales. El municipio debe contribuir con un aporte propio y negociar con entes financieros nacionales e internacionales nuevas inversiones en el sector.

4.4.7 Reforma hospitalaria

Como una estrategia de consolidación/ fortalecimiento de la descentralización, se pretende que los servicios de los Hospitales puedan convertirse en "empresas" productivas y autosostenibles.

4.4.8 Gestión social

Se reconoce la necesidad de reorientar los procesos de planificación, gestión, ejecución y control de actividades en salud con una mayor participación de la población. Ésta se convierte en el responsable de controlar la correcta utilización de los recursos y el cumplimiento de las actividades de los servicios.

4.4.9 Medicina familiar

Esta iniciativa pretende modificar el modelo de atención de los servicios de salud hacia un enfoque familiar que permita una mejor relación entre el personal de salud y la población.

5. Discusión

5.1 Un conjunto de estrategias convergentes

Los componentes de la reforma de salud forman parte del denominado "Plan Estratégico de Salud" que se convirtió en la política de salud del Gobierno Bánzer (1997 al 2002).

Sin embargo, considerando las particularidades de estos aspectos (con un marco legal regulatorio elevado a rango de ley), no es difícil relacionar esta propuesta con los lineamientos políticos y económicos internacionales vigentes, que son preconizados por los principales entes financieros en salud, en especial el Banco Mundial. Prueba clara de esta afirmación es que el actual Presidente Sánchez de Lozada (2002) ha decidido profundizar y dar continuidad al proceso de reforma del sector salud.

El mencionado Seguro Básico de Salud se ha convertido actualmente en el Seguro Universal Materno Infantil, en el cual se ha ampliado la cobertura de problemas de salud a cubrir, todo el costo de diagnóstico, tratamiento médico, tratamiento quirúrgico y pruebas de laboratorio sin excepción alguna, en los grupos de riesgo priorizados (mujeres gestantes y niños

menores de cinco años). Esta última medida ha provocado que los Gobiernos Municipales se conviertan en los principales opositores a la ampliación, debido a que en la mayoría de los casos existen problemas administrativos y deudas acumuladas con el Seguro Básico de Salud.

Otra estrategia de la reforma de salud es la implementación del Programa de

“Extensión de la Salud” (EXTENSA), que se basa en la organización de equipos de salud multidisciplinarios itinerantes que se desplazan para prestar atención en las áreas geográficas más alejadas.

Una última estrategia va enfocada al desarrollo de la gestión municipal de políticas públicas. En este sentido, se ha fomentado un “Modelo de Gestión Participativa en Salud” dirigido al ámbito municipal, que pretende facilitar la comprensión de las necesidades y demandas de la población, así como la organización y adecuación de la oferta del sistema público de salud (Dorakis ed. 2002).

5.2 Implicaciones de la reforma en el actual sistema de salud

Bolivia ha iniciado un proceso que identifica y prioriza la necesidad de facilitar la participación política, económica y administrativa de la ciudadanía, permitiendo a los nuevos actores sociales reconocidos legalmente (Prefecturas, Gobiernos Municipales, Sociedad Civil organizada) utilizar un nuevo escenario de diálogo e interacción: el municipio.

Sin embargo, este proceso ha tenido repercusiones en la organización de los servicios y en la oferta de atención en salud, muchos de ellos positivos y otros aún discutibles. De manera sintética podemos mencionar los siguientes.

5.2.1 Logros

- Los Gobiernos Municipales cuentan con recursos propios y con competencias suficientes para poder dar una respues-

ta a las necesidades locales. Este hecho ha permitido mejorar la equidad en la distribución de los recursos del Estado. Se han evidenciado considerables incrementos en el gasto total en salud (salud *per cápita*, en el porcentaje del PIB, en el presupuesto de contratación de recursos humanos y en el gasto en medicamentos) y también un importante aumento de la ayuda internacional en calidad de donaciones. Los fondos de coparticipación asignados al Seguro Básico de Salud se han incrementado de US\$ 5.8 millones en 1998 a cerca de US\$ 12 millones entre 1999 y el 2000. La distribución del gasto público en salud ha favorecido a las redes básicas (primer y segundo nivel), con un 64% de la inversión y gastos en personal, en comparación con el 34% destinado a Hospitales complejos (Francke 2002).

- Existen posibilidades de ampliación de las fuentes de financiamiento para su asignación y uso adecuado en la prestación de servicios. Gracias al MAR (Mecanismo de Asignación de Recursos), muchos municipios han llegado a triplicar sus recursos propios. La Cooperación Holandesa, por ejemplo, ha invertido cerca de siete millones de dólares en la organización de ocho servicios del primer nivel en el Municipio de El Alto (zona de La Paz).
- Posibilidad de participación directa del ciudadano en todos los procesos de planificación, ejecución y control de actividades prioritarias incluidas en un "Plan Operativo Anual" (POA). Todo ciudadano tiene el derecho de participar en reuniones de planificación, asistir a sesiones de consejo municipal, etc., en las que se toman decisiones.
- El nuevo modelo sanitario ha permitido el desarrollo de un sistema público descentralizado y participativo de salud. La gestión de la salud se ha descentralizado hasta el nivel de jurisdicción municipal. Mediante reglamentaciones, se ha definido la asignación de recursos municipales para el sector salud. En la actualidad, se habla de un nuevo proceso: la municipalización de la salud y la educación.

- El Seguro Básico de Salud ha mejorado la accesibilidad a los servicios de salud, eliminando por completo la barrera económica. Se ha incrementado la cobertura de las prestaciones y mejorado muchos de los indicadores de salud. Un claro ejemplo es el caso del Municipio de El Alto donde la tasa de ocupación de camas aumentó del 74% al 84% (a pesar de que el incremento de camas en los Hospitales fue de 33 a 110 unidades), además del incremento de la consulta externa en un 18% en el primer nivel de atención (Lavadenz 2002).
- Se ha reorientado y reforzado la capacitación y calificación del personal hacia áreas de gestión de servicios, evaluación y supervisión. Se ha organizado el Servicio Nacional de Administración de Personal; esta instancia coordina, selecciona y canaliza fondos para la capacitación de los recursos humanos de acuerdo a las necesidades. Un claro ejemplo de ello son las licitaciones públicas e invitaciones a las universidades públicas de Bolivia para la capacitación en gestión de servicios de salud, salud familiar, tecnificación de auxiliares de enfermería, etc.
- Se ha promovido una mayor participación comunitaria en salud mediante la gestión local de los servicios de salud, y los Gobiernos Municipales han recibido la responsabilidad de administrar los recursos producidos en salud y de velar por el equipamiento y la infraestructura. Muchos servicios de salud se han beneficiado y mejorado su capacidad instalada.
- La descentralización de la gestión en los territorios municipales ha permitido desarrollar una real participación de los "Equipos de Gestión de Distritos" (EGD) y que éstos se conviertan en verdaderos gerentes locales, brindando en muchos casos incluso un asesoramiento técnico en salud a los Gobiernos Municipales. En los municipios del Trópico de Cochabamba, entre 1995 y 1998, la responsabilidad de la planificación y organización en salud se delegó al Director Distrital correspondiente.

5.2.3 Dificultades identificadas

- Se ha evidenciado que las capacidades de gestión de los Gobiernos Municipales son insuficientes. Se observaron casos de incapacidad de gasto de los recursos financieros, una insuficiente habilidad de creación de alianzas estratégicas y de atracción de nuevas inversiones. En otros casos existieron y aún existen problemas de corrupción. Pese a los evidentes incrementos en el gasto o la inversión en salud, aún se consideran insuficientes para las necesidades del país. El gasto total en salud en el año 2000 fue del orden de US\$ 421 millones, un 4.9% del PIB que, comparado con los países desarrollados (el 7 y el 14%, cf. Francke 2002), es aún reducido.
- Un problema común en Bolivia es la insuficiente capacidad en la elaboración de proyectos de desarrollo, hecho que muchas veces ha significado la pérdida de fondos de cooperación. En otros casos se han logrado recursos para actividades muy aisladas y que no significaban un verdadero aporte al desarrollo local. Los recursos humanos municipales tuvieron que ser incrementados y se tuvieron que contratar profesionales en distintas áreas. Sin embargo, esto sólo es posible en municipios grandes con recursos suficientes y no así en municipios pequeños.
- La representación comunitaria en los Comités de Vigilancia es todavía insuficiente. La mayoría de los ciudadanos no asumen el rol que el Estado les asigna y reconoce. Esta situación ha hecho que en muchos municipios, el grupo que detenta el poder político tenga injerencia directa en el Comité de Vigilancia.
- Todavía no se ha logrado una verdadera descentralización de la gestión de los servicios. Se ha establecido más bien una desconcentración de las actividades, ya que el personal todavía depende del Gobierno a través de las Prefecturas. El presupuesto que se asigna a la salud depende en gran medida de la percepción de necesidades de la pobla-

ción. Un común denominador en la mayoría de los municipios es la tendencia de invertir únicamente en infraestructura nueva para el sector salud, y en muchos casos se pretende construir “mini hospitales” en cada comunidad (una revisión de los POAs municipales de la gestión 2000 demostró que aproximadamente un 85% del presupuesto total en salud, fuera del destinado al Seguro Básico de Salud, estuvo destinado a la construcción de Centros de Salud con camas).

- El Seguro Básico de Salud ha provocado indirectamente la “competencia” injusta entre los servicios brindados por Hospitales y los servicios del primer nivel. Uno de los efectos de esta competencia explica el porqué, actualmente, los Hospitales de referencia han incrementado las atenciones consideradas primarias (en muchos casos afectando la calidad de atención a los usuarios) en tanto que, en los servicios del primer nivel, los índices de utilización no se han modificado sustancialmente o, inclusive, en muchos servicios han disminuido aún más. Como ejemplo, se menciona el Municipio de El Alto, donde el incremento de la consulta externa fue desproporcionado: aumentó en un 18% en los servicios del primer nivel y en un 84% en el Hospital, es decir, se produjo una sobrecarga en los servicios brindados por el Hospital (Lavadenz 2002).
- El personal depende todavía del nivel central y en muchos casos es objeto de injerencias políticas, hecho que impide un real desarrollo institucional. La inestabilidad funcional continúa siendo un problema frecuente, y los cargos jerárquicos son ocupados en muchos casos por profesionales sin experiencia ni competencia en salud pública o gestión de servicios de salud.
- Todavía no se ha logrado consolidar una verdadera participación comunitaria. Existen muchas dificultades de relacionamiento entre el personal de salud y las poblaciones (condicionadas por la cultura, el idioma y la situación socioeconómica). La responsabilidad municipal ha dege-

nerado en muchos casos nuevamente en una "administración centralizada", y no se brindan facilidades para un desarrollo autogestionario de los mismos. En el municipio de Punata, la administración del Hospital Provincial fue delegada a una Orden Religiosa, lo que ocasionó su "aislamiento" con relación a la Red de Servicios del Distrito Rural. En el gran municipio de Cochabamba, por ejemplo, el administrador municipal de los servicios de salud centraliza todos los fondos generados en la red de servicios, los cuales se quejan de la falta de disponibilidad de recursos para gastos de funcionamiento. En algunos casos (Centro de Salud de Chávez Rancho), el monto de caja chica no sobrepasa los 15 US\$ mensuales, totalmente insuficientes para la adquisición de insumos básicos. Además, existen retrasos en el desembolso municipal.

- Existen muy pocas experiencias de profundización de la descentralización, debido a que la estructura es todavía rígida y no se dispone de todas las condiciones para asegurar una verdadera gestión y toma de decisiones a nivel local. No se dispone de los recursos descentralizados. El nivel local no puede decidir sobre contratos de personal. No se admiten adecuaciones locales en la prestación de los servicios. En muchos casos es un problema de falta de compromiso e de iniciativa individual. En el caso del sector salud, muchos de los funcionarios del nivel de gestión departamental y/o distrital designados mediante favores políticos, no tienen ni las competencias ni el interés de inmiscuirse en el proceso.
- En las condiciones actuales, en las que los servicios públicos son los menos provistos de equipamiento e infraestructura adecuada, el modelo de mercado y la idea de incorporar a múltiples prestadores de servicios puede significar el desmoronamiento del sistema público de salud. De este modo, las tendencias a la privatización generarían nuevamente inequidad e inaccesibilidad.
- El rol de regulación y control del Estado aún no está consolidado. El Ministerio de Salud sólo tiene influencia en el

sistema público y de Seguridad Social y no así en el sector privado. La acción de los sindicatos gremiales ha conducido muchas veces a la renuncia del nivel rector.

6. Conclusión: ¿cómo profundizar la reforma?

Pese a las dificultades en el desarrollo de los cambios en curso, es muy necesario apoyar la profundización de la reforma en el sector salud. En primera instancia porque en el nuevo escenario establecido, los actores han empezado a asumir sus roles (jurisdicción municipal). Por otra parte, si Bolivia sigue las tendencias internacionales, tiene posibilidades de convertirse en un referente para el continente gracias al marco jurídico legal vigente. Sin embargo, algunos componentes de la reforma, como la medición de la productividad, deben estar de acuerdo a las capacidades actuales y a los recursos de los cuales disponen los servicios de salud.

Profundizar la conformación de mercados o cuasi mercados con las actuales características de los servicios públicos de salud, puede significar a futuro su destrucción en beneficio de ofertas privadas de atención. Esta situación es potencialmente generadora de conflictos sociales. Es también discutible la equidad en la estrategia del Seguro Básico de Salud (o Seguro Universal Materno Infantil), ya que éste favorece únicamente al binomio madre/niño, mientras que el resto de la población debe recurrir al sector privado o tradicional con sus costos elevados. Otro elemento importante a destacar es que a pesar del tiempo transcurrido desde su implementación y de todas las estrategias de difusión utilizadas, aún existen datos que muestran que cerca del 40% de la población desconoce el Seguro Básico de Salud; ello implica que las poblaciones más alejadas y más pobres aún no se han beneficiado de estos servicios (Lugo & Gutiérrez 2002).

Deben apoyarse todas las iniciativas locales que demuestren resultados positivos con procesos participativos y generar nuevas experiencias en el área. La consolidación de la par-

participación no es producto directo de una ley promulgada, sino del compromiso individual e institucional. Una de las vías que deben ser promovidas es la generación de micro proyectos de desarrollo local integrales (educación, salud, producción y organización) que no sean exclusivamente del área de salud. Las poblaciones tienen otras necesidades.

El papel del sector salud con relación al apoyo de los procesos participativos debe revisarse y establecerse con claridad. Los trabajadores de salud deben entender que tienen la responsabilidad de ayudar a las organizaciones de la población para que movilicen sus propios recursos.

Las instituciones prestadoras de cuidado médico, como los Hospitales y los Centros de Salud, deben invitar a las organizaciones comunitarias a unirse mejor. Los profesionales y técnicos en salud (públicos y privados) deberían recibir capacitación en métodos y estrategias de participación comunitaria para mejorar la salud de la población (Restrepo 2000).

Finalmente, se debe plantear una discusión sobre la gratuidad de los servicios, pues en países en vías de desarrollo es muy difícil asegurar la sostenibilidad a futuro. Experiencias en países africanos han demostrado que la población puede involucrarse más en la gestión de los servicios de salud (iniciativa de Bamako en Malí) y permitir una autogestión con costos accesibles para la población. En la experiencia boliviana, el Seguro Básico de Salud ha producido un aumento de la demanda de los servicios de los Hospitales de referencia, pero comprometiéndose en gran medida la calidad de la oferta de atención y la contención de costos. El primer nivel de atención se encuentra en desventaja y en riesgo de perder la confianza de la población.

Referencias bibliográficas

De ANGULO, J.M. & LOZADA, L.

1992 *Salud Integral: explorando un nuevo modelo para el trabajo en salud*. La Paz: MAP Internacional.

DORAKIS, M. (ed.)

2002 *Modelo de gestión municipal participativa en salud*. La Paz: DDPC/C&C Editores.

FLEURY, S.

2000 "¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud en América Latina", notas de clase 'Curso gestión social INDES', Washington D.C., doc.mimeo.

FRANCO, G.A.

2001 "Sistemas previsionales, salud y reformas en América Latina", *Revista de Salud Pública-Journal of Public Health* 3(3): 223-244.

FRANCKE, P.

2002 "El financiamiento de la salud en Bolivia", *Ministerio de Salud y Previsión Social-Dirección General de Servicios de Salud*: 31-49.

GOMEZ, L.I. & RABANAQUE, M.J. & ALBAR, C.

2001 "Diseño de programas de salud". En: *Medicina preventiva y salud pública* (Piédrola, G. ed.): 1047-1059. Barcelona: Masson.

GREBE, H. & VALDIVIA, J.

1995 "La descentralización y los cambios en el sector de salud en Bolivia", *Fundación Milenio* 3: 12-20.

GREBE, H.

1998 "La descentralización de los recursos humanos en salud en Bolivia", *Fundación Milenio* 3: 22-35.

JARAMILLO, P.I.

2001 "El nuevo papel del estado en la prestación y aseguramiento de los servicios de salud", *Revista de Salud Pública-Journal of Public Health* 3(3): 191-222.

LAVADENZ, F.

2002 "Redes públicas descentralizadas y comunitarias de salud en Bolivia: una experiencia de transferencia de poder, desarrollo integral de servicios y gestión por resultados", *Ministerio de Salud y Previsión Social-Dirección General de Servicios de Salud*: 23-34.

LOAYZA, H.

1997 *Foro: balance y perspectivas de la reforma de salud en Bolivia*. La Paz: Organización Panamericana de la Salud/Organización

Mundial de la Salud/Community and Child Health/
CECAPSO.

LUGO, O. & GUTIERREZ, M.

2002 "El seguro básico de salud: difusión y uso", *Ministerio de Salud y Previsión Social-Dirección General de Servicios de Salud*: 33-53.

MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL (MSPS)

1999 *Profundización del proceso de descentralización del sector salud*. La Paz: Ministerio de Salud y Previsión Social.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD/CEPAL (OPS/OMS/CEPAL)

1994 *Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud/CEPAL.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OPS/OMS)

1997 *La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud en los procesos de reforma sectorial*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

RESTREPO, H.

2000 "Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud", 5^o *Conferencia Mundial de Promoción de la Salud*, México, doc. mimeo.

TORANZO, C.

1996 *Reforma del sector salud en Bolivia*. La Paz, Bolivia: ILDIS.

WALSH, K.

1995 *Public services and market mechanisms*. London: MacMillan Press/Public Policy and Politics.

Representaciones y significados de la salud infantil en el Perú

Emma Rubín de Celis, Iris Pecho & Charles-Édouard de Suremain

1. Introducción¹

La prevención y la promoción de la salud infantil han sido temas de inversión importantes por parte de los organismos internacionales. Tanto la OMS (Organización Mundial de la Salud) como la OPS (Oficina Panamericana de la Salud) han estimulado y orientado investigaciones, técnicas y procedimientos en las diferentes dimensiones de la salud infantil, especialmente en las áreas de la inmunización, nutrición, estimulación psicomotriz, del lenguaje, de la primera socialización y de la educación orientada hacia las madres. A estos esfuerzos se suman los de las numerosas Organizaciones No Gubernamentales (ONGs).

Dentro de los servicios de salud y particularmente después de la reforma del sector que, en el Perú, se inicia en la década de los noventa (véase Capítulo 2 [Pecho & Rubín de Celis]), las intervenciones a favor de la salud infantil consisten en la aplicación de un Programa vertical (“Crecimiento y Desarrollo” o

1 Agradecemos a las madres de Ermitaño, Chocas y Río Seco que han contribuido a este capítulo, reflexionando con nosotros/as sobre sus saberes y prácticas. Agradecemos también los aportes de Nancy Suárez y Ruth Valverde, que nos acompañaron en todo el proceso, y a Eduardo Vidal por sus aportes en los aspectos teóricos.

CRED) que hizo suyos los objetivos y metas de los organismos internacionales. Ha desplegado extraordinarios esfuerzos para ampliar las coberturas de atención y mejorar, sobre todo a través de actividades educativas, individuales o de grupo, los comportamientos de las madres y fortalecer su rol de apoyo al buen crecimiento y desarrollo de sus hijos.

Sin embargo, los esfuerzos por disminuir la desnutrición y las otras anomalías del crecimiento y desarrollo, especialmente de los menores de cinco años, no han tenido el éxito deseado. La desnutrición crónica y aguda sigue siendo un problema preocupante, y lo es también la poca concurrencia de las madres al control de crecimiento y desarrollo, sobre todo después del primer año en que los niños han terminado de recibir sus vacunas (véase Introducción General).

De manera general, estos problemas provienen del enfoque esencialmente biomedical del proceso salud/enfermedad que tienen los proveedores de la atención de la salud. Este enfoque se centra más en la enfermedad o el daño que en el enfermo. Considera los factores sociales, económicos o culturales como "factores de riesgo" y como si fueran únicamente datos o hechos, sin tomar en cuenta las lógicas o dinámicas sociales que los producen. Tampoco aprecian la complejidad y la dimensión humana de los problemas que enfrentan los niños. El otro problema radica en la relación entre el proveedor de la atención y el receptor de la misma. Esta relación se define por su carácter asimétrico (dominancia/subalternidad), que no permite ni un diagnóstico acucioso ni una orientación eficaz de la madre para la recuperación de la salud del niño.

A estas dos dificultades se añaden las exigencias de reforma del sector salud (véase Capítulo 2 [Pecho & Rubín de Celis]) que conlleva una serie de sustanciales cambios estructurales en: (i) la concepción del papel y las funciones del Estado con relación a la protección y promoción de la salud; (ii) la organización de los servicios de salud; y (iii) los términos de la relación entre los servicios de salud y las poblaciones. Esta reforma ha ido desarrollando muy paulatinamente un cuerpo conceptual

no muy claro de la misión del sector y las políticas, planes y programas que la concreticen, dando lugar a múltiples interpretaciones en su aplicación. Algunas de estas interpretaciones contradicen la propia visión de la población sobre su papel, sus derechos y su responsabilidad con relación a la salud del niño².

En el Perú, el Proyecto de investigación se basa en dos afirmaciones: (i) la salud de los niños menores de cinco años depende no sólo de la calidad técnica de los proveedores de atención de la salud sino del conocimiento y las prácticas de las madres³; y (ii) las relaciones médico/madre constituyen un espacio de interacción aún cuando la segunda parezca tener una actitud más pasiva que el primero.

Las actividades de investigación con las madres tuvieron como metas: (i) identificar/aclarar sus conocimientos y prácticas basadas en sus representaciones, y los significados que asignan al crecimiento y desarrollo del niño; y (ii) comprender cuál eran sus lógicas y cómo éstas influían en el crecimiento y desarrollo de los niños. La finalidad del estudio era contribuir a enriquecer los encuentros entre cuidadores y proveedores de la atención de la salud, dando mayor calidad al cuidado impartido al niño (véase Introducción General).

Este Capítulo presenta los principales resultados de la investigación socioantropológica orientada a comprender los significados y las representaciones de las madres de niños menores de cinco años con respecto al proceso salud/enfermedad y

2 El estudio de tres universidades (UPCH/UNAS/CHC) en cinco regiones del país encontró como rasgos comunes en la atención la predominancia de la racionalidad económica que hacía difícil mantener la calidad de la atención y determinó cuatro tipos de gestión: (i) patronal; (ii) burocrática; (iii) emprendedora; y (iv) regresiva. Salvo la tercera, se alejaban de la nueva visión de universalidad (eficiencia y calidad) que, como cuadro conceptual, proponía la reforma del sector (MINSAs & UPCH *et al.* 1996).

3 Para facilitar la lectura, utilizamos la palabra "madre" en vez de "madre y/o de otro/as cuidadores", excepto en los casos en que se trata de otro cuidador que no sea la madre (padre, abuela, tía, etc.).

a los cuidados especiales que deben darse al niño para apoyar su crecimiento y desarrollo. Globalmente, la investigación se interesó por las madres y otros cuidadores del niño, así como por el personal de los servicios de salud de las dos zonas de estudio. Enfatizaremos las lógicas de las madres y haremos una comparación entre las lógicas de los diferentes actores.

Nuestro objetivo no es sólo describir los significados y las representaciones que tienen las madres acerca de la salud de sus hijos y señalar las prácticas que desarrollan en su cuidado. Nos interesa, además, compartir las reflexiones a las que nos llevó el constante diálogo con estos cuidadores y las lecciones que sacamos de este diálogo.

2. Marco conceptual de la investigación

El enfoque conceptual sobre el que se fundamenta la investigación toma en cuenta tres teorías complementarias: el constructivismo, la teoría de las representaciones sociales y el interaccionismo simbólico.

2.1 El constructivismo

Del constructivismo tomamos la idea de que la realidad no es una verdad única, objetiva, externa al observador, regida por reglas naturales e inmutables, como lo señala el paradigma convencional positivista. Se trata más bien de una construcción social e histórica a la que se llega por consenso entre los diferentes observadores. Éstos tendrán una visión diferente de acuerdo a la posición que tengan con relación a la realidad que observan o dentro de la cual actúan. Según Guba & Lincoln (1989: 12-13):

La realidad es múltiple y socialmente construida, sin ley ni causa. La verdad sólo puede ser definida como construcción mejor informada (en cantidad y en calidad) y más sofisticada (según el poder disponible para comprender y utilizar la información) sobre la cual hay consenso.

También Allard señala (1991: 38-39):

Hay tantas verdades como actores comprometidos en un programa. El evaluador sólo será útil si contribuye a la construcción de un consenso entre los actores acerca de la concepción y la ejecución de un programa.

Aplicando esta teoría al presente estudio, entendimos los cuidados impartidos al niño como una "coproducción" que pone al personal de los servicios en relación con los diferentes cuidadores del niño. Cada uno de los actores tiene una percepción diferente sobre lo que es y cómo mantener la salud. Así, el supuesto básico fue que los padres o los responsables tienen sus propias percepciones, conocimientos y prácticas respecto al cuidado y desarrollo de los niños. Éstos prevalecerán frente a las del personal de salud. Se aplicó entonces un enfoque constructivista que permite a cada uno de los grupos expresar sus posiciones y llegar a un consenso respecto a este tema.

2.2 La teoría de las representaciones sociales

La segunda teoría es la de las representaciones sociales. Como dice Moscovici (1981: 183):

(...) los seres humanos son cualquier cosa menos receptores pasivos, piensan (...) y producen y comunican constantemente representaciones (...). [En todas partes] la gente está haciendo observaciones críticas, comentando, confeccionando 'filosofías' no oficiales, las cuales tienen una influencia decisiva en sus elecciones, forma de educar a sus hijos (...).

Y Jodelet destaca (1981: 9-10):

El concepto de representaciones sociales designa una forma de conocimiento específico, el saber del sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales marcados socialmente (...). Las representaciones sociales son modalidades de pensamiento práctico orientadas hacia

la comunicación, la comprensión y el dominio del ambiente social, material e ideal. Como tales, presentan características específicas en el plano de la organización de los contenidos de las operaciones mentales y de la lógica.

Esta teoría nos permitió encontrar la racionalidad y lógica de las diferencias y la distancia entre el conocimiento del personal de salud y el de las madres. Nos permite también comprender el sentido común no como una simple acumulación de creencias, sino como un proceso de construcción que puede tener sus bases en la herencia cultural, pero que va incorporando resultados de las propias experiencias o reflexiones y adecuándose en la mayor medida posible a las condiciones de vida y a los límites materiales. Como bien dice Blanch (1985: 4):

El ser humano (...) no es un reproductor de las informaciones que recibe y selecciona, sino un productor de informaciones y significados. No existe una ruptura tajante entre el mundo interior del sujeto y el mundo exterior en el cual éste se encuentra.

También Jodelet señala (1981: 182):

El sujeto y el objeto no son fundamentalmente distintos. Representarse algo es darse en conjunto, indiferenciadamente, el estímulo y la respuesta (...). Esto implica que siempre hay una parte de construcción y reconstrucción en el acto de representación.

En el marco de la presente investigación, esta teoría nos permite encontrar la coherencia: (i) entre lo que uno piensa y cómo actúa (es decir, entre las percepciones, los conceptos y las prácticas en materia de salud, crecimiento y desarrollo); y (ii) entre las percepciones y prácticas terapéuticas de los cuidadores del niño. Esto exige ir más allá de la descripción, con el fin de tratar de encontrar la racionalidad o lógica que está detrás de las percepciones y conceptos, y a observar la relación entre ellos.

Este marco teórico permitió controlar el sesgo que interpreta las diferencias de saberes y prácticas como únicamente

debidas a la falta de información y, por lo tanto, adaptar tanto la metodología de obtención de datos en la fase de estudio, como la metodología educativa en la fase de intervención.

2.3 El interaccionismo simbólico

Siendo otro de los objetivos de la investigación la descripción y la comprensión de las actitudes de los profesionales de salud frente a las percepciones y prácticas de las madres, la teoría del "interaccionismo simbólico" resultó útil en varios aspectos.

En el estudio de las actitudes se hallan varias dificultades que provienen de la naturaleza del concepto mismo y de su utilidad para entender las conductas. Tenemos en primer lugar que una actitud es algo que no se percibe directamente sino que debe someterse a un proceso de deducción de la conducta que le sigue. En segundo lugar, es imposible definir los elementos de la actitud de tal manera que podamos discernir cuáles se manifiestan y deben tomarse en cuenta y cuáles no.

En la aplicación del concepto de actitud al estudio de las conductas, surgen otras ambigüedades. Como concepto predominante, se denomina "actitud" a una predisposición a la acción: "*La actitud está concebida como una tendencia, un estado de preparación o disposición que antecede a la acción, la dirige y la moldea*" (Blumer 1982: 71). Se estima que si conocemos esa actitud, podemos predecir la conducta que seguirá y que, cambiando la actitud, cambiaremos la conducta. Sin embargo, es difícil diferenciar el concepto de actitud de otros conceptos tales como "impulso", "mecanismo", "apetito", etc. En otras palabras, no se sabe cuáles son los elementos empíricos que podemos considerar como "indicadores" de una actitud⁴.

4 El uso de escalas de clasificación de actitudes se basa en: "(...) una idea preconcebida de lo que compone una actitud, que debe ser adaptada por añadidura, de forma que cumpla ciertos criterios de cuantificación" (Blumer 1982: 69).

La teoría del interaccionismo simbólico afirma que la “tendencia” y la “acción” no son sólo los dos elementos extremos del mismo acto, sino que entre ellos existe toda una serie de análisis y “cálculos” rápidos que realiza el individuo antes de actuar. Así, Mead (1934) demuestra que la actitud está constituida por un caudal de interacciones del individuo consigo mismo, el cual identifica diversas cosas y objetos, los define y valora. Reúne lo que ha seleccionado y se organiza para actuar. La actitud es entonces un proceso de alternativas de selección que hacen funcionar la tendencia “(...) a veces orientándola, otras configurándola y en ocasiones transformándola, bloqueándola o suprimiéndola inexorablemente” (Blumer 1982: 72). El ejemplo de tener hambre y comer ilustra como estos dos extremos están mediatizados por un proceso. Éste incluye la constatación que las molestias o inquietudes que afectan a la persona corresponden al hambre, hasta la definición de en qué circunstancias, lugar y tiempo se encuentra en ese momento. Finalmente, termina por decidir si va a comer o si espera y retrasa la acción o incluso elimina momentáneamente la tendencia.

3. Metodología

3.1 Técnicas de recolección de datos y cuadro interpretativo

El estudio considera la salud como el campo de interacciones entre por lo menos dos grupos de actores: los cuidadores y el personal de salud (profesionales y técnicos). Estos actores fueron investigados dentro de sus escenarios cotidianos (el hogar y los servicios de salud).

Se aplicaron varias técnicas de la etnografía para recolectar los datos. Así, las temáticas, preguntas y observaciones estuvieron orientadas no sólo a conocer el conjunto de percepciones, conocimientos y prácticas de estos actores, sino a descubrir cómo se traducen los elementos *emic* y cómo se ar-

ticulan con aquellos elementos *etic* que traducen los valores de la cultura dominante (Aguirre Batzán 1997).

A nivel de la población, se han investigado los siguientes temas:

- Las representaciones acerca de la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño;
- Las prácticas cotidianas y domésticas con relación a la atención de la enfermedad;
- Las representaciones de la causalidad de las enfermedades;
- Las percepciones y opiniones con relación a los servicios de salud.

Los instrumentos de obtención de información empleados fueron: (i) la observación directa (relación médico/paciente); (ii) las entrevistas semi-estructuradas a personal de salud (12), madres de familia, padres y abuelas (125) que tienen la responsabilidad directa o complementaria de los menores de cinco años de edad; (iii) los grupos focales (12)⁵ con madres de familia, promotoras de salud y padres de familia; (iv) las reuniones de devolución de la información (para profundizar los resultados alcanzados); y (v) las reuniones mensuales (4) por grupo durante seis meses con un total de 100 madres de diferentes asentamientos poblacionales (fase de intervención).

A nivel de los servicios de salud, se han investigado los siguientes temas:

- Las relaciones cotidianas médico/paciente;
- Las representaciones del personal de salud acerca de los cuidadores;
- Las percepciones y opiniones del personal de salud sobre los otros sistemas de salud.

5 El objetivo central de los grupos focales fue descubrir las causas percibidas por los participantes del proceso salud/enfermedad.

Los resultados del estudio fueron devueltos al personal de los Centros de Salud⁶ y a las madres de ambas zonas de estudio.

Para definir el final del período de observación y el número de entrevistas, se utilizó la propuesta de "punto de saturación", considerando que las últimas entrevistas ya no aportaban nada nuevo. Sin embargo, la aplicación de la técnica de los grupos focales añadió nuevos descubrimientos a la problemática.

En la fase de análisis, los resultados han sido ordenados según el modelo de Kleinman (1980) quien clasifica el conjunto de elementos referidos en salud como "cultura médica tradicional", "cultura médica oficial" o "cultura médica popular". Este modelo nos permitió explicar cuál es el lugar de "subordinación" o "dominación" de los poseedores de esas culturas a nivel de las relaciones sociales y técnicas, y cuáles son sus efectos con relación a la salud infantil.

Estos elementos culturales (conocimientos, percepciones y sus referentes prácticas/conductas) tienen una articulación lógica con el estudio, la cual trata de identificar y entender los conceptos sobre salud, crecimiento y desarrollo según los diferentes actores. Para ello, los niveles explicativos del proceso de salud/enfermedad propuestos por Laurell (1994), Breilh (1994) y el modelo causal de Beghin ed. (1988) nos proporcionan una base de interpretación.

De Laurell y Breilh tomamos los tres niveles de explicación de la realidad: (i) el nivel inmediato o fenoménico (los hechos o las enfermedades); (ii) el nivel de las intermediaciones (el nivel de los actores, de sus condiciones y estilos de vida); y

6 En el escenario de las organizaciones de la Sociedad Civil, se devolvieron los resultados del estudio en la Coordinadora de Salud de Carabayllo y en el Comité de Gestión Local de Independencia. En la Universidad Cayetano Heredia fueron presentados en la Facultad de Salud Pública durante jornadas específicas (Pecho & Rubín de Celis 1999).

(iii) el nivel estructural (las reglas de juego y las situaciones generales que afectan a toda la sociedad). Durante los grupos de debate organizados con las madres y el personal de salud, las respuestas fueron ordenadas de acuerdo a estos niveles, usando como gráfico un árbol en el cual lo fenoménico estaba representado por las hojas, las intermediaciones por las ramas y el nivel estructural por el tronco. El ordenamiento se hizo tanto para las explicaciones respecto a la salud como a la enfermedad. Esta misma técnica se utilizó con el personal de salud, cambiando únicamente el árbol por columnas en los cuales el nivel intermedio fue calificado como causas directas y el estructural por causas indirectas.

3.2 Zonas de estudio

Los criterios de base para la elección de las zonas de estudio fueron:

- Diferencias en el contexto económico y sociocultural;
- Factibilidad de la fase de intervención.

Mediante estos criterios se eligieron dos Distritos de la ciudad de Lima (véase Capítulo 1 [Suremain]): (i) Independencia por sus características de zona urbana marginal⁷; y (ii) el Distrito de Carabayllo (y dentro de él, los anexos de Chocas Alto y Medio, y el poblado de Río Seco por sus características más rurales).

7 También porque la Universidad Peruana Cayetano Heredia interviene allí en un proyecto de desarrollo integral, interinstitucional e interdisciplinario (Ministerio de Salud, Organizaciones de Base y ONGs locales).

4. Resultados del estudio

4.1 Datos generales de las madres entrevistadas

4.1.1 En la zona de Independencia⁸

En las dos etapas de la investigación, se entrevistó a un total de 65 personas: 56 madres, cinco abuelas y cuatro padres, todos ellos directamente responsables del cuidado de los niños.

El promedio de edad de las madres es de 30 años. Las familias cuentan en promedio con 6.8 miembros, con, en promedio, tres niños menores de cinco años.

El 63.3% de las madres han nacido en la zona. Un 26.6% proviene de zonas rurales del país y el resto de otras zonas urbanas de Lima. Se trata de una población de larga permanencia en la zona (23 años en promedio).

El 40% de las madres están casadas, el 30% son convivientes y el 30% son madres sin pareja (solteras o separadas).

El 16.6% de las madres sólo han realizado estudios primarios. El 70% realizó estudios completos o incompletos de secundaria y el 13.4% estudios superiores.

En Independencia, el 53.3% de las madres se dedican únicamente a las actividades domésticas y al cuidado de los hijos. El 30% son además pequeñas comerciantes. El 10% se dedica a prestar servicios a terceros (lavado de ropa o cuidado de niños). El 6.7% trabaja en los Comedores Populares a fin de recibir a cambio raciones de alimentos para ellas y sus familias. El ingreso general de la casa depende en un 53.3% de los casos exclusivamente del hombre, en el 30% sólo de la madre y en el resto del aporte conjunto de la pareja o de otros miembros de la familia (cuando se trata de familias extensas).

Las mujeres que trabajan en el comercio lo hacen a tiempo parcial, lo que les permite, además, hacerse cargo personal-

8 Los datos cuantitativos presentados en esta sección provienen de MINSA (2000).

mente del cuidado de los niños. Cuando los ingresos no cubren los gastos de la familia, reciben el apoyo de sus padres o de otro familiar. Esto ocurre principalmente en casos de gastos imprevistos por concepto de recuperación de la salud. El número de mujeres que mantienen solas a sus hijos coincide con el número de mujeres que no tienen pareja. Esto pareciera indicar que, una vez que se separa, el progenitor pocas veces se hace cargo económica y afectivamente del niño.

La vivienda de la mayoría de las entrevistadas en Independencia es de ladrillo: solamente el 16.6% vive en cuartos de estera o adobe. El 23.3% son propietarias de la vivienda y el 63.3% vive en la casa de sus padres o de su cónyuge. El resto habita casas o cuartos alquilados.

Generalmente, las familias que viven en casa de algunos de los padres de la pareja ocupan sólo una habitación (el dormitorio) y comparten la cocina y el baño con los otros habitantes (hermanas o hermanos casados con sus respectivas parejas e hijos). Este hacinamiento influye en la salud de los niños al: (i) relativizar el poder de decisión de la madre; y (ii) proporcionar a la madre recursos humanos y económicos de apoyo para criar a los hijos.

4.1.2 En la zona de Carabayllo

En las tres subzonas (Chocas Medio, Chocas Alto y Río Seco) se entrevistó a un total de 60 personas: 52 madres, seis abuelas y dos padres, todos responsables directos del cuidado de los niños.

En Carabayllo rural, la edad de las madres es de 20 años en promedio. Las familias cuentan con 6.1 miembros en promedio, de los cuales dos son hijos menores de cinco años.

El promedio de tiempo de residencia es de 21.5 años en Chocas Medio y de 10.8 años en Chocas Alto. Chocas Medio es una comunidad que ha consolidado un tipo de organización sociocultural y económica definida, mientras que Chocas Alto es una comunidad en construcción. En Río Seco, casi la totalidad de las madres han nacido allí o en otras localidades cerca-

nas. Encontramos sólo dos madres que habían llegado hacía un año (2001) desde localidades fuera de la comunidad.

El 35.7% de las madres están casadas; el 50% son convivientes, el 7.1% abuelas viudas y el 7.1% son madres solteras. El bajo porcentaje de madres solas en Carabayllo se debe a que, especialmente en la zona de Chocas Alto, los hombres migrantes llegan primero y sólo traen a la esposa o conviviente y a los hijos cuando tienen un trabajo más o menos constante.

En Carabayllo, el 17.8% de las madres no han realizado ningún tipo de estudios; el 32.1% sólo cuenta con estudios primarios; el 42.6% ha realizado estudios completos o incompletos de secundaria y el 7.4% estudios superiores. Casi la totalidad de las madres sin estudios viven en Chocas Alto y Río Seco, mientras que la mayoría de las que atendieron la secundaria son de Chocas Medio.

En la zona, el 35.7% de las madres desempeñan únicamente actividades domésticas; el 42.8% trabaja, además, en actividades agrícolas; el 7.1% son pequeñas comerciantes y el 14.3% trabaja en servicios para terceros. Entre ellas hay una promotora de salud y una encargada del PRONOEI⁹.

La actividad principal de las mujeres en Carabayllo es la agricultura. No obstante, sus condiciones de trabajo son desiguales. Así, en Chocas Medio, la totalidad de las madres son propietarias de sus parcelas. En cambio, las madres de Chocas Alto o de Río Seco son jornaleras eventuales. Esta situación ofrece a las primeras la ventaja de contar con horarios flexibles y de un mayor poder de decisión frente a las últimas¹⁰.

9 El PRONOEI o "Programa no Escolarizado de Educación Inicial" tiene como finalidad estimular el desarrollo psicomotor de los niños entre dos y cinco años. El PRONOEI proporciona a las madres un espacio donde pueden dejar a sus niños cuando tienen que ausentarse del hogar y no tienen con quien dejarlos.

10 Esta diferencia fue tema de reflexión en los grupos focales. Las madres analizaron la situación de precariedad de ocupación e ingresos en Chocas Alto y Río Seco, en comparación con la seguridad y comodidad de la misma ocupación en Chocas Medio. Relacionaron esta situación con la lactancia y ablactancia de sus niños.

En Carabayllo, antes de la reforma agraria de 1968, la localidad de Chocas Medio era una hacienda (véase Capítulo 1 [Suremain]). La población actual ocupa lo que fue la casa de hacienda y las viviendas de los trabajadores asalariados (peones). Consecuentemente, casi la totalidad de las casas son de adobe. En Chocas Alto, la mitad de las entrevistadas vive en casas hechas de esteras. En Río Seco, sólo existen tres casas de material noble y el resto es de tablones de madera, adobe o esteras. En Chocas Medio y Río Seco, las parejas viven casi siempre con sus padres o suegros. Las parejas de Chocas Alto viven prácticamente sin parientes por su condición de inmigrantes recientes. Como veremos más adelante, este hecho repercute en las facilidades o dificultades de cuidar a los menores.

4.2 Representaciones y prácticas acerca de la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño

4.2.1 Responsabilidad general sobre los niños

Este aspecto es el primero que encontramos en el que el discurso difiere de la práctica, especialmente en Chocas Medio. En efecto, las madres, e incluso los padres y otros parientes, en respuestas espontáneas señalan que la madre es la principal responsable del cuidado de los niños. Todos afirman que siempre tiene consigo al niño si es menor de dos años, incluso cuando sale del hogar por poco tiempo. Un escrutinio más acucioso, a través de preguntas repetidas sobre situaciones precisas, nos muestra que las otras actividades de la madre que tiene que realizar fuera de la casa, la obliga a dejar a sus hijos menores bajo la responsabilidad temporal de otra persona. Las diferencias entre los comportamientos, según zona, se relacionan con tres criterios.

4.2.1.1 *La facilidad o dificultad que tienen las madres para dejar al niño bajo el cuidado de otras personas*

El cuidado del niño por otra persona es más fácil y se practica con mayor frecuencia en Chocas Medio donde, por vivir

dentro de una familia extensa, las madres siempre cuentan con las abuelas, tías o primas mayores del menor. Éstas se hacen cargo del niño cuando las madres salen por períodos cortos (hacer compras, ir a trabajar a la parcela, etc.). También para las madres de la zona de Independencia es relativamente fácil confiar el cuidado del niño a otra persona ya que tienen parientes directos o a la suegra en las proximidades, aunque generalmente viven en familias nucleares. Sin embargo, algunas madres, incluso las que trabajan como vendedoras ambulantes o en casas particulares por horas, pueden llevarse al menor, especialmente si están en el periodo de lactancia.

Por el contrario, las madres de Río Seco tienen menos facilidades debido a que no cuentan con parientes en los alrededores o si los tienen, éstos también tienen que salir a trabajar en el campo. En esta zona, la situación de pobreza es el factor que más dificulta la ayuda de parientes mayores, razón por la cual las madres llevan a sus niños a la parcela. Si los propietarios no lo permiten, los dejan al cuidado de sus hijos mayores. Por último, las madres de Chocas Alto, que casi no tienen familiares por haberse asentado recientemente y por su situación de pobreza, se ven obligadas a usar la misma estrategia que las de Río Seco.

4.2.1.2 La capacidad que tiene la persona encargada de asumir esta responsabilidad

La capacidad de la persona que reemplaza temporalmente a la madre es considerada mayor en Chocas Medio y en Independencia que en Chocas Alto y Río Seco, ya que en estos dos últimos lugares, el responsable es un hijo mayor que, en ocasiones, no tiene más de cinco años. Las madres aseguran que los menores son muy responsables. No obstante, la mayoría de los accidentes que reportan los periódicos ocurren porque la madre salió por un corto tiempo dejando a menores cuidando a los más pequeños. Podemos considerar estos casos como situaciones de riesgo. Un escaso número de madres

de Chocas Medio y Alto deja a sus hijos que ya tienen dos años y medio (o más) en las guarderías (Wawa Wasi o PRONOEI)¹¹. Las opiniones sobre este tipo de estrategia varían entre las que desconfían de los cuidados que esas “*personas extrañas*” puedan darles a sus hijos y las que lo perciben como una ventaja porque les permite trabajar.

4.2.1.3 *El grado de influencia que la persona encargada puede tener en la formación de valores del menor y de la iniciativa para solucionar posibles riesgos*

Es en Chocas Medio donde las reemplazantes ejercen mayor autoridad sobre el menor y tienen la mayor influencia en la formación de los valores, dado que son las abuelas (maternas o paternas) que con más frecuencia reemplazan a la madre.

En ambas zonas de estudio, pocas veces las madres dejan a sus hijos menores al cuidado de los padres. Cuando lo hacen, es porque no tienen otra opción. Las madres dicen: “*Porque el padre trabaja*”. Una explicación más profunda demuestra la coincidencia con lo señalado para el caso de Bolivia (véase Capítulo 5 [Suremain]): en ambos países, los hombres y las mujeres tienen roles claramente definidos y socialmente determinados que conducen a que ambos consideren “*normal*” o “*natural*” el hecho que sea la madre y no el padre quien se responsabiliza del cuidado del niño. Las características de la primera socialización que analizaremos más adelante, mostrará que las madres y las abuelas son las encargadas sociales de transmitir esta diferenciación y la subordinación de las mujeres.

4.2.2 *Conceptos y prácticas con relación a la salud del niño*

Es interesante comprobar que en ambas zonas de estudio, las madres coinciden en definir el concepto de salud por el

11 El Wawa Wasi es una guardería que fue creada para permitir a la mujer de escasos recursos económicos dejar a sus niños y poder trabajar.

estado anímico del menor, el cual se refleja en su conducta. Las madres conceptualizan la salud también por su negación. En las tres localidades de Carabayllo señalan: "*Un niño que no está aburrido es un niño sano*".

En este sentido, el buen humor es un signo de buena salud: "*Cuando están inquietos, alegres, traviosos, están sanos*". El hecho de observar y anotar lo visible es comprensible, puesto que la madre no tiene otros recursos, como una balanza, un tallímetro o un termómetro que le permita tener acceso a otros indicadores. En esta representación del bienestar o malestar anímico del infante, encontramos cierta "sabiduría": un niño enfermo es triste, así como un niño desnutrido es apático. Por otra parte, el niño sano no fastidiará a la mamá, no llorará ni querrá que ella lo cargue y atienda constantemente.

Sin embargo, si cruzamos el discurso de las madres con la observación directa, notamos que consideran sanos a sus hijos aunque sea visible que estén con un resfriado o con episodios de diarrea. En casos de enfermedad crónica (epilepsia), los consideran sanos en los períodos en los que no tengan una crisis.

La racionalidad de estos conceptos muestra que no se trata de un desconocimiento de lo que es "normal", sino que las madres se refieren a su propia capacidad para resolver el problema de salud. ¿Por qué dicen "*sanito, pero...*" y añaden una dolencia?: "*Es que no es algo grave*" o "*Es algo que nosotros lo curamos, con hierbas u otros remedios*" o "*No necesitamos llevarlo al Puesto por eso*". Esa misma lógica aparece en la respuesta de una madre cuyo niño tiene epilepsia. En el momento de las convulsiones está enfermo, pero cuando se le da pastillas que le permiten no convulsionar y estar anímicamente bien, considera que su niño está sano. En ambas zonas, mientras el niño continúe activo y siga jugando, no necesita ir al Puesto o a otro curador externo, está sano. En resumen, los dos aspectos más importantes para definir el estado de salud son el juego y el hecho de que el malestar sea manejable dentro del ámbito doméstico.

Solamente las madres (de Independencia y Chocas Medio) que han seguido algún curso de capacitación en el cuidado de

los niños o que se han formado como promotoras, añaden a esta representación de la salud el peso y la talla (de acuerdo a la edad) como otros indicadores del estado de salud. En estos casos, los conocimientos biomédicos se añaden al sistema de representaciones de las madres, sin transformar el núcleo central de éste.

Sintetizando las representaciones de las madres de ambas zonas respecto a los conceptos de salud y enfermedad, se puede distinguir entre tres tipos de respuestas para el primero y una precisión para el segundo:

- Están sanitos cuando están alegres, juguetones, comen bien, son traviesos;
- Están sanitos, aunque tienen "moquitos", tos, gripe, estómago flojo o están bajos de peso;
- Están sanos mientras no presenten alguna crisis (epilepsia);
- Están enfermos cuando son fastidiosos: no comen, lloran o son renegones, o cuando los "bronquios" o las diarreas les dura varios días y que están acompañadas de "calentura" (fiebre).

4.2.3 Acciones y conductas para mantener la salud de los menores

En las representaciones de las madres, los aspectos fundamentales para mantener la salud son la alimentación y la limpieza. A nivel del discurso, es la madre la responsable de realizar las actividades que aseguren estos aspectos. En la práctica intervienen las abuelas o las hijas mayores, sobre todo si la madre trabaja fuera del hogar

4.2.3.1 La lactancia

Las madres perciben la importancia fundamental de la lactancia materna. El término de "lactancia exclusiva" es utilizado

por las madres de ambas zonas que tienen contactos continuos con los servicios de salud. Los términos de "*comida sana*" o "*comida sin condimentos*" son utilizados por las madres de reciente inmigración o por las que no utilizan los servicios de salud. La costumbre de dar otros líquidos a los niños a partir de los dos meses (agüitas) y de añadir alimentos cocidos y aplastados desde los cuatro meses, prolongando la lactancia hasta los dos años, indica la gran distancia entre los consejos del personal de salud y la práctica de las madres, incluso cuando éstas aceptan y utilizan los términos y conceptos de los primeros¹².

Existen varias explicaciones dadas para la lactancia prolongada. Las madres dicen: "*Me da pena que llore, es tan chiquito*" o "*Para que no llore de hambre*". La lactancia prolongada es más frecuente en las zonas de Río Seco y Chocas Alto y coincide con la mayor pobreza de las familias. La situación económica es la que rige estas conductas, aunque a ella se une la creencia de que los menores no deben comer comida recalentada. No obstante, es lo que practican las familias en las que la mujer trabaja o cuando los recursos económicos sólo permiten cocinar una vez al día. Es posible que el deseo de la madre de prolongar el contacto juegue un papel en ello. El destete significa desprenderse del niño, viniendo a ser el primer signo de autonomía con relación a la madre. A la edad de un año, el niño generalmente come la comida de los adultos, aunque siga recibiendo adicionalmente leche materna.

4.2.3.2 *La alimentación complementaria y la comida adulta*

Entre las zonas, el tipo y la calidad de los productos difieren por su utilidad percibida (véase Cuadro 1).

12 Entre las razones por las que "*les hacen probar*" lo que están comiendo los adultos, están: "*Para que no se antoje*" o "*Para que su estomaguito se vaya acostumbrando de a poquitos con lo que comen los mayores*". Estos datos coinciden con aquellos presentados en el Capítulo 5 [Suremain].

Cuadro 1: Alimentación complementaria y utilidad percibida por zonas

Productos	Utilidad percibida	Zonas
Menestras	<i>Para que su estómago lo haga más fuerte, sino cuando están grandes, les da diarrea; Para que crezcan; Tienen bastante vitamina y alimentan bastante.</i>	Chocas Ermitaño
Huevos	<i>Para su crecimiento, para que se formen bien sus huesecitos; Tiene un poco de calcio, tendrá pues vitaminas.</i>	Chocas Ermitaño
Manzanilla	<i>Es fresco, es bueno para el calor interior; Cuando le duele la barriga, para los gases; También es buena cuando el bebé no puede orinar.</i>	Chocas Ermitaño
Fideos	<i>Eso llena nomás; Para que lo sostenga.</i>	Chocas Ermitaño
Arroz	<i>Es cereal, harina nomás, llena; Es un cereal que da fuerzas.</i>	Chocas Ermitaño
Pan	<i>Para engordar, será... Es mucha harina, no es alimento; Aunque parezca mentira, es alimento, me dijo el doctor.</i>	Chocas Ermitaño
Zanahoria	<i>Para la vista es bueno.</i>	Chocas
Mantequilla	<i>Es bueno, porque es de leche; Desgasta mucha energía, es bueno para que recupere sus grasitas.</i>	Chocas Ermitaño
Plátano	<i>Tiene vitaminas; con leche es bueno para los pulmones; Tiene bastante vitaminas para que complemente las comidas.</i>	Chocas Ermitaño
Verduras	<i>Tiene vitaminas, para que crezcan fuertes; Para que vaya amoldándose el estomaguito a la comida de nosotros.</i>	Chocas Ermitaño
Papa	<i>Es alimento; Para que le llene nomás; No es alimento.</i>	Chocas Ermitaño
Leche	<i>Para que crezca, tiene vitaminas.</i>	
Quaker	<i>Porque el agua sola no llena; Es pura harina.</i>	Chocas
Pescado	<i>Es bueno para que tenga buenos dientes; Es bueno para el fortalecimiento de los huesos y si es en Chilcano* sirve para el cerebro.</i>	Chocas Ermitaño
Hierba Luisa	<i>Le limpia el estómago; Corta la grasa; Para la digestión.</i>	Chocas Ermitaño
Papa amarilla	<i>Tiene un poco de vitaminas; Es más suave para el estómago del niño.</i>	Chocas
Orégano	<i>Para que no le haga mal las comidas pesadas.</i>	Ermitaño
Pollo	<i>Tiene muchas hormonas; Lo crían a base de medicinas; Lo comemos para decir que uno come carne, no es como la gallina de casa que es mejor.</i>	Chocas
Frutas: manzana, naranja, mango	<i>Para que el sistema nervioso se relaje y duerma bien; Al tener bastante sodio son buenos para la garganta y las amígdalas; La naranja no es buena para el niño, irrita la garganta.</i>	Ermitaño Chocas
Anís	<i>Para que le baje la barriguita que se le empacha por la leche; Para que le ayude a botar su chanchito.</i>	Chocas

* *Chilcano*: sopa o caldo que preparan las mujeres, haciendo hervir las cabezas de pescado con determinadas hierbas, y a la que atribuyen un gran poder nutritivo. Lo usan para evitar la anemia y sobre todo para favorecer el desarrollo de la memoria y de la inteligencia.

Las madres llaman comida "*sana*" o "*balanceada*" a aquellos alimentos que contienen energía y proteínas, o a productos "*naturales*" como la carne, el huevo y las menestras. Las madres en la zona rural mencionan también las verduras¹³, mientras que en las zonas urbanas sólo lo hacen cuando se les repregunta. Hasta que aparecen los primeros dientes, los alimentos consisten en papillas (papa, camote, zapallo, plátano) u otra fruta y aquellos que contienen calcio y calorías. Después de un año de edad, la base fundamental de la alimentación siguen siendo los líquidos y alimentos ricos en calorías. Las enfermeras del Programa CRED de los servicios de salud han intentado corregir la práctica que favorece los líquidos frente a los alimentos ricos en nutrientes, aconsejando a las madres que dejen la sopa para después del "*segundo*" (plato sólido). El mensaje ha sido entendido pero no integrado, como lo señala una madre:

Cuando despierta le doy su agüita, después a las nueve de la mañana le estoy dando su huevo sancochadito. Después, ella misma empieza a mamar, porque ella no toma biberón. Yo me tomo una taza de quaker regular y ella empieza a amamantar hasta las once de la mañana más o menos, que le doy su sopa de cabellito de ángel con papa amarilla, con un pedacito de carne gallina. Siempre ha comido sopa o segundo. Después, al mediodía, está comiendo su mazamorra de maicena o soya, con su taza de agua; toma un litro, litro y medio de agua. Cuando ella despierta, lo primero que busca es agua; luego, a la una, una y media, se levanta, descansa, reposa una hora, hora y media, de nuevo se levanta, toma su agua, y a las tres o cuatro, le estoy dando su sopa, luego su segundo y a las siete de la noche le doy de mamar y se duerme hasta el amanecer.

Las capacitaciones recibidas han cambiado las terminologías, manteniendo las diferencias entre los conceptos acerca de la alimentación "*balanceada*" o "*sana*". Según el relato, tam-

13 El cultivo principal de la zona de Chocas son las verduras (véase Capítulo 1 [Suremain]).

bién se mantiene la antigua creencia de que la "*bien alimentada*" debe ser la madre para que luego, a través del pecho, ella alimente al hijo aunque esté en edad de poder y deber alimentarse directamente. En la zona urbana, las madres prefieren las sopas espesas, con el criterio de llenar el estómago a pesar de la escasez de dinero. Una de ellas explica:

En una olla pequeña sancocho un pedacito de hígado con un pedazo de zapallo y un pedazo de papa amarilla chica. Se hace un poquito nomás para su comida. Entonces a la hora de servir bien aplastadito, con el mismo caldito, le hago un purecito; todo lo cielo y sale algo cremoso.

El uso de verduras es más frecuente en Carabayllo que en Independencia. La razón expuesta por las madres de Independencia es que las verduras exigen mucha limpieza y el agua que tienen en la zona no la garantiza.

El agua contaminada, siendo un riesgo para la salud, es destinada únicamente al riego de los vegetales. Las casas de la zona cuentan en su mayoría con agua entubada o tanques que no garantizan su potabilidad. Los mensajes de los Programas del MINSA (MINSA & UPCH *et al.* 1996) enfatizan la necesidad de hacer hervir el agua "*para que mueran los microbios*", pero ésta no es una práctica generalizada. Una madre explica:

Yo tenía por costumbre tomar agua del caño hasta que un día que tenía bastante sed, abrí el caño y vi los microbios; como gusanitos en el agua; yo misma descuidada, a pesar de que en el Puesto nos han hablado de los microbios, a veces del agua cruda les hacía el refresco a mis hijos, pero ya les he dicho que si toman, se van a morir porque el agua tiene gusanos; lo hacía para ahorrar el gas y por el tiempo que ocasiona tener agua disponible para consumirla; tenía que hacer hervir el agua, esperar que se enfríe, porque para hacer hervir el agua tenía que hacerlo un día antes.

Este testimonio permite relacionar dos temas importantes sobre los factores de riesgo percibidos respecto a la salud de los niños.

En primer lugar, el concepto de microbios no se refiere al de una entidad invisible o sólo visible por el microscopio, sino a entidades pequeñas que son perceptibles. La mujer creyó en la contaminación del agua sólo cuando ella misma vio los microbios, es decir los gusanitos.

En segundo lugar, parece que no es suficiente conocer las recomendaciones del sistema de salud para practicarlas, lo que comprueba la teoría interaccionista (véase Acápita 2.3). La madre también toma en cuenta los factores de costo y tiempo antes de decidirse a seguir las recomendaciones. Evidentemente, hace un rápido "cálculo" entre la actitud y la acción (véase arriba).

El escaso uso de verduras en la comida de los niños y de la familia en general se debe también a que buscan algo que llene el estómago, lo que no logra el consumo de vegetales.

En Chocas y Río Seco, el pollo es otro caso en el que los conocimientos sobre su importancia nutritiva están en contradicción con las creencias; salvo si se trata de pollos criados en casa. La razón que exponen es que los pollos criados en granja son alimentados con hormonas que afectan a la virilidad de los menores varones: *"El pollo no es bueno, especialmente para los hombres, porque los hace más débiles como hombres"*.

Podría pensarse que, por su contacto con los servicios de salud, las madres consideraban el término "hormonas" como un elemento puramente femenino. La lógica subyacente sería que si le dan al varón algo femenino, éste, al crecer, será menos varonil. Sin embargo, testimonios de profesionales de las ciencias médicas y de industrias alimentarias coincidieron en que, hace diez años, en Chile y Perú se observó una alteración física en los niños varones relacionada con la ingesta de pollo¹⁴. Obviamente, en estos casos no estaba comprometida la "virilidad" propiamente dicha, pero sí hubo una consecuencia física, como es el temporal crecimiento mamario que se asocia a

14 En el Perú existen normas que restringen el uso de ese tipo de hormonas aunque no existen estrategias eficaces para su control.

lo femenino. Las madres que observan los efectos dan una explicación lógica. Consecuentemente asumen conductas que para el personal de salud radican más en su ignorancia que en cierto sentido común.

4.2.3.3 Limpieza, lavado y orden

La limpieza, el lavado de la ropa y el orden son nociones relacionadas con la salud de los niños y valoradas por las madres, sobre todo de la zona urbana de Independencia. La observación directa mostró que este valor no siempre se convierte en práctica cotidiana debido a las condiciones de la vivienda y del entorno. Los niños juegan en el suelo, recogen lo que encuentran o incluso se acercan a objetos filosos u oxidados. La madre se limita a decirles: "*¡No agarres eso!*" o "*¡No te acerques ahí!*" No se apresura a retirar el objeto o a vigilar al niño. Hay en ello una especie de adaptación a las condiciones de vida que hace que perciban el entorno como "*normal*" y que influye también en las prácticas de crianza. Cuando se trata de madres verdaderamente cuidadosas, el interior de la vivienda está limpio, pero el entorno de la casa puede representar un permanente factor de contaminación. La basura frente a la casa o en las aceras, los caminos de tierra, el polvo, la contaminación por las fábricas o pequeñas empresas cercanas son factores difíciles de controlar y que las familias aceptan finalmente como "*normales*".

En Independencia, el valor de la limpieza señalado en el discurso, está en contradicción con las posibilidades que les brinda el entorno y con las condiciones de vida para ponerlo en práctica. En cambio, en la zona rural de Carabayllo, donde las condiciones de vida son aún peores, algunas madres han llegado a relativizar el valor de la limpieza, que no pueden practicar, con frases tales como: "*En verdad, señorita, si uno cuida mucho al niño, que esté limpiecito, que no se ensucie, peor es, porque el niño es más enfermizo*".

Las otras dimensiones del desarrollo del niño, como la estimulación psicomotriz temprana, el desarrollo del lenguaje

y la socialización, son dimensiones que las madres no reconocen como necesarias de ser apoyadas y menos aún por ellas. En ambas zonas, aunque con mayor frecuencia en las zonas rurales, asumen que son funciones de los centros educativos, como el PRONOEI o las escuelas. No obstante, sin ser conscientes de ello, en su relación con los niños las madres las practican.

En las tres localidades de Carabayllo, el juego aparece como un elemento importante en la relación madre/niño: ellas juegan con sus bebés, los llevan en brazos, los levantan y les hablan. Más tarde, los pequeños comparten los juegos con sus hermanos mayores o con vecinos. Cuando el niño es mayor de cinco años, especialmente cuando tiene un hermanito o una hermanita menor, el juego se convierte en un obstáculo y fastidio para las madres. En esa etapa, la madre necesita al menor como apoyo o ayuda para diferentes tareas, tales como ir de compras a la bodega cercana o ayudarle a llevar cosas. Si el juego impide esta ayuda, la madre lo percibe como algo negativo, reprime y hasta puede llegar a castigar al menor.

No sólo son las ocupaciones de la madre las que limitan sus posibilidades de apoyar el desarrollo psicomotor de sus hijos, también intervienen algunas creencias sincréticas. El caso de un niño que comenzó a levantar la cabeza y a sentarse cuando tenía aproximadamente nueve meses, puso de manifiesto una creencia con relación al bautizo como protector de la salud. La falta de bautizo obliga a las madres a limitar las salidas del niño del hogar, porque puede ser llevado por "*el duende*" o "*diablo*". Las madres que no conocen las prácticas que disminuirían el peligro (hacerlos dormir con una tijera en cruz cerca de la cama), prefieren no mover mucho al bebé. Las explicaciones, aparentemente no relacionadas con la salud del niño sino referidas al bautizo, revelan también la importancia de la elección del padrino como estrategia de supervivencia, no sólo del bautizado sino incluso de la familia entera (véase Capítulo 5 [Suremain]). El proceso de elección de un buen padrino explica por qué la familia decide postergar el bautizo, lo que conlleva las consecuencias descritas para el desarrollo del niño.

La necesidad de tener al niño seguro sin que ello impida la libertad de acción de la madre cuando no dispone de ayuda para vigilarlo, provoca el uso temprano e inadecuado de las andadoras. El niño no gatea y está más expuesto a accidentes, especialmente si la casa y su entorno inmediato tienen una topografía irregular (laderas de los cerros, por ejemplo).

4.2.3.4 *El lenguaje y el reconocimiento de su cuerpo por parte del niño*

Las madres dicen que el reconocimiento de los nombres y partes del cuerpo se enseñan a los hijos mediante preguntas ("¿Cuál es tu nariz, boca, oreja?"). Si el niño tiene dificultades para hablar (tartamudeo o mala pronunciación), las madres y abuelas usan generalmente el castigo para corregir el problema.

En Chocas Medio consideran que un niño está desarrollándose bien cuando: *"Está atento, va conociendo los objetos y llevándolos a su boca"*. Las madres practican, sin mencionarlo explícitamente, la estimulación temprana: *"Enseñándole... Por ejemplo, mi niña ya sabe las partes del cuerpo que a su edad ya debe conocer"* o *"Llamándole, diciéndole que no agarre, se le enseña que hay otras personas también"*.

Las madres de Independencia y de Chocas Medio que han tenido mayor contacto con los servicios de salud, mencionan como práctica importante el periódico control médico: *"Hay que cuidarlos, llevando a su control"*; *"Las enfermedades se previenen a través de las vacunas"*; *"Los niños tienen un control especial, es el control de niño sano"*.

Este control debe ser regular: *"Desde el mes hasta los cinco años"*; *"Allí ven al niño, su crecimiento y desarrollo"*; *"Le evalúan de la edad, lo que va creciendo de peso, crecimiento, su desarrollo y sus movimientos, movimientos de pies"*. Mencionan que el crecimiento se relaciona con el peso, la edad y el físico del niño mientras que se desarrolla mentalmente: *"Su crecimiento físicamente, su desarrollo puede ser mentalmente"*. Pese a estas afirmaciones, el personal de salud señala que usualmente las madres

llevan al niño al control sólo hasta cuando tenga un año momento en que concluyen sus vacunas.

4.2.3.5 La afectividad

La estimulación afectiva también es considerada importante, pero se practica sólo hasta el destete o hasta que nazca un hermano menor. Globalmente, las madres pasan bruscamente del amor al castigo, a la disciplina y obediencia, especialmente si el niño es varón. Por una parte, su discurso destaca la importancia del afecto en frases como: *"El cariño es importante para su adecuado desarrollo"*; *"Cuando no hay cariño, un niño no puede desarrollarse bien, están tristes... dicen, hay mi papá, hay mi mamá"*. Por otra parte mencionan:

Señorita, la letra con sangre entra, si no los castigamos, se vuelven desobedientes, especialmente si son hombrecitos; A mi hija le doy cocachos, pero a mi varoncito con correa tengo que darle para que obedezca y curtido nomás se vuelve.

A menudo, las madres no encuentran otra opción para incentivar a los niños a ayudarles con sus quehaceres domésticos.

4.3 Prácticas para la recuperación de la salud e itinerarios terapéuticos

Como ya hemos señalado (véase Acápite 4.2.2), el niño está enfermo cuando sus molestias y los signos de las mismas impiden a las madres poder resolverlos en casa. Definen el estado de enfermedad, el tiempo de duración de la dolencia y los signos como la *"fiebre alta"* (comprobada generalmente por el tacto y no mediante la utilización de un termómetro), las náuseas, los vómitos y las convulsiones.

Cuando el niño tiene un episodio de enfermedad, es la madre la que generalmente se da cuenta y que le proporciona

sus primeros cuidados. Excepcionalmente, es el padre o la abuela materna los que observan primero la alteración del estado de salud del menor. En Carabayllo existen algunas diferencias entre subzonas con relación a quién observa primero esta alteración. En Chocas Medio y en Río Seco puede ser cualquier miembro de la familia extensa el que detecta un estado de enfermedad, con frecuencia la abuela materna o paterna. En Chocas Alto, en cambio, es sólo la madre (que vive más aislada) la que identifica el malestar.

Si bien el diagnóstico "*está enfermo*" no representa el inicio de la enfermedad (salvo que los signos sean muy serios), tampoco corresponde necesariamente al momento de acudir al servicio de salud. La madre, sola o por sugerencia de los miembros de la familia (su propia madre, su suegra y excepcionalmente el esposo), inicia un recorrido terapéutico de diferentes etapas. Generalmente, éstas son independientes del grado de acercamiento que tengan las madres con los servicios de salud. El itinerario varía en función de las alternativas de las cuales la madre dispone desde el punto de vista de su cultura, de acuerdo a su nivel de vida y según el resultado de la estrategia elegida. No siempre termina en los servicios. Las madres usan simultáneamente los recursos de la biomedicina, de la medicina popular y de la medicina "tradicional".

En Independencia, la madre, al darse cuenta de las molestias o cambios de conducta del niño, tiende al uso de terapias de la medicina tradicional o a la medicación con productos farmacéuticos que ella conoce y considera apropiados. Sólo en tres de los casos estudiados, la madre acudió de inmediato al Puesto o al Hospital. Cuando el remedio popular o tradicional no tiene efecto, en la mayoría de los casos piensan y acuden a los profesionales de la medicina moderna, sea a los del sistema privado o a los servicios públicos. Una minoría acude a la farmacia o al uso de una receta utilizada en episodios anteriores de la misma dolencia en otro miembro de la familia. La mayoría de los itinerarios en esta zona consisten en dos o tres pasos (uno llegó a seis pasos).

El itinerario terapéutico en toda la zona rural contiene más pasos. Se utiliza la opinión del farmacéutico como alternativa cuando fracasó la medicina tradicional. Casi siempre el último paso es el de la biomedicina, trátase del médico particular o de los puestos de salud. En esta zona, dos elementos definen los itinerarios terapéuticos: (i) la determinación de la gravedad de la enfermedad; y (ii) la presunción diagnóstica de su causa.

4.3.1 *Determinación de la gravedad de la enfermedad*

Las madres construyen el itinerario terapéutico según el estado de gravedad percibido de la enfermedad del niño, tomando en cuenta las características de su conducta y la presencia de ciertos signos:

- El niño carece de apetito, se aburre, está enojado o molestando a la mamá, es llorón o está decaído y con insomnio;
- Los cambios físicos como palidez, hundimiento de los ojos (frecuentemente mencionado en Chocas Alto), hundimiento de la cara (también lo denominan "*cabeza chiquita*") y enrojecimiento (por la fiebre);
- El malestar del cuerpo, el cuerpo hundido (relacionado con la diarrea), la disminución de peso, la debilidad (no poder sostenerse en pie), el ponerse amarillo por el asma o el frío acompañado del aumento de la presión ("*escalofríos*", aunque no mencionan el término).

Estos síntomas por sí solos no necesariamente indican un malestar grave, sino una condición de enfermedad. Sin embargo, su combinación o suma con otros signos representan un agravamiento de la enfermedad y una indicación para tomar otras medidas. A partir de este momento, la madre dice: "*Se agravó*" o "*Se puso grave*". Si el niño sólo tiene tos o dolor de garganta, la enfermedad es "*leve*", pero si se añaden la fiebre o la gripe, será percibida como "*grave*", como en el caso de los "*bronquios*". Si tiene sólo diarrea, no es "*grave*", pero si se añaden

de el hundimiento de los ojos, el malestar del cuerpo será "grave".

Otra señal de gravedad es la persistencia de uno o varios de estos signos. Si dura mucho tiempo, la enfermedad es "grave". El tiempo de duración va de una o dos semanas a un año. Sin embargo, cuando se habla de lapsos muy prolongados parece más bien que diferentes episodios independientes de una misma enfermedad son considerados como una sola enfermedad de larga duración. Por ejemplo, si el niño se enfermó con gripe, todas las veces siguientes que se enferma de lo mismo, son consideradas como una sola enfermedad. Finalmente, el costo del tratamiento y la duración de la estadía en los servicios de salud son considerados como signos de gravedad.

4.3.2 Las causas de la enfermedad y los itinerarios terapéuticos

El primer diagnóstico se sitúa dentro de un mundo de explicaciones tradicionales. La madre piensa primero en "susto", "mal de ojo", "volteada de estómago" o en la influencia de algún fenómeno natural como "el cerro", "el sereno"¹⁵ o en el desequilibrio corporal por la influencia del ambiente (frío/calor) o "aire", etc. Estos primeros diagnósticos explican el uso extendido de hierbas y de otras terapias tradicionales (pasado de cuy o huevo, uso de ladrillos calientes o los rezos). Las madres que conocen la biomedicina utilizan, además, los medicamentos que le sirvieron en situaciones que, según ellas, fueron parecidas.

15 El "susto" es el efecto de un acontecimiento inesperado o accidente. El "mal de ojo" es la acción, voluntaria o no, de una persona que tiene "ojo fuerte". En ambos casos se debe recurrir a especialistas de la localidad. En Chocas Medio, algunos miembros de la familia han aprendido a tratarlo. Los términos "el cerro" (*apu* en quechua) y "el sereno" designan la relación del hombre con elementos de la naturaleza. En el primer caso es la influencia dañina de algún cerro al que el niño no ha sabido respetar (ejemplo pasar o bajar jugando). En el segundo caso es la influencia de la humedad de la noche, en especial cuando se expone la ropa lavada del niño a esa humedad.

El fracaso de la medicina popular o tradicional hace pensar a la madre en el posible "acompañamiento" de otras causas que son conocidos por los médicos. Se dirigen entonces a éstos.

Cuando acuden a la biomedicina, no siempre prefieren el Centro de Salud más cercano, sino al médico particular o un servicio de salud más grande. Algunas veces transcurren más de dos días entre el inicio de las molestias, el tratamiento popular o tradicional y la decisión de la madre de llevar al niño al servicio o al médico particular. Las razones que dieron para la demora son el costo de la atención, la distancia o la escasa confianza en el personal de salud.

El saber tradicional o popular sigue guiando las conductas de las madres aún en los momentos en que deciden acudir a un servicio de salud. Así, una madre joven cuenta:

Regresando del Puesto con la receta que me dieron, mi mamá me dijo que era mejor la violeta genciana. Entonces se envolvió el dedo con un algodón y lo empapó la boca con violeta genciana; hasta la lengua le dolía, pero fue bien y se curó.

Hay casos en que utilizan los dos tipos de conocimiento y de terapia simultáneamente. Entonces el resultado satisfactorio será atribuido por la madre a la terapia tradicional. Una madre dice:

Mi hijito tenía fiebre alta y estaba que saltaba; lo llevé al Hospital y allí la enfermera le puso una inyección y me dijo que me quede cuidando, que entre de una media hora le iba a bajar la fiebre. Pero cuando ella se salió, yo le pasé el huevo por todo su cuerpecito, rezando. A los pocos minutos, mi hijito comenzó a sudar y a bajarle la fiebre. La enfermera que entró me gritó bien fuerte: '¿Qué le has dado a tomar a tu hijo?', me dijo, 'cuidado que le hayas dado algo por la boca'. Yo le aseguré que no le di a tomar nada. Pero mi hijito se sanó con el huevo que le pasé.

Las abuelas, especialmente las maternas, influyen en las decisiones de las madres, creando conflictos entre los conoci-

mientos biomédicales adquiridos y los saberes tradicionales. Una madre explica:

Mi niñito tenía empacho y yo iba a ir a la farmacia para comprar algunos laxantes, esos tipo chocolatitos, pero mi mamá me dijo 'para qué vas a gastar en remedios, eso se cura con un enema'. Yo no quería porque es hombrecito, pero ella puso en esos pomos que hay para enemas medio litro de agua caliente de manzanilla con jabón para lavar ropa; esperó que se entibie y se lo puso por el ano. Después, lo samaqueó de cabeza bien fuerte. A mí me asustó y pensé que se le iba a salir hasta por las orejas. Mientras mi hijo lloraba, ella lo envolvió en una sábana y siguió samaqueándolo cargado por toda la casa hasta que el niño pidió desesperado el bacín; botó una gran cantidad. Así mi mamá lo ha hecho botar las cáscaras de mandarina, de naranja, pedazos de envoltura de galletas.

En ambas zonas, las opciones para recuperar la salud son muy variadas y las mujeres hacen uso de ellas. Los recursos económicos de los que dispone la madre en el momento de escoger una opción médica es un factor importante¹⁶. Cuando la gravedad de la enfermedad y el fracaso de las primeras opciones implica la necesidad de acudir a recursos biomédicales, la madre se dirige en primer lugar a la farmacia si no tiene suficiente dinero.

4.3.3 Representaciones sobre la causalidad de las enfermedades del niño

Durante los talleres, en los cuales se aplicó la técnica del gráfico del árbol (véase Acápite 3.1), los grupos de madres de familia, padres y promotoras ordenaron las causas directas e indirectas de las enfermedades de los niños en varios niveles.

16 Cuando el niño está en un colegio estatal (jardín o inicial), la madre hace uso del seguro escolar gratuito y acude al Puesto o Centro médico estatal más cercano.

4.3.3.1 El nivel fenoménico

En ambas zonas, se han identificado las diarreas ("*estómago sucio*", "*fiebre*" o "*infección al estómago*" según la gravedad percibida), los "*bronquios*", la tos, el escorbuto, el sarampión y el "*susto*" como principales enfermedades infantiles. El grupo de padres añadió: oxiuros, acarosis y salpullido en la piel. Las madres consideraron la acarosis como "*alergia*". El "*susto*" es percibido como enfermedad o como causa asociada a diarreas u otras molestias (inapetencia, cambio de carácter, etc.).

Los cuidadores del niño distinguen más de un tipo de diarreas, diferenciadas por el color y la consistencia de las deposiciones. Cada tipo tiene causas inmediatas diferentes y, consecuentemente, terapias distintas. Existe la diarrea por frío, la diarrea por "*susto*" y la diarrea debida a conductas "*incorrectas*" (manos sucias o frutas o verdura mal lavadas). En Chocas, la denominación de la enfermedad ya va indicando la causa inmediata. Se denomina "*estómago flojo*" cuando es sólo diarrea; "*Su barriga se ha bajado*" cuando está acompañada de vómitos; "*Su barriga se le ha venido para arriba*" o "*Se le ha movido*" cuando está acompañada de fiebre. La "*barriga hinchada*" es signo de presencia de parásitos o "*bichos*".

Los cuidadores mencionan "*bronquis*" y las "*neumonías*" para las infecciones respiratorias agudas. Los diferencian de la tos o gripe que es un estado de enfermedad leve a la cual casi no prestan atención, sólo untan el pecho del niño con pomadas comerciales o mates y lo frotan con eucalipto. En Chocas consideran que el asma es un agravamiento por descuido en la atención de la tos que afecta los pulmones. Los "*bronquios*" o "*bronquis*" es una enfermedad más grave que también se origina en la tos, pero que afecta a los bronquios y que se caracteriza por la presencia de otros síntomas (secreción, disnea o fiebre). Según una madre:

La tos afecta a los pulmones; los bronquios no es igual; la tos es más leve, pero tampoco quiere decir que vamos a descuidar.

Cuando está tosiendo se le puede complicar; puede venir el asma cuando está mal curada la tos; la enfermedad pasa a los bronquios. Se agita, le falta la respiración, tiene ronquido, bronquitis, así ronca el pecho... Los bronquios debe ser tos fuerte, ya hay flema. De la tos pasa a los bronquios, es más grave.

En la zona rural, algunas madres consideran a los "bronquios" como una enfermedad crónica. La primera vez que le da al niño, es percibida como inicio de una enfermedad constante y los nuevos episodios como agravamiento: "A los pocos días de nacidita le dio los bronquios y así sigue hasta ahora".

Como enfermedades de la piel y mucosas reconocen en ambas zonas a los granos, el escorbuto ("paco") y a las manchas en la piel llamadas "canchas". Las familias procedentes de zonas de la Sierra denominan esta enfermedad "aras" o "kcara". Tiene como causa inmediata "el daño" (la influencia de una persona enemiga).

La varicela y el sarampión son enfermedades "naturales" de la piel y su gravedad depende del entorno en el que se adquirió. Es "varicela del aire" si se inició cuando el niño jugaba afuera y es "varicela de la casa" si se inició dentro del hogar. La primera es "leve" y casi no necesita cuidados, mientras que la segunda es más "grave". El niño tiene que estar bien abrigado y no debe salir.

Finalmente, el "susto" y el "mal de ojo" son enfermedades que afectan a todo el cuerpo, provocando fiebres y diarreas.

4.3.3.2 El nivel de las intermediaciones

La causa intermedia de los "bronquios" se sitúa en el ámbito de las condiciones de vida (el polvo de la casa) y de la contaminación ambiental (humo proveniente de los vehículos y fábricas). Dice una madre:

Por decir, hay carros que botan humo, o sea humo negro... Mayormente también por la contaminación de las fábricas en las ciudades, las fábricas; y por el acumulo de desperdicios en la vía publica. Hay otros que por botar... a veces dejan la basura, se

acumula en una esquina de una calle; entonces el niño va a veces, juega con esa suciedad de la basura.

En ambas zonas, las causas directas de la *"infección del estómago"* o diarreas se deben a la ingesta de tierra o papel, de alimentos o frutas sucias, a la ausencia de higiene personal de la madre y a la manera de ser del niño (*"Es que no saben"; "Son traviesos e intranquilos"; "Juegan con tierra"; "Tienen manos sucias"*). Las madres que han recibido algún tipo de capacitación de los servicios añaden: *"No tienen muchas defensas"*.

Raras veces se menciona el descuido de la madre o *"dejadez"* (refiriéndose al desorden) y siempre se refiere a otras madres. Las promotoras enfatizaron el *"desconocimiento"* de las madres acerca de la crianza de los niños. Para algunas se trata de la falta de información proporcionada por los servicios de salud sobre las formas de cuidar a los niños, mientras que para otras significa la falta de comunicación de las madres jóvenes con sus propias madres, depositarias del saber y que poseían la experiencia: *"Porque no salen de ser hijos y ya son miamás y no comunican con sus propios padres"*.

4.3.3.4 El nivel general o el nivel de las estructuras

Las principales condicionantes indirectas o estructurales de las enfermedades que las madres de familia de Independencia señalan, son las siguientes:

- El factor climatológico: el frío que ocasiona los *"bronquios"* (*"El cambio de clima y porque mi niño no se acostumbra al invierno"*);
- La contaminación ambiental (*"Los motores de las fábricas botan todos esos tóxicos"*) y la acumulación de desperdicios (*"La Avenida Tupac, todo está de basura"*).
- La falta de control por parte de las autoridades municipales (basura en las calles) y el insuficiente número de camiones de basura;

- El incremento de la población ("*Hay mucha gente*") que ocasiona desorden y congestión;
- El Gobierno que es responsable de la falta de trabajo y del escaso poder adquisitivo de las familias.

En la zona rural mencionan:

- El bajo poder adquisitivo ("*Los bajos ingresos económicos*" o "*Por falta de dinero; no ganamos bastante*");
- La situación económica a nivel mundial que influye en la economía del país ("*Todos estamos así a nivel mundial*");
- El Gobierno, la política de privatización y la "*falta de apoyo al sector agrícola*".

En ambas zonas, las poblaciones relacionan fácilmente los problemas concretos con un nivel de explicación global.

4.4 Percepciones y posiciones de las madres con relación a los servicios de salud

Fue muy difícil aplicar la técnica de observación directa a las relaciones médico/paciente ya que los primeros no permiten la presencia de terceras personas durante las consultas. Las nuevas reglas de trabajo les obligan a cumplir con la mayor cantidad de atenciones posible, lo que ha disminuido notablemente el tiempo que dedican a cada paciente¹⁷ (véase Capítulo 2 [Pecho & Rubín de Celis]).

En general, las madres no están totalmente satisfechas con la atención que brindan los servicios, aunque sus valoraciones dependen del lugar al cual acuden regularmente.

En Independencia, sólo el 23% de las madres entrevistadas recurren regularmente al Centro de Salud de Ermitaño y

17 Sólo en dos ocasiones se pudo observar la actitud del profesional cuando una paciente interrumpió la entrevista para preguntar algo al doctor. En ambos casos el profesional reaccionó con fastidio.

lo hacen para cualquier enfermedad que afecta a sus hijos. El 15% lleva a sus hijos únicamente para las vacunaciones y al control del crecimiento. El resto lleva sólo a sus hijos que están en edad escolar, porque se benefician del seguro escolar gratuito. Un 13% que antes llevaba a sus hijos, ya no lo hace porque ahora cuentan con otro tipo de seguro o porque estaban muy descontentas con la atención la última vez que los llevaron.

De manera general, las quejas principales de las madres se refieren al horario de atención, al tiempo de espera y a la antigüedad del equipamiento. Tienen que sacar el ticket de atención temprano en la mañana, y la espera por la consulta puede demorar hasta tres o cuatro horas. La consulta misma es tan rápida que el médico no examina detenidamente a los niños. Afirman que, en comparación con un médico particular, éste se toma más tiempo y hace más preguntas.

Otro motivo de queja son las medicinas. En la opinión de las madres, la medicina que les recetan no es lo suficientemente "fuerte" y no cura al niño, por lo que se ven obligadas a buscar la curación en otra parte, habiendo hecho un gasto que consideran inútil.

Las recomendaciones acerca del trato son generales y se refieren a que a veces el personal pierde la paciencia, aunque el trato es mejor que antes. Las peticiones o sugerencias se centran en el pedido de incorporar a más profesionales médicos y mayor y mejor equipamiento para el Centro.

En Chocas, el Puesto es de reciente creación y el personal debe atender adicionalmente otro Puesto de Salud. La escasa duración de las consultas y el constante cambio de personal no logran ganar la confianza de la población. Frente a esta situación, existen ventajas que la población reconoce como tales, como su accesibilidad, la rapidez de la atención, los bajos costos de los medicamentos (señalados especialmente en Chocas Medio) y el buen trato que reciben (especialmente por parte de la doctora). En Chocas Medio, están menos satisfechos respecto al trato por parte de las enfermeras.

Al igual que en la zona urbana, las madres tienen poca confianza en la efectividad de los medicamentos. Aseguran que las medicinas de la farmacia del Puesto son de baja calidad ("*No son de laboratorio*") y que, por ser baratas, no son buenas. También reclaman una mayor especialización del personal. Aseguran que los médicos especialistas (obstetriz, pediatra, odontólogo) casi nunca se aparecen, y cuando lo hacen hay una cola larga. Otro motivo de queja es la falta de equipamiento. Las madres piden que los análisis se efectúen en el Puesto. Otro problema es el horario de atención que es sólo en las mañanas, cuando la mayoría de las madres están trabajando en las parcelas.

5. Síntesis de los resultados

5.1 Los conceptos de salud, de crecimiento y desarrollo del niño

Las nociones de salud y enfermedad se distinguen, pero sus límites difieren de los que establece el discurso biomedical. Las narraciones sobre los procesos de enfermedad y los itinerarios terapéuticos permiten definir el complejo concepto de gravedad e identificar los factores que entran en juego en los procesos de decisión de las madres con relación a la salud de sus niños.

Las representaciones del proceso salud/enfermedad, definitivamente no se refieren únicamente a la entidad biopsicológica que constituye el niño. Tampoco se limitan a una percepción que integra estos estados en el contexto social y natural (clima y condiciones de vida). Lo más significativo del estudio ha sido descubrir que en las representaciones interviene también el cálculo de la capacidad de manejo de la situación del niño. Las diferentes situaciones que presentan los niños calificados como sanos y que no lo estarían según el lenguaje biomédico, así como la apreciación de los niveles de gravedad, de-

muestran que el punto central del discurso es la posibilidad o no de manejar la situación o problema sin tener que recurrir a una ayuda externa. Este manejo no sólo implica el cálculo de los gastos, sino que incluye la incertidumbre y la incomprensión que inciden en la ausencia o limitación del diálogo durante los contactos con el personal de salud.

5.2 El complejo concepto de "gravedad"

El concepto de gravedad se aprecia según cuatro dimensiones complementarias.

- La presencia de señales físicas combinadas como fiebre, ahogo y dolor de garganta y señales bronco-pulmonares. También incluye las señales psicológicas tales como el mal humor, la inactividad, el cansancio, el insomnio y la "depresión" (mencionado con este término por las madres). La depresión se manifiesta en que el niño se refugia con su madre durante la noche;
- La terminología de los médicos que queda grabada en la memoria de la madre: tener bronconeumonía o tener bronquitis, que no es lo mismo que sufrir de "bronquios" o de una infección respiratoria. La mención del diagnóstico médico remite a experiencias previas (personales o de terceras personas, generalmente parientes) con estas enfermedades;
- Las medidas que se tuvieron que tomar para curar al niño y el tiempo del proceso: llevarlo al Hospital, a la clínica particular o al Puesto, si tuvieron que aplicarle ampollas o inyecciones, si tuvieron que internarlo, si tuvieron que hacer una transfusión de sangre. Estas medidas "explican" por sí solas el grado de gravedad de la enfermedad;
- El elevado gasto en medicinas, consultas, análisis, etc.: un mayor gasto en salud remite a una enfermedad de mayor gravedad, que requiere una mayor atención.

5.3 Percepción del estado de gravedad y de la acción terapéutica

En primer lugar, es la cuidadora principal o aquella persona que tiene influencia sobre dicha cuidadora (la abuela materna o paterna y excepcionalmente el padre) la que hace el diagnóstico.

La percepción de las causas del estado de salud del niño se traduce en la inacción o acción inmediata, según la percepción del estado de gravedad. Esto explica los casos en los que no se tomaron medidas al principio, en que se aplicaron remedios tradicionales (hierbas, emplastos, pasada de huevo o de cuy) o se recurrió a la automedicación (pomadas, pastillas e uso de antibióticos recetados por farmacéuticos o por los cuidadores mismos de acuerdo a experiencias anteriores).

La representación que la madre tenga de la causalidad de la enfermedad determina el tratamiento inicial impartido al enfermo. El estado de gravedad define los otros pasos a seguir. Es en este segundo momento que se presentan factores causales de otros sistemas conceptuales, los cuales intervienen en la toma de decisiones.

Antes de realizar los otros pasos del itinerario, las madres toman en cuenta: (i) la situación económica (falta de dinero para el tratamiento y el transporte)¹⁸; (ii) el tiempo (incluye la distancia, la espera en el servicio y la espera para la compra de las medicinas); (iii) las otras ocupaciones que tiene la madre en el hogar o fuera de él; y (iv) el apoyo de familiares (para que cuiden a los demás hijos o para que ayuden en el pago del tratamiento).

18 La situación económica influye en el tratamiento diferencial que realizan para los casos de enfermedad de sus niños cuando algunos de ellos pueden gozar del derecho de seguro escolar. Es indudable que este seguro ha aumentado la posibilidad de atención curativa y preventiva.

5.4 Predominancia y articulación de los modelos explicativos de la causalidad de las enfermedades

El supuesto inicial de que entre las dos zonas de estudio existen representaciones distintas sobre la salud o la enfermedad del niño a causa de la procedencia o el tipo de ocupación de las madres, no se confirma completamente. Las madres han construido explicaciones sobre la causalidad de las enfermedades que corresponden a los tres modelos explicativos de Kleinman (1980): el modelo "oficial" de salud, el modelo "tradicional" y el modelo "popular" (que incluye aspectos de uno y otro modelo; véase Acápite 3.1). Las zonas se diferencian por la predominancia de uno u otro modelo.

La predominancia de un modelo se basa en el tiempo de residencia en una zona. En Independencia, más de la mitad de las familias son inmigrantes de cuarta generación y muy pocas de reciente inmigración. En cambio, en la zona rural de Chocas existen familias que se asentaron hace poco. Si bien todas han tenido alguna relación con los servicios de salud, la aceptación de sus normas y sugerencias respecto al cuidado de los niños no es total. En la mayoría de los casos, éstas no se convierten en prácticas. En primer lugar porque el saber biomédico no desplaza necesariamente al saber tradicional sobre el mismo tema. En segundo lugar, no son sólo los conocimientos los que definen las conductas¹⁹.

El saber médico convive sin conflicto con los conocimientos locales, aunque a veces cambia de significado en la práctica. Es el caso del concepto de "*dieta balanceada*" percibida sólo como dieta espesa, sin tomar en cuenta la calidad nutricional del alimento.

Algunas prácticas no responden tanto a conocimientos sino al cálculo de las propias necesidades de los cuidadores, como

19 Es el ejemplo del bautizo como práctica protectora y estrategia económica de supervivencia, pero que limita a la vez la estimulación psicomotriz.

por ejemplo la lactancia prolongada y el uso de andadoras a partir de los tres meses.

Los diferentes modelos se presentan conjuntamente, aunque no se puede hablar de un sincretismo o hibridación. Por el contrario, mantienen un paralelismo a veces convergente, a veces divergente. Estas tendencias se manifiestan en los itinerarios terapéuticos.

Las divergencias conceptuales a nivel de las causalidades de la enfermedad entre las madres y el personal de salud pueden entorpecer la acción terapéutica de este último. Si la madre no está convencida de la terapia propuesta, se opondrá a ella o no cumplirá las indicaciones (por ejemplo, bañar al niño en agua fría para bajar la fiebre).

La dualidad y no-integración de estas diferentes maneras de concebir la enfermedad y sus causas provocan a veces conflictos al interior de la familia: *"Yo no quería pero mi mamá ha insistido..."*. Esto ocurre especialmente entre las madres que fueron formadas como promotoras y entre aquellas que recibieron charlas sobre diferentes aspectos del cuidado del niño.

La percepción del estado de enfermedad siempre está acompañada de una presunción de su causalidad. Las madres inmediatamente dan una o varias causas de las molestias observadas. Estas causas directas pueden ser las condiciones de vida, las conductas de los cuidadores o, sobre todo en el caso de las enfermedades digestivas, las relaciones con la naturaleza o con otras personas (desequilibrio térmico, *"susto"*, *"mal de ojo"*, *"volteada del estómago"*, etc.).

La percepción de la causalidad siempre va relacionada a una terapia. Consecuentemente, todas las madres combinan los remedios modernos o inyecciones con remedios domésticos, el uso de hierbas, la pasada de huevo, el rezo y las visitas al Puesto o el consultorio médico.

Aún en aquellas madres que llegaron muchos años atrás o que han nacido en el lugar, en aquellas que han recibido capacitación en el cuidado de sus hijos o que han sido formadas como promotoras, subyacen percepciones de causalidades pro-

venientes de su cultura de origen. La percepción causal tradicional no se aplica solamente a las enfermedades raras o complicadas, sino a las más comunes y frecuentes o a las infecciones contagiosas.

Es este tipo de enfermedades y de acciones preventivas que expresa mejor el paralelismo explicativo que se ha mencionado en párrafos anteriores. Todas las madres aceptan que las vacunas previenen o disminuyen las enfermedades contagiosas. Sin embargo, para ellas, la causa no son los virus sino las condiciones del ambiente, o consideran la enfermedad como algo natural, sin causa. Es el ejemplo del sarampión y de la varicela, denominados "*enfermedades naturales*" con tipos diferentes, de acuerdo al ambiente que las produjo. Si se analiza el discurso sobre causalidad y práctica, es difícil entender por qué estas madres hacen vacunar a sus hijos. Una posible explicación podría ser que la observación de la efectividad de las vacunas hace que se acepte su uso, pero no que se modifiquen las representaciones de la causalidad. Es posible que este hecho también se deba a que los servicios no se han orientado a enfatizar la información sino más bien a imponer la práctica, en algunos casos en alianza con otras instituciones del Estado.

Si bien la representación de la causalidad es importante para definir la acción terapéutica, existen otros factores que intervienen en las decisiones: el tiempo de asentamiento en la zona, la presencia o no de familiares influyentes (madre o suegra) y los recursos económicos disponibles.

La coexistencia de diferentes explicaciones causales para un mismo conjunto de molestias o síntomas no es sólo patrimonio de la población. También la casi totalidad del cuerpo de técnicos y profesionales de salud conocen y reconocen como válidas causas tradicionales de la enfermedad. Algunos incluso participan en diagnósticos y tratamientos tradicionales. La diferencia entre el personal técnico y la población consiste en que ésta la convierte en práctica, acudiendo a los curadores de la medicina tradicional o apropiándose ella misma de estas especialidades, mientras que el personal de salud reconoce la

causalidad tradicional, pero no admite la posibilidad de tomarla en consideración en el tratamiento, ni trabajar en coordinación con los especialistas en “medicina tradicional”.

5.5 Similitudes y diferencias en los modelos explicativos entre cuidadores de niños y profesionales de la salud sobre las causas de la enfermedad

El análisis de las similitudes y diferencias entre los modelos explicativos de los cuidadores y de los profesionales sobre las causas de la enfermedad reveló los siguientes procesos (véase Cuadro 2).

Cuadro 2: Percepciones diferenciales sobre las causas de las enfermedades entre el personal de salud y los responsables del niño

Personal de salud	Responsables del niño
Descuido de la madre	Conductas del niño
Virus, bacteria	La naturaleza (<i>apus</i> o <i>cocha</i>) o fuerza magnética de otro (<i>ojo fuerte</i>)
Frío por aspectos climatológicos “cambios” bruscos de temperatura	Frío directo: jugar o dormir en el suelo, tocar agua, consumo de chupetes, lactancia materna
Para las enfermedades respiratorias: descuido de la madre, hacinamiento	Consumo de chupetes, se bañan en el río o se mojan la ropa
Destete prematuro	No lo consideran
Agua, abastecimiento, almacenamiento y uso de “agua cruda”	No le dan importancia, no creen en microbios
Causa de la desnutrición: Ignorancia, idiosincrasia, falta de dinero que no permite una alimentación balanceada	Aparte de la mala alimentación, consideran el <i>susto</i> , parásitos, el consumo de dulces
Defensas bajas	Sólo las que tienen contacto con los servicios
Hacinamiento	No lo consideran
Falta de vacuna	La vacuna es causa de la fiebre, de la hinchazón de las nalgas y de otras enfermedades del niño
No lo consideran	<i>Susto, mal de ojo, estómago volteado por caídas, juegos</i>
Casa húmeda	No la consideran causa
Causa de la gripe: falta de vitaminas	No la consideran
Causa de parasitosis: crianza de animales domésticos	La ingestión de tierra o de muchos dulces. Efecto: pérdida del apetito

Ambos actores adscriben una causa directa a cada conducta o enfermedad, pero la diferencia está en que los profesionales las sitúan en el ámbito de los cuidadores (*"El descuido de la madre"*), mientras que las madres mencionan la conducta de los niños: *"Juegan en la calle hasta altas horas de la noche"*; *"Juegan en el suelo y con agua fría"*.

El personal de salud prioriza como causa el desconocimiento de los cuidadores y la falta de información sobre la "verdad médica". Desvaloriza los saberes populares. Los responsables, por temor o vergüenza, no confían en los médicos cuando se trata del "susto" o el "mal de ojo": *"¿Qué me va a creer la doctora?"* Esta desconfianza induce al médico a pensar que las explicaciones de los cuidadores son muy escasas o que no existen.

La población comunica estas explicaciones más al personal técnico de los servicios (enfermeras o promotores) que a los médicos. Los técnicos escuchan estas expresiones no sólo en el Centro de Salud, sino también durante su trabajo de campo (visitas domiciliarias). Consecuentemente, existe un mayor acercamiento entre las madres y el personal técnico, el cual, por otra parte, practica también algunas de las terapias tradicionales.

En la población existe una mayor percepción respecto a las causas indirectas o estructurales de la enfermedad que entre los profesionales de la salud. Considerando la enfermedad como "objeto de trabajo", éstos pierden de vista los factores estructurales, mientras que la población los vive directamente.

5.6 Ventajas y dificultades

Las similitudes entre los modelos explicativos de unos y de otros ayudan en el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades. Permiten al personal dar una buena orientación a los cuidadores. Entonces, la población cumple mejor los consejos proporcionados. Existe una continuidad en el tratamiento y, sobre todo, en las medidas preventivas cuando ambos grupos de actores están de acuerdo respecto a las causalidades de las enfermedades.

Cuando existen divergencias de percepción con relación a las causas de las enfermedades, puede ocurrir el rechazo a la medicación por no creer en ella o por pensar que causará mayores daños, especialmente si recuerdan alguna experiencia anterior negativa. Estas divergencias influyen en la relación entre el personal de salud y la población. Crean desconfianza y dificultan las actividades de prevención: la madre no acude con regularidad al servicio de salud y sólo lo hará en casos de emergencia.

El grado de confianza se basa fundamentalmente en el éxito de la curación del niño. Si la madre se da cuenta que la medicina recetada no hace efecto, recurre a otra y si ésta tampoco funciona a otra, hasta encontrar la cura. La confianza se construye también a partir de experiencias propias de eficacia del tratamiento con terceros cercanos a la madre: *“Si mi niña no se cura con el tratamiento de hierbas que le estoy dando, entonces la llevaré al centro médico municipal porque allí el profesional curó a su hermanito”*.

6. A manera de conclusión: algunas lecciones para una intervención en educación de la salud

Las representaciones y los significados asociados al estado de salud/enfermedad son el complejo producto de conocimientos, saberes, experiencias y la adecuación a los contextos. Orientan principalmente las prácticas de atención y cuidado de la salud de los niños. En este tema, los cambios son posibles si se toma en cuenta este cuerpo de significados y representaciones. La información o la capacitación no es suficiente.

Las formas y los estilos del cuidado de la salud de los niños hace que una capacitación vertical que prioriza la transferencia de conocimientos y no el descubrimiento y el intercambio de saberes, sea inadecuada y hasta inútil. Conduce a la necesidad de aplicar enfoques educativos que mejoren el intercambio de saberes en un clima de respeto y comprensión,

de tal manera que se garanticen los procesos de cambio, no solamente en los cuidadores sino también en los proveedores de la atención, lo cual hará que los instrumentos utilizados por los servicios, tales como el Carnet de Salud Infantil, logren sus objetivos (véanse Capítulos 6 [Rubín de Celis & Vidal *et al.*], 7 [Lefèvre & Hoérée *et al.*] y 8 [Hoérée & Sejas *et al.*]).

La planificación, la programación y la elaboración de materiales educativos deberían recoger la "sabiduría" de las estrategias de los cuidadores, que tiene como característica principal su adaptación a las condiciones de vida y a los recursos (económicos y humanos) con los que cuentan las familias (véase Capítulo 10 [Pecho & Rubín de Celis *et al.*]). Si el proceso de acción educativa toma en cuenta a los cuidadores como "coproductores" del proceso, tendrá mucha mayor probabilidad de sostenerse en el tiempo que cualquier método que sólo esté orientado a eliminar las distorsiones de un mensaje pretendidamente universal.

Referencias bibliográficas

AGUIRRE BAZTÁN, A.

1997 "Emica, ética y tranferencia". En: *Etnografía: metodología cualitativa en la investigación sociocultural* (Aguire Baztán, A. ed.): 85-105. México: Alfaomega Marcombo.

ALLARD, D.

1991 *Pourquoi une quatrième génération de l'évaluation ?* Montréal: Département de Santé Communautaire/Programme de Santé au Travail/Hôpital du Sacré-Cœur.

BEGHIN, I. (ed.)

1988 *Guide pour le diagnostique nutritionnel*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.

BLANCH, M.

1985 "Concepto de representaciones sociales: análisis comparativo", documento editado por el Departamento de Psicología Social de la Universidad Central de Venezuela, Caracas.

- BLUMER, H.
1982 "Las actitudes y el acto social". En: *El interaccionismo simbólico* (Blumer, H. ed.): 69-76. Barcelona: Ediciones Hora.
- BREILH, J.
1994 *Nuevos conceptos y técnicas de investigación*. Quito: CEAS.
- GUBA, E.G. & LINCOLN, Y.S.
1989 *Fourth generation evaluation*. Beverly Hills: Sage.
- JODELET, D.
1981 "Représentations sociales: un domaine en expansion". En: *Les représentations sociales* (Jodelet, D. ed.). Paris: Presses Universitaires de France.
- KLEINMAN, A.
1980 *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- LAURELL, A.C.
1994 "Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad". En: *Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud* (OPS ed.): 1-11. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- MEAD, G.H.
1934 *Mind, self and society*. Chicago: University of Chicago Press.
- MINISTERIO DE SALUD (MINSA)
2000 *Boletín epidemiológico servicio básico de salud Comas-Documento interno*. Lima: Ministerio de Salud.
- MINISTERIO DE SALUD & UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA & UNIVERSIDAD NACIOANL DE SAN AGUSTÍN & CONSORCIO HOSPITALARIO CATALUÑA (MINSA/UPCH/UNSA/CHC)
1996 *Análisis situacional de la gestión de los servicios de salud y propuesta estratégica-Documento interno*. Lima: Ministerio de Salud.
- MOSCOVICI, S.
1981 "On social representations". En: *Social cognition* (Forgas, J. ed.): 180-194. London: Academic Press.
- PECHO, I. & RUBÍN de CELIS, E.
1999 "Hacia un enfoque integral de la salud infantil: Resultados de un estudio interdisciplinario en Independencia y Ca-

rabayllo", ponencia en 'Martes de Salud', Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, doc. mimeo.

"El buen cuidado".
**Representaciones y prácticas
de cuidado del niño en Bolivia**

Charles-Édouard de Suremain

**1. Introducción: el lugar que ocupan los cuidados
del niño en la socioantropología**

La cuestión de la promoción de la salud infantil y, particularmente, la del seguimiento del crecimiento y del desarrollo del niño, plantea de entrada una gran paradoja: a pesar de constituir una aspiración universal, se basa en representaciones y prácticas de cuidado extremadamente variables, según las sociedades, los grupos de actores y los contextos socioculturales.

Sin duda es por esta característica que los antropólogos se han ocupado desde muy temprano de la problemática de los cuidados. Clasificados por Mauss (1968[1936]: 365) bajo la categoría de "técnicas del cuerpo", éste los define como "(...) *las formas en las cuales los hombres [en las sociedades en las cuales la transmisión se realiza de forma oral] saben servirse de su cuerpo*". Respecto a los cuidados impartidos al niño, Mauss enumera las técnicas del nacimiento y de la obstetricia, de la niñez (crianza, alimentación, destete) y de la adolescencia (iniciación). Después de Mauss, el cuidado ha sido estudiado principalmente por la antropología de la niñez, una rama de la antropología social y cultural. Extensas encuestas han permitido observar, comparar y establecer correlaciones entre las prácticas de cuidado asociadas al niño pequeño en varias sociedades

africanas, de Oceanía y americanas¹. Otros estudios se han orientado más específicamente hacia el cuidado del cuerpo (aseo, cebadura, lavados intestinales, masajes, formas de mover al niño, técnicas de acunar), las prácticas de lactancia, las técnicas de destete y los cuidados terapéuticos cotidianos (tratamiento de diarreas, de la fontanela y de la campanilla, escarificaciones, vómitos, geofagia, sudoración, etc.) en pequeñas sociedades culturalmente homogéneas².

Nuestro capítulo tiene por objetivo delimitar la noción de cuidado relativo al crecimiento y el desarrollo a partir de las representaciones y prácticas de los responsables (madres y padres) del niño en el Chapare y en Chávez Rancho³. Se tomarán en cuenta únicamente los cuidados cotidianos dirigidos al niño al interior de la vivienda⁴. Para este fin, trataremos cuatro temas principales: (i) la responsabilidad y la custodia; (ii) los problemas de salud; (iii) las relaciones entre alimentación y salud; y (iv) las etapas del crecimiento y del desarrollo. Estos temas corresponden a los objetivos de la investigación tal y como fueron definidos para la fase descriptiva y analítica del Proyecto (véase Introducción General).

Aunque estos temas remiten a diferentes tipos de cuidado del niño por sus padres, veremos, sin embargo, que estos últimos no los distinguen de forma sistemática y que están estrechamente relacionados dentro de las representaciones y prácticas cotidianas.

1 Cf. entre otros, Whiting & Whiting (1975) y Jordan (1993).

2 Para citar sólo algunos ejemplos, cf. Mead (1973); Bonnet (1988); Lallemand & Journet ed. (1993); Koubi & Massard (1994); Bianquis & Le Breton *et al.* ed. (1997); Lestage (1995, 1999).

3 La presentación general de estas dos zonas se encuentra en el Capítulo 1 [Suremain]. Nuestro análisis está dirigido hacia las dos zonas de encuesta; las particularidades de cada una de ellas sólo se mencionan cuando son significativas.

4 Preferimos utilizar el término de "vivienda" en vez de "hogar" (conjunto de personas que duermen, comen y reconocen a la misma autoridad bajo el mismo techo), ya que toma en cuenta a las personas (parientes o no) que están de paso. Para una exploración del concepto, cf. Goody (1976).

A pesar de que hasta la actualidad, en la antropología no se ha impuesto ninguna definición del cuidado del niño, retomamos la definición propuesta por Bonnet (2000: 8), según la cual se trata de: *“la unidad mínima de contacto o de interacción –orientada hacia un objetivo higiénico, terapéutico o afectivo– entre el adulto y el individuo joven o el mayor y el menor”*⁵. En el marco de las sociedades quechua-aymaras⁶, la comprensión de esta noción “desde adentro” implica, sin embargo, tomar en consideración varios niveles de análisis complementarios.

El primero está dirigido a las representaciones generales de la salud y la alimentación. En el contexto andino, la clasificación de los alimentos, de los ingredientes, de las enfermedades, la identificación de los síntomas, su asociación y la definición de la enfermedad y de la cura, se basan en una aproximación llamada “humoral”, que a su vez se basa en teorías particulares sobre la persona, el alma, el cuerpo y también sobre la influencia del mundo sobrenatural en el mundo social. La concepción humoral –y su simbolismo particular– marca las prácticas de cuidado más cotidianas, las cuales, por lo tanto, no se reducen a simples gestos mecánicamente repetidas y cuya función sería únicamente sanitaria o alimentaria (véase Acápite 4 et 5).

El segundo nivel concierne a la organización social predominante en las sociedades quechua-aymaras. Las prácticas de cuidado relacionadas con la salud, la alimentación, el crecimiento y el desarrollo del niño revelan modelos de comporta-

5 En nutrición pública, el “cuidado” (*care* o *caring*) se define como “(...) el suministro, al interior del hogar y de la comunidad, del tiempo, de la atención y del sostén necesarios para cubrir los requerimientos físicos, mentales y sociales del niño durante su crecimiento, así como de los demás miembros del hogar” (FAO & OMS 1992, citado por Martin-Prével 2002: 86).

6 Desde los años 60-70, los Quechuas y los Aymaras, que originalmente ocupaban los Valles interandinos y el Altiplano, migran hacia las Tierras Bajas de la Amazonia (Cortes 2000 y Capítulo 1 [Suremain]).

miento entre los adultos y los niños, por un lado, y entre los adultos, por otro. Aunque la relación madre/niño es central en la problemática de los cuidados, se inscribe en un campo de interacción y de influencia mucho más amplio que condiciona los gestos más banales (véase Acápite 3 et 6).

Un tercer nivel concierne a la dinámica de transformación de los sistemas de representación y de las prácticas en el ámbito de la salud y la alimentación. Lejos de ser constantes, estos sistemas evolucionan permanentemente. En las sociedades andinas, como en las demás, los sistemas alimentarios, nosológicos y terapéuticos se influyen mutuamente, al mismo tiempo que se inspiran de modelos y prácticas diferentes. La consiguiente imbricación prohíbe establecer una oposición término a término entre un modelo biomédico o “moderno”, por un lado, y un modelo “tradicional” o popular, por el otro (véase Acápite 6).

Los cuidados impartidos al niño ilustran, por una parte, la paradoja de la universalidad y de las especificidades culturales de los cuidados y, por otra, los diferentes niveles de análisis mencionados anteriormente (concepción humoral, organización social, transformación de las representaciones). Después de la presentación de los resultados de la investigación, volveremos a los cuidados, proponiendo un marco de análisis dirigido a una aproximación y comprensión global de éstos⁷.

2. Metodología

Los análisis presentados en este Capítulo se basan en los datos recogidos durante la primera fase de investigación (1998-1999) y la fase de investigación complementaria (2000) de la

7 Entendemos el término “global” en el sentido de “concepción globalizante” (Dumont 1971): no es la adición de las prácticas lo que da sentido al cuidado, sino que la noción de cuidado da sentido a las diferentes prácticas que lo componen; de ahí la expresión de práctica “global/globalizante” utilizada en el presente texto.

parte socioantropológica del Proyecto (véase Introducción General). Para las encuestas se han utilizado las técnicas de la entrevista semiestructurada y profundizada, de la descripción y de la observación "focalizada"⁸ (véanse Cuadros 1 y 2).

Cuadro 1: Tipos y número de entrevistas semiestructuradas y profundizadas (Chapare & Chávez Rancho)

Tipos de entrevista	Número
Madre	149
Padre	5
Madre y Padre	7
Otro Pariente	12
Total	173

Cuadro 2: Tipos y número de observaciones y descripciones (Chapare & Chávez Rancho)

Tipos de observación / descripción	Número
Descripción de la vivienda	6
Descripciones de Centros de Salud	3
Observaciones de consultas pediátricas	12
Total	21

3. El tema de la responsabilidad y sus consecuencias para las modalidades del cuidado del niño

En antropología, y especialmente en el estudio de las relaciones de género, la distinción entre la noción de "diferencia-

8 Varios estudiantes de la Facultad de Sociología de la Universidad Mayor de San Simón de Cochabamba han integrado sus actividades de investigación en el marco del Proyecto en su currículo universitario. Las investigaciones realizadas, así como las formaciones recibidas han permitido a algunos a defender sus licenciaturas en base a su propio análisis/interpretación de los datos. Agradecemos a los estudiantes que han participado más específicamente en la recolección de los datos en el campo (Fiorella, Jean Carla, Magdalena, María Eugenia, Paola, Rocío y Ross Mary). También agradecemos a Ingrid Brugioni que ha ingresado los datos en el paquete QSR*NUD-IST.

ción" y de "diferencia entre los sexos" es fundamental (Mathieu ed. 1985). Mientras que la última sólo revela una función biológica descriptiva y puntual, la primera permite sacar a la luz las relaciones de poder y las diferencias construidas social y culturalmente, entre los roles y las responsabilidades asignadas a mujeres y hombres⁹. La "gramática sexual" (Ardener ed. 1975) que resulta de ello en las diferentes sociedades, tiene efectos directos en los cuidados dirigidos al niño¹⁰.

3.1 Roles y modelos de comportamiento ideales percibidos por mujeres y hombres

Tanto en Chávez Rancho como en el Chapare, mujeres y hombres se atribuyen roles y comportamientos extremadamente estereotipados. Los derechos y las obligaciones de cada uno están siempre claramente definidos. Mientras que la responsabilidad económica del hogar recae en los últimos, a las primeras les corresponde el cuidado de sus habitantes. Aunque frecuentemente la realidad es mucho más compleja, ejerciendo las mujeres también actividades remuneradas, estos roles –y el modelo de comportamiento que los sostiene– son ampliamente resaltados y valorizados en el discurso de los involucrados/as¹¹.

Con respecto a la responsabilidad por el "bebé" (*wawa* o *wawita*¹²), parece obrar una lógica de distribución de los pape-

9 Existen numerosos estudios etnográficos sobre las relaciones de género en diferentes contextos socioculturales; cf. Mead (1948), Paulme ed. (1960), Mathieu (1973), Mathieu ed. (1985), Sanday (1973), Reiter ed. (1975), Young & Edhom *et al.* (1977), McCormack & Strathern ed. (1980) y Bissilliat ed. (1992).

10 Sobre este tema específico, cf. Raphael & Davis (1985) y Saillant (1999a).

11 Esta observación es especialmente válida para Chávez Rancho donde cerca del 50% de las madres entrevistadas ejercen una actividad remunerada (contra aproximadamente el 30% en el Chapare).

12 De origen quechua, el uso del término genérico de *wawa*, que no diferencia entre los sexos, está ampliamente difundido en la América andina, incluso fuera de las sociedades indígenas.

les en el mismo orden. El padre tiene que satisfacer las necesidades fundamentales (ropa, alimentación, salud) del niño entregando dinero a la madre. Esta última está encargada de la buena administración de los fondos y especialmente del bienestar del niño.

Estos roles, que remiten a un sistema de relaciones ampliamente difundido y homogéneo en el mundo quechua-aymara, determinan directamente lo que las madres llaman la "responsabilidad" o el hecho de "asumir" ("cuidar", "cargar" o "atender") el niño. De una mujer que asume su papel, se dice que es "cumplida".

Cuando nace el niño, de hecho se trata de "asumirlo" (atenderlo), con toda la serie de contrariedades o de "cargas" que implica su supervivencia. En cierta manera, el estatus de la mujer es afectado por el niño. Con su llegada, pone a su madre en una situación de incertidumbre, sobre todo en el interior de su familia y de la de su cónyuge. Para la madre, el problema es saber si está a la altura de poder cumplir su tarea, o, como se dice a veces, el "bulto" que la espera.

La regla de la filiación indiferenciada¹³ (con leves inflexiones patrilineares) que prevalece en las sociedades quechua-aymaras, no parece afectar la distribución de los roles y de las responsabilidades entre mujeres y hombres frente al niño. A pesar de cierto "igualitarismo", que se manifiesta a nivel de la herencia, de la residencia o de prerrogativas en materia de resolución de conflictos familiares, corresponde exclusivamente a la mujer el "cuidar el niño" y darle los cuidados apropiados o "el buen cuidado". A la pregunta si alguna vez su marido llevaba a su hijo en la espalda, una madre del Chapare nos contestó irónicamente: "No es porque me ha regalado el awayo¹⁴ para el na-

13 Se trata de un "(...) régimen de devolución de los bienes y del estatuto, que asocia las dos ramas de la familia del niño, asignándoles funciones idénticas" (Lallemand 1997: 12).

14 El awayo designa una "(...) tela rectangular para llevar objetos o niños, o para hacer mesas de ofrendas" (Véricourt 2000: 275).

cimiento de la wawa que él lo va a cargar en su espalda... ¡Los hombres cargan madera, pero no a los niños; ellos son demasiado pesados para cargar!"

De esta distribución de roles resultan actitudes y retos ambiguos¹⁵. Por un lado, las mujeres parecen beneficiarse de una relativa autonomía en cuanto a la socialización del niño (salud, alimentación, afecto, educación), mientras que, por el otro, el éxito del proceso es validado por los padres. Por lo tanto, en parte depende del criterio que emplean estos últimos, si la mujer ha cumplido, o no ha cumplido, con su papel de madre. Consecuentemente, ella tiene la plena responsabilidad en el conjunto de las prácticas respecto "al buen cuidado" del niño.

En términos de comportamiento, lo que los hombres esperan de las mujeres refleja la distribución de los roles mencionada arriba. En su opinión, asumen responsabilidades de otra naturaleza (proveer la casa de dinero y de alimentación gracias a su trabajo). Según su criterio, el rol que les corresponde es crear las condiciones favorables para la buena "fabricación" y el buen seguimiento de la socialización del niño. En este esquema, corresponde a la madre protegerlo de todo lo que lo podría afectar (especialmente respecto a su salud).

Más allá de la pareja, las redes de parentesco, de amigos y de vecinos esperan que la madre "cumplida" haga su papel adecuadamente. En caso de "descuido", toda la sociedad, basada en esta distribución de las responsabilidades, se encuentra en peligro. En cierta forma, para la madre, el niño es el medio de integrarse en la sociedad, pues éste le confiere un estatus social. Inversamente, el niño encarna su potencial marginamiento de la sociedad. En todo caso, mientras que el niño no disponga todavía de una noción de su propia identidad, éste se ve dotado de una función fundamental: la de reproducir la

15 Según Lallemand (1997: 10): "Los diferentes tipos de filiación, unas veces oponen lazos de cariño y lazos socialmente eficaces del niño con sus parientes, y otras los hacen coincidir".

sociedad, el orden social y las relaciones entre los hombres y las mujeres en las que éste se basa¹⁶.

3.2 Las modalidades de cuidado del niño

3.2.1 El cuidado permanente del niño por las madres

En la mayoría de las entrevistas realizadas con las madres (80% de los casos), éstas afirman tener el cuidado exclusivo y permanente del niño (véase Cuadro 3). Algunas subrayan el hecho de que no permiten que otra persona se ocupe de su hijo, ni siquiera por períodos cortos.

Cuando van al mercado o cuando trabajan en los campos de cultivo (*chacos*), las mujeres llevan a sus hijos con ellas: “No dejo a mis hijos al cuidado de nadie sino que siempre les llevo conmigo (Chávez Rancho); Cuando trabajo de peona, voy con mis hijos cargando a la más menor en el *awayo*” (Chapare).

Algunas madres precisan que prefieren dejar a sus hijos solos y encerrados antes que confiarlos a otra persona, pero estos casos son la excepción.

Cuadro 3: Actores declarando tener el cuidado exclusivo del niño

Personas	Número de entrevistas	Porcentaje
Madres	47	79.66%
Madres y padres	5	8.47%
Abuelas	2	3.38%
No definidas	5	8.47%
Total	59	100%

Una de las razones mencionadas por las madres para justificar su papel de cuidadora casi exclusiva del niño, es la falta de ayuda mutua en la familia, sea que ésta vive demasiado lejos, sea que no tiene las posibilidades (falta de recursos monetarios o de tiempo).

16 Sobre este tema, cf. Suremain & Lefèvre *et al.* (2000).

Según las mujeres, a veces los cónyuges les imponen el cuidado permanente de los niños, aun cuando ellas han realizado estudios y que están en posibilidades de trabajar: "*Mi esposo me obligó a que dejara de trabajar [para cuidar al niño]*" (Chávez Rancho).

Algunos padres justifican esta actitud por los peligros que corre el niño si no es cuidado por su madre. Otros sencillamente demuestran su autoridad: "*Mi esposo me tiene muy encerrada; dice que sólo yo sé qué hacer y cómo cuidar a la niña*" (Chapare).

La desconfianza de algunas madres refleja a veces los temores de los padres: temen que los niños se contagien al contacto con otras personas; también hablan que en esta situación no se les daría los cuidados en forma adecuada. Esta actitud concierne sobre todo a las madres cuyos hijos son de tierna edad y que todavía son amamantados.

3.2.2 La contribución de los hijos en el cuidado temporal de los más pequeños

Las modalidades de cuidado temporal del infante permiten precisar la noción de responsabilidad que corresponde a las mujeres y el sistema de relaciones de género más amplio en el cual se inscribe.

Cuando por una razón o por otra la madre no puede llevarse a su hijo, éste se confía preferentemente a algún miembro de su familia: sus hermanos y hermanas, su abuela materna o su padre (véase Cuadro 4).

En caso de una ausencia prolongada (hasta varias semanas), generalmente el niño es confiado a la abuela materna (17%). Es el padre el que se ocupa puntualmente (algunas horas) del cuidado del niño (15%), lo que parece confirmar la distribución sexual de los roles relativamente estricta mencionada arriba: "*Soy la única que cuida las wawitas; alguna vez me ayuda mi esposo Miguel cuando no tiene trabajo; raro es*" (Chapare).

Cuadro 4: Personas principales a las cuales la madre confía temporalmente sus hijos

Personas	Número de entrevistas	Porcentaje
Hermanas y hermanos	20	26.66%
Abuela materna	13	17.33%
Padre	11	14.66%
Tía(s) maternas(s)	4	5.33%
Padre + hermanas y hermanos	4	5.33%
Abuelos	4	5.33%
Padre + abuela(s)	3	4%
Abuelo paterno	3	4%
Abuelos paternos	3	4%
Tíos + abuelos maternos	2	2.56%
Se quedan solos	2	2.56%
Tíos maternos	2	2.56%
Tía paterna	2	2.56%
Abuelos + hermanas y hermanos	2	2.56%
Total	75	100%

Aunque frecuentemente el cuidado temporal del niño más pequeño se comparte entre los demás niños y los adultos (padre, abuelos o tía¹⁷), se puede constatar la importancia concedida a los hermanos y hermanas del niño para asumir esta tarea. Esta importancia tiene que ser relacionada con el aprendizaje de los comportamientos asignados normalmente a mujeres y hombres, que empieza en una etapa muy temprana del ciclo de vida. Apenas el niño goza de una relativa autonomía (movilidad, alimentación), se le confiere a su vez el cuidado de otros niños.

De esta manera, el cuidado de los pequeños por los mayores marca una etapa importante en el proceso de interiorización

17 Aunque no esté precisado en el texto, la "tía" del niño designa a veces a la "madrina" o a la "comadre". Es sabido que en América Latina, el parentesco ritual o simbólico –conocido bajo el nombre de "compadrazgo"– es una institución muy difundida. Ésta consiste en vincular, a través de un niño, a dos familias emparentadas o no. El ahijado se convierte entonces en "protegido" de sus padrinos. En el transcurso de su vida, un mismo individuo adquiere varios padrinos y madrinas (cf. Christinat 1989).

de los roles y comportamientos relacionados con la responsabilidad del niño¹⁸. A partir de este momento, se establecen sutiles distinciones entre los mayores y los menores, por un lado, y entre muchachas y muchachos, por el otro: mientras que las primeras alimentan a los muy pequeños, los últimos los vigilan en sus recorridos, sus juegos y el descubrimiento del otro¹⁹. Progresivamente, se construyen los saberes: mientras que todo lo relacionado al mundo doméstico recae en las muchachas (cocina, tareas domésticas), los varones se ocupan sobre todo de las actividades públicas ligadas al mundo exterior (trabajo remunerado):

Cuando salgo, las wawas se quedan con Olivia [9 años]; ella hace de comer, ella cocina; yo y mi esposo le hemos enseñado. Olivia los cuida bien; con ella no salen a la calle y no se asustan porque no los hace llorar. Cierre la garrafa del gas; no deja jugar a las wawas con fósforo, no les deja acercarse a la cocina (Chávez Rancho).

En el transcurso del aprendizaje de estos roles y comportamientos, los adultos parecen tener más un estatus de acompañantes que de educadores. Mediante sus estímulos, crean condiciones favorables para la reproducción de actitudes apropiadas. Por medio de sus amonestaciones frecuentemente violentas, recuerdan a los jóvenes lo que es el orden social. Sencillamente, por su ejemplo participan en la consolidación de los roles de estos futuros padres y madres. Finalmente, los niños se cuidan constantemente uno al otro. A la manera de "*parejitas*", los hermanos y hermanas discuten y negocian como adultos sobre el destino de los pequeños que tienen a su cargo.

18 Sobre el rol socializador del cuidado del niño para éstos, cf. Rabain (1979), Goldring Zukow (1989) y Weisner & Gallimore (1977).

19 "La posición entre los hermanos es [para el niño] de gran importancia a varios niveles: concierne a su estatus, a veces a sus derechos a la herencia, a la modalidad de sus relaciones de parentesco y a las que mantendrá con sus primos hermanos" (Lallemand 1997: 34).

4. La percepción de los problemas de salud del niño

Uno de los principales aportes de la antropología es haber demostrado que las representaciones relativas a la salud y la enfermedad están directamente relacionadas a sistemas culturales o de pensamiento, que confieren a las prácticas de los actores (madres, padres, abuelos, vecinos, etc.) una coherencia o un sentido cuya lógica no es inmediatamente perceptible²⁰.

4.1 ¿Qué es la enfermedad?

4.1.1 *La concepción humoral de la enfermedad*

Gracias a la abundante literatura etnográfica existente sobre el tema, se sabe que los modelos terapéuticos vigentes en los sistemas nosológicos andinos se basan en una concepción de la enfermedad llamada "humoral"²¹. La distinción entre lo "frío" y lo "cálido" es especialmente difundida en el mundo quechua-aymara. En este contexto, la salud de la persona depende del equilibrio siempre precario entre los elementos fríos y cálidos que predominan en ella en un momento dado.

De esta concepción y de la distinción entre lo frío y lo cálido resultan dos importantes principios. El primero es el de la "utilización seleccionada de los contrarios". Por ejemplo, cuando una persona está enferma, se le propone una alimentación, medicamentos o pociones a base de plantas, cuyas propiedades cálidas o frías están simbólicamente opuestas a las de los

20 Existe un sinnúmero de trabajos en la antropología de la salud y la enfermedad. Nos referimos especialmente a los de Loudon ed. (1976), Comaroff (1978), Foster & Anderson (1978), Augé (1984, 1986), Sindzingre & Zempléni (1982), Zempléni (1985), Fainzang (1986) y Laplantine (1986).

21 Para la concepción humoral de la enfermedad y sus principios fundamentales, cf. Logan (1977), Fainzang (1986), Laplantine (1986), Foster (1987) y Bonnet (1991). Para estudios de caso realizados en Bolivia, cf. Aguilo (1985) y De Meer (1987).

trastornos que sufre la persona. El segundo principio es el de "evitar los extremos", que consiste en no alimentar a la persona con alimentos dotados de propiedades simbólicas opuestas durante los periodos de bienestar. El respeto de este principio permite, de alguna manera, proteger y preservar su salud²².

4.1.2 La etiología social de la enfermedad

En el universo quechua-aymara, las etiologías locales –o los sistemas de clasificación de las enfermedades– son particularmente complejas, ya que, según la expresión de Bernand (1985: 214), proceden de un "bricolaje intelectual" que recurre a registros muy variables. Como en numerosas sociedades (Foster 1976, Bonnet 1991), se observa la coexistencia de por lo menos dos sistemas de agentes que causan la enfermedad: el sistema llamado *naturalistic* (el agente que causa la enfermedad es un elemento natural, como por ejemplo el viento, un soplo, un olor o un exceso de alimentos) y el sistema llamado *personalistic* (el agente que causa la enfermedad es sobrenatural y relacionado a la acción de una tercera persona, como el brujo, el antepasado, un resucitado). Estos sistemas se combinan, evidentemente, con el de la biomedicina occidental.

De la misma forma que en otras regiones del mundo, la enfermedad en las sociedades quechua-aymaras es a menudo el resultado de un exceso (mirada insistente, sentimiento de envidia), de un desequilibrio en el mundo de los vivos y/o entre el mundo de los vivos y el de los muertos. Cuando la enfermedad se expande (real o simbólicamente) al entorno cercano del enfermo, ésta se inscribe en la categoría más general de la desgracia o del "daño", que está directamente relacionada con un hechizo (Bernand 1985). A esta categoría pertenecen también las enfermedades que vuelven de manera crónica.

22 Acerca de las oposiciones entre lo frío y lo cálido aplicadas a la enfermedad, cf. Currier (1966), Logan (1977) y Bougerol (1983).

Independientemente de si se trata de una falta cometida por el enfermo o de las consecuencias de un hechizo, frecuentemente hay que buscar las causas de la enfermedad en el pasado de la persona o de sus prójimos. Por consiguiente, siendo una especie de “llamada al orden social” (Augé 1984), la enfermedad no se limita a efectos fisiológicos. Su cura incita al enfermo y su grupo familiar a una larga búsqueda del sentido del padecimiento. Esta etiología social y simbólica no excluye recurrir parcialmente a la biomedicina. Frecuentemente considerada como eficaz para curar los efectos, ésta es sencillamente considerada como incompetente para tratar las causas sociales y mágico-religiosas –percibidas como reales– de la enfermedad²³.

Sería equivocado pensar que los límites entre estos diferentes sistemas nosológicos son cerrados o establecidos definitivamente. Esta particularidad hace que cualquier intento de clasificación de los problemas de salud, que generalmente son denominados con el término genérico de “enfermedad”, sea muy complejo.

4.2 Las concepciones de la salud

4.2.1 El niño “sano” y el niño “no sano”

Cuando se pregunta a los padres sobre lo que significa la salud del niño, éstos recurren a nociones bastante abiertas, como la de “niño sano” o de “niño no sano”. Estas expresiones engloban características físicas y de comportamiento que los responsables mencionan de manera espontánea.

Así, la perturbación del sueño, los gritos y los llantos excesivos o una inclinación por el azúcar son serios indicios (pre-

23 Respecto a la región de Potosí (Bolivia), Véricourt (2000: 57) señala que: “[Los curanderos y los actores locales] ven la medicina occidental como una forma de remedio complementario que puede aplicarse a las enfermedades para las cuales se reconocen como incompetentes”.

sunciones) o señales (síntomas) de enfermedad: *"Está con diarrea, fiebre y no quiere comer"* (Chávez Rancho). Entonces se dice que el niño *"está enfermo"*, sin necesariamente nombrar el trastorno o la enfermedad.

El hecho de que el niño no come normalmente (pérdida de apetito), que vomita o que tiene fiebre, algunas veces es una enfermedad, otras veces una señal de ella, pero también una señal de gravedad, ya que su aspecto físico está alterado (enflaquecimiento general, barriga hinchada): *"Tenía harta diarrea y no se alimentaba, flaco era, su estómago estaba hinchado"* (Chapare).

Por el contrario, el niño sano se caracteriza, independientemente de su edad, por el hecho de que no está enfermo, que come bien, que corretea y que duerme bien. Como lo dice una madre del Chapare:

Un niño [sano es] que no tenga enfermedades, que no se hubiera enfermado nunca, que no tenga ninguna dificultad en su crecimiento, en su alimentación; un niño sano se siente bien, corretea. Cuando está enfermo no quiere jugar, quiere comer cosas dulces no más, eso quiere decir que está mal.

A veces, los padres relacionan directamente el bienestar del niño con la alimentación y el crecimiento, utilizando nociones biomédicas: *"Un niño sano significa que está bien alimentado, que está bien en su crecimiento, que no está desnutrido"* (Chávez Rancho).

También se dice de un niño sano que tiene *"buena fuerza"* o *"valor"*, como si la buena salud fuera un estado que permite luchar contra los ataques repetitivos de la enfermedad.

En las percepciones locales, la enfermedad es una forma de agresión dirigida hacia la persona. Independientemente de su causa, se la debe prevenir. Es el sentido dado a la práctica –en la mayoría de los casos mantenida secreta– que consiste en envolver al recién nacido en telas muy apretadas. Para las madres de Chávez Rancho y del Chapare, se trata en primer lugar de comprobar la fuerza física (real o simbólica) del niño para que éste adquiera por su propia fuerza resistencias y se libere

solo de sus molestias. El niño que resiste a esta prueba, amplía sus límites y desarrolla una capacidad de resistencia. Dicho de otra manera, se podría tratar de una verdadera práctica de cuidado preventivo orientada a que el niño enfrente con mayor fuerza las enfermedades²⁴.

4.2.2 *Los problemas de salud infantil mencionados por las madres*

Los Cuadros 5 y 6 presentan los problemas de salud infantil más frecuentemente mencionados por las madres en las dos zonas de estudio.

Cuadro 5: Los problemas de salud infantil más frecuentemente mencionados por las madres (Chapare)

Problemas de salud	Número de entrevistas	Porcentaje
Diarrea	20	33.89%
Fiebre	17	29.81%
Tos	9	15.25%
Vómitos	8	13.55%
<i>Susto</i> *	5	8.47%
Total	59	100%

* El susto es una enfermedad ocasionada por un pavor fuerte y repentino que provoca la separación del alma del cuerpo.

Cuadro 6: Los problemas de salud infantil más frecuentemente mencionados por las madres (Chávez Rancho)

Problemas de salud	Número de entrevistas	Porcentaje
Diarrea	23	30.26%
Tos	21	27.63%
Resfrío	14	18.42%
<i>Susto</i>	10	13.15%
Fiebre	8	10.52%
Total	76	100%

24 Para la simbología socializadora de esta práctica muy difundida en los Andes, cf. Platt (2001: 663).

Estos cuadros dan una primera idea de las preocupaciones de las mujeres en materia de enfermedad y/o de salud. Sin embargo, los Cuadros no muestran que, en las percepciones locales, un mismo problema de salud puede ser al mismo tiempo una enfermedad y un síntoma. Esta confusión –o este cambio de lugar en la cadena de causalidad– depende en realidad de la "gravedad" o del "sentido del trastorno"²⁵ percibidos por la madre del niño, a veces por el padre, el curandero o también por el personal de salud (véase Acápita 4.3.2).

4.2.2.1 *Los síntomas de la enfermedad*

La mayoría de las madres no establecen una relación sistemática entre el supuesto origen de la enfermedad y los síntomas que la acompañan (véase Cuadro 7 abajo). Esto es especialmente el caso de la "fiebre" ("*calentura*", "*temperatura*") y de la diarrea, que a veces son percibidas como la causa, otras veces como señales de "*malestar*". En cambio, cuando acompañan enfermedades identificadas como tales (la tos), son tomadas como señales de gravedad²⁶.

La diarrea es también uno de los trastornos más frecuentes mencionados por las madres. Las más de las veces, es, sin embargo, considerada como una enfermedad "*común*", es decir, fácil de curar. También en este caso, cuando está acompañada de otras señales (fiebre o vómitos) probablemente relacionadas con una infección más insidiosa, es percibida como grave e incita a los padres a llevar al niño al Centro de Salud.

Sólo algunas mujeres parecen conocer la causa biomédica precisa de los problemas de salud del niño (parásitos, amebas, infección intestinal, etc.). Este caso se da sólo después de que hayan recurrido a un Centro de Salud a causa de fuertes dolo-

25 Expresión prestada de Augé & Herzlich ed. (1984).

26 Las madres señalan también que la fiebre puede ser una enfermedad propiamente dicha, esté asociada o no a otras enfermedades o síntomas.

res de barriga, acompañados de fiebre o de vómitos que han afectado al niño:

Hace como medio año, llevé a Huáscar al Centro de Salud porque estaba enfermo del estómago; le dijeron que tenía amebas, pero no le mandaron a hacer ningún análisis; el médico sólo lo vio y dijo que eran amebas. Pero la última vez que lo llevé, hace como dos meses, le mandaron a hacer análisis de heces; salió positivo porque tenía amebas (Chapare).

Entre las otras enfermedades señaladas, algunas son percibidas como de origen contagioso: el sarampión, la rubéola, la hepatitis, la fiebre escarlatina, la tifoidea, la varicela y la tos ferina. Llama la atención que también la fiebre amarilla, la rabia y la enfermedad de Chagas son consideradas como enfermedades contagiosas²⁷.

Aparte de estas enfermedades, los niños sufren a veces de "*molestias leves*", que no son consideradas graves, como es el caso de las comezones de la piel. En el Chapare, las madres asocian las erupciones de granos ("*pitai*", "*puchichi*") con el calor y la humedad, mientras que en Chávez Rancho se señalan sobre todo los hongos y las conjuntivitis como relacionados con la sequedad del aire.

La mayoría de las madres confunden entre el "*resfrío*" y la "*gripe*". A no ser que estén acompañados de fuertes fiebres y vómitos, generalmente no están considerados como enfermedades graves o "*serias*".

Finalmente, las mujeres evocan problemas de salud relacionadas a accidentes domésticos: quemaduras, caídas, contacto con productos nocivos, etc. Estos accidentes parecen ser

27 La enfermedad de Chagas o tripanosomosis americana es una parasitosis endémica de los países de Centro y Sudamérica. El parásito es transmitido al ser humano por un insecto vector (la vinchuca) que se reproduce principalmente en las casas de adobe. En realidad, esta enfermedad no es contagiosa. También fueron mencionados otros tipos de infección (oídos, vías urinarias, etc.).

más frecuentes en Chávez Rancho que en el Chapare. En cambio, en esta zona, los niños están más frecuentemente expuestos a las mordeduras de serpientes y los ahogamientos.

Cuadro 7: Principales síntomas de la enfermedad percibidos por los responsables de los niños (Chávez Rancho & Chapare)

Síntomas	Número de entrevistas	Porcentaje
Falta de apetito	25	19.23%
Fiebre	24	18.46%
Llantos	20	15.38%
Tos	13	10%
Granos	10	7.69%
Vómitos	10	7.69%
"Sin gana"	8	6.15%
Diarrea	7	5.38%
Insomnio	7	5.38%
Gritos	6	4.61%
Total	130	100%

Los datos confirman la permeabilidad de los límites entre las enfermedades, así como la complejidad y la combinación de las causalidades percibidas. El mejor ejemplo es probablemente el del "susto" (o "jap'eqa"), verdadero "síntoma cultural", que es objeto de numerosos estudios etnográficos²⁸. Recordemos que el *susto* es presentado como una enfermedad ocasionada por un pavor fuerte y repentino que provoca la separación del alma del cuerpo. Los síntomas generalmente asociados al *susto* son un estado de extrema agitación, la diarrea y los vómitos o, por el contrario, un estado depresivo y amorfo acompañado de la pérdida de apetito. Particularmente difícil de interpretar, esta enfermedad incita a las madres a visitar al "curandero" ("jampiri", "yatiri")²⁹. Éste les da pocio-

28 Cf. Rubel (1964), Toussignant (1979) y Simons & Hughes ed. (1985).

29 "A pesar de ser curandero, el yatiri nunca es responsable del tratamiento de todas las enfermedades, ocupándose de trastornos específicos. En los Andes, las formas de desequilibrio que afectan a los hombres (en-

nes ya elaboradas o recetas culinarias que ellas preparan en casa y cuyo objetivo explícito es el de restablecer los equilibrios humorales. Cuando el niño está afectado de *susto*, se dice que está “*asustado*” o “*jap'eqado*”³⁰.

El mismo tipo de problema para la interpretación se plantea respecto a los niños llamados “*orejados*”, los cuales, por haber sentido el olor de un difunto o de haber jugado en un cementerio, manifiestan síntomas contradictorios. El tratamiento, al igual que para el *susto*, consiste en curar “el mal por el mal”, restableciendo los equilibrios humorales: “*Para curar al orejado, hay que ir por la noche a dar una vuelta al cementerio y dar de comer tierra a polvo a la wawa para que se cure*” (Chapare).

4.2.2.2 Las causas de la enfermedad

La negligencia materna

Las madres mencionan discreta pero frecuentemente la “negligencia” (“*descuido*”) para explicar la aparición de una enfermedad o de un problema de salud en su hijo. Para ellas, se trata de un comportamiento involuntario que tiene por consecuencia exponer al niño a ciertos peligros o situaciones de riesgo, los cuales conducirían a trastornos y enfermedades (cf. *Peligros y situaciones de riesgo*, abajo)³¹.

fermedad, debilidad, desgracia, pérdida) son concebidas como energías no controladas, desórdenes de tipo cosmológico” y también: “Durante las curas, el yatiri responde a todo lo que obstaculiza el buen funcionamiento del mundo, la salud y la reproducción, incluidos los trastornos provocados por la brujería, la acción nefasta de un espíritu o el castigo de una deidad ofendida” (Véricourt 2000: 124 y 267).

30 La *mipa* es otra enfermedad infantil extremadamente difundida en los Andes, sobre todo en el Perú: “El recién nacido afectado reproduce las características de un objeto que ha provocado una fuerte emoción en la madre durante su embarazo” (Lestage 1987 y 1999: 25).

31 Para un análisis antropológico de la noción de “negligencia materna” asociada a la desnutrición en África, cf. Bonnet (1996). Para diferentes ejemplos etnográficos, cf. Korbin ed. (1981).

En la mayoría de los casos, las mujeres explican que ha sido por falta de atención –o porque han sido absorbidas por otra actividad– que han sido negligentes. En todo caso, les es muy difícil profundizar el tema. En este contexto, recordemos que el control social ejercido sobre ellas, a través del “*buen cuidado*” que deben proporcionar a los niños como madres “*cumplidas*”, es particularmente fuerte (véase Acápite 3.1).

Algunas madres echan explícitamente la culpa a los niños (“*Anda descalza*”; “*No se tapa*”; “*Son demasiado turbulentos*”), para justificarse mejor a ellas mismas. Independientemente de las órdenes de la madre, sería el comportamiento del niño el que explica su estado. Por lo tanto, las madres dan a entender que a pesar de su tierna edad, el niño debería comprender espontáneamente las consecuencias de sus actos y consecuentemente prever los riesgos que corre. En el Chapare, una madre pretendió que ella cedía al pedido de su hijo, en este caso de comprarle un helado, a pesar de que estaba convencida de que se enfermaría de una fuerte angina: “*Si él pide, cómo le puedo rechazar un helado...*”.

En el contexto de las relaciones de género en Bolivia, en el pensamiento de las mujeres se podría tratar de una manera de desculpabilizarse y de liberarse parcialmente de la presión que se ejerce sobre ellas. Más abajo volveremos con más detalle a esta idea (véase Acápite 6).

Peligros y situaciones de riesgo

Entre los peligros y situaciones de riesgo más frecuentemente mencionados, tanto en la ciudad como en el Chapare, está el hecho de que el niño juega en el suelo con tierra. Las madres declaran que tiene tendencia a llevarse todo a la boca. Aparte de la cura reservada a los niños afectados de *orejado*, la ingestión de tierra, las manos sucias o las impurezas son consideradas como causas de la enfermedad: “*Es posible que haya cogido la enfermedad con algo que se llevó a la boca, entonces tal vez haya habido algún microbio que le haya provocado este mal o tal vez sus manos sucias*” (Chávez Rancho).

Por supuesto, los riesgos de enfermedad crecen cuando el niño empieza a caminar a cuatro patas (etapa o periodo denominado "*ayca*") y que al mismo tiempo es más difícil de vigilar.

También el consumo de agua es percibido como un peligro. Parece que es la fuente o la procedencia del agua la que le confiere una mayor o menor calidad. Las madres en las dos zonas afirman que beber agua del grifo provoca enfermedades, a no ser que esté hervida o que se le añada un elemento simbólicamente cálido³². De igual forma se dice que el agua de lluvia es "*cruda*", es decir "no potable". También el olor, el color, el sabor y la fluidez entran en consideración. En este sentido, el agua que proviene del suelo es menos sospechosa, es decir es valorada. A la pregunta si el agua de su pozo es potable, un padre del Chapare contestó: "*Claro que sí, pues el agua del pozo es filtrada por la tierra*".

Otros peligros provienen de los cambios climáticos bruscos, denominados *surazos* en el Chapare. El calor y/o la humedad provocan erupciones cutáneas ("*pita*", "*puchichi*" y ampollas) y fiebre, y el frío y/o la sequedad son la causa de la tos, del resfrío y de la diarrea (considerada en este caso como una enfermedad). En Chávez Rancho, la exposición prolongada al sol y al viento provoca enfermedades como la conjuntivitis y la tos. En ambas zonas, se cuidan además del "mal viento" (*aire*), un fenómeno meteorológico de origen sobrenatural que propaga los miasmas emanadas por los muertos y provoca el "*orejado*" (véase Acápite 4.2.2.1).

Algunas mujeres hacen referencia a la falta de higiene. En este contexto, hablan del biberón sucio, del niño mal lavado o también de los desechos domésticos que atraen a los "*bichos*", los cuales penetran en el cuerpo del niño y lo comen por dentro.

A veces se menciona la noción de riesgo de contagio. Así, una madre de Chávez Rancho ha señalado que su hijo contra-

32 Esta observación confirma la de Lestage (1999: 144): "(...) para ser consumible, el agua debe ser hervida y acompañada de un elemento 'cálido' (planta medicinal, chocolate, café)".

jo la enfermedad de su pequeño primo, pues la madre de este último también había amamantado al primero. Sin embargo, en la mayoría de los casos, el contagio se aplica más a los problemas detectados por el personal de salud (varicela, hongos, amebas) que a los trastornos y enfermedades curados por la madre en el ámbito doméstico.

El exceso de medicamentos, especialmente de antibióticos, también es percibido como un riesgo que no solamente ocasiona recaídas, sino también un estado de debilidad generalizada (lo que es una señal de enfermedad grave). Una madre del Chapare, cuyo hijo sufre de "convulsiones estomacales crónicas", declara: "Ha de ser por tantos antibióticos que le han estado dando en jarabe".

Entre las situaciones de riesgo figuran además el abandono del niño por la madre (provocando el *susto*) o de no haber vuelto al niño suficientemente después de su nacimiento (lo que lo vuelve débil frente a los ataques de enfermedad, véase Acápite 4.2.1). Finalmente, se trata de proteger escrupulosamente al niño mientras que está durmiendo so pena de que las "almas errantes" ("*condenados*") o los "espíritus" ("*duendes*"), de hecho parientes muertos recientemente, no vengan a perturbarlo³³.

4.3 El episodio de enfermedad del niño como revelador de las relaciones intrafamiliares

4.3.1 Diversidad y complejidad de los itinerarios terapéuticos

El episodio de enfermedad del niño permite una mayor precisión de la dinámica de las relaciones intrafamiliares presentada por los padres (véase Acápite 3). El análisis de los itinerarios terapéuticos y de los procesos de micro decisiones que los acompañan es, en este sentido, muy revelador³⁴.

33 Estos espíritus furiosos y vengativos podrían ser los de otros niños nacidos muertos o abortados (Platt 2001: 650). Cf. también Morgan (1997).

34 Sobre este tema, cf. entre otros Janzen (1995[1978]) y Benoist ed. (1996).

De los itinerarios terapéuticos encontrados en Chávez Rancho y en el Chapare (véase Cuadro 8), resulta que éstos no son unilineales ni exclusivos unos de otros. Los saltos entre los diferentes recursos, así como las idas y venidas y las vueltas hacia atrás, son frecuentes. Se nombran hasta cinco etapas en el transcurso de los itinerarios, con aproximadamente tres etapas en la mayoría de los casos. Esto indica que los padres emprenden negociaciones complejas cuando el estado del niño hace pensar que está enfermo. Así, una madre de Chávez Rancho explica con precisión:

Bueno, la verdad, no he curado tanto con medicamentos, bastante ya hice con medicamentos y nada me lo sanaba; yo ya estaba bien asustada porque ya no hacía caquita, sino espuma no más botaba, amarillo, y me daba miedo; una señora me dio un medicamento casero: era la semilla del zapallo que se debe secar, luego retostar y moler y darle en ayunas con agua de malva en cáscara de huevo y darle con mi leche; he hecho tratamiento diez días y me salió todo bien, pero no le dije al pediatra que hice eso.

Cuadro 8: Algunos itinerarios terapéuticos significativos (Chávez Rancho & Chapare)

Itinerarios	Etapas 1	Etapas 2	Etapas 3	Etapas 4	Etapas 5	Total
1	Farmacia	Curandero				2
2	Auto-medicación	Centro de Salud	Médico particular			3
3	Centro de Salud	Auto-medicación	Centro de Salud			3
4	Farmacia	Centro de Salud	Farmacia	Curandero		4
5	Abuela mat.	Farmacia	Centro de Salud	Curandero	Médico particular	5
6	Curandero	Farmacia	Centro de Salud	Auto-medicación	Médico particular	5

Las negociaciones entre la madre y el padre del niño respecto a los itinerarios terapéuticos a seguir toman en cuenta por lo menos tres diferentes niveles de realidad: (i) la percep-

ción de la gravedad de la enfermedad; (ii) la estabilidad o inestabilidad de la situación matrimonial de los padres del niño; y (iii) la situación económica de la casa.

4.3.2 La percepción de la gravedad de la enfermedad

Tal y como fue mencionado anteriormente (véase Acápite 2), los padres no recurren a los mismos criterios de observación y no enfocan la relación síntoma-enfermedad-tratamiento de la misma manera que el personal de salud³⁵. Lo que estos últimos consideran como una enfermedad claramente definida (por ejemplo, la varicela), es a veces sólo un indicio de “malestar” para los primeros.

Los síntomas más frecuentemente observados por las madres para determinar la enfermedad de sus hijos, son la falta de apetito, la fiebre, los llantos y la tos (véase Cuadro 7 arriba). La intensidad de la fiebre –a veces considerada como una enfermedad en sí– y los vómitos definen la gravedad de la enfermedad y orientan las primeras decisiones.

En la mayoría de los casos (véase Cuadro 9) son las madres las que identifican los síntomas de la enfermedad en el niño. Frente a su malestar, una de sus primeras reacciones consiste en recoger información y consejos de su entorno cercano.

Cuadro 9: Personas que descubrieron los problemas de salud o los síntomas de enfermedad en el niño (Chávez Rancho & Chapare)

Personas	Número de entrevistas	Porcentaje
Madres	53	58.88%
Abuelas	15	16.66%
Suegras	10	11.11%
Padres (madres y padres juntos)	8	8.88%
Vecinas	4	4.44%
Total	90	100%

35 Éste es un tema clásico en la literatura antropológica, cf. por ejemplo Herzlich (1996[1969]) y Adam & Herzlich (1994).

Sin embargo, son estos consejos, a menudo contradictorios entre ellos, y no la identificación previa y definitiva de la enfermedad por parte de la madre lo que condiciona en parte los itinerarios terapéuticos. Las abuelas, las suegras, los parientes y vecinos intervienen a veces directamente en el proceso (antes que las tías o los primos que viven más lejos). Entre que algunos reprenden a la madre (abuelas) y otros la consuelan (vecinas), la toma de decisión se hace aún más compleja.

Las negociaciones entre la madre y el padre del niño se caracterizan entonces por juegos de poder y de influencia que toman varias formas: la persuasión, la autoridad y la disimulación o retención de información.

Las negociaciones se vuelven muy complejas en las zonas donde las viviendas agrupan a varios tipos y generaciones de parientes (Chávez Rancho). Las madres y/o los padres tienden entonces a atraer hacia ellos el apoyo de las personas que ejercen una fuerte autoridad moral, con el fin de convencer al cónyuge reacio a participar o no participar en los gastos de salud. Este recurso desemboca a veces en argumentos de autoridad, sobre todo cuando la autoridad moral es la abuela y/o el abuelo paterno del niño enfermo y que éstos además alojan al conjunto de la familia. En este caso, la madre del niño se somete a la autoridad de sus suegros ejercida a través del marido.

Tanto en zona urbana como en zona rural, la falta de dinero o la negación obstinada del cónyuge de pagar una consulta médica para el niño, conduce a menudo a las madres a las minifarmacias del vecindario, donde los medicamentos son vendidos sin receta médica. El dinero proviene en este caso del bolsillo de la madre o de préstamos concedidos por amigas vecinas (con menor frecuencia de los miembros de la familia). La madre recurre entonces al tratamiento que le parece el más adecuado para los síntomas manifestados por su hijo y a la experiencia anterior que ella tiene de la enfermedad. Luego esconde los medicamentos que administra discretamente al niño.

En cuanto a la retención de información, ésta se parece a una estrategia de protesta silenciosa adoptada por las madres. Son numerosas las mujeres que tratan de ocultar a su hijo manifiestamente afectado de "resfríos", como el catarro nasal, la tos o la fiebre, de la vista del padre. A veces incluso lo confían a una pariente o una vecina hasta que mejore su estado de salud. Este comportamiento podría estar relacionado a la expresión de un sentimiento de culpabilidad, y por lo tanto al temor de las mujeres frente a la reacción, a veces muy violenta, de sus maridos cuando éstos no están de acuerdo con ellas sobre la gravedad del estado del niño (Suremain & Lefèvre *et al.* 2000).

4.3.3 Estabilidad e inestabilidad de la situación matrimonial de los padres del niño

El tono de la negociación en torno a las tomas de decisión sobre los itinerarios terapéuticos está fuertemente influenciado por la situación matrimonial de los padres del niño. De hecho, si el padre considera a la madre como única responsable de la salud del niño, eso no significa que ella tenga la última palabra. Su poder de decisión depende, en última instancia, del reconocimiento que le concede el marido, sabiendo que ésta pasa por la estabilidad de su situación matrimonial.

En los casos en que el matrimonio está reconocido e institucionalizado, el consejo de la mujer recobra una mayor importancia que en el caso en que es la concubina o está divorciada. En este último caso, el resultado de las negociaciones desemboca en decisiones cuya dimensión legal puede jugar un papel importante.

En cuanto a las concubinas, hay que recordar que en los Andes la institución del "matrimonio a prueba" (las traducciones varían según los idiomas indígenas), que puede durar varios años, es particularmente difundida³⁶. En Chávez Rancho y en el Chapare, aproximadamente el 13% de las mujeres

36 Sobre esta institución, cf. Bernand (1985) y Molinié (1999).

entrevistadas cohabitan bajo este estatus. Durante este periodo, el de la madre (que se declara "conviviente" o "concubina") es especialmente inseguro. Si a pesar de ello, ella es considerada responsable de la salud del niño, su margen de maniobra en la negociación se encuentra considerablemente reducido.

Si el padre considera que la madre ha sido "descuidada" frente al niño y que además ella es para él sólo una concubina, la negociación puede tomar otro rumbo: el padre impondrá su punto de vista. Si, por el contrario, la unión es más reconocida y la madre puede ser apoyada en sus decisiones por su propia familia, la situación ya no es la misma. En caso de desacuerdo sobre una enfermedad percibida como grave, el cónyuge debe anticipar posibles represalias por parte de su mujer (especialmente el abandono temporal del hogar), las cuales pueden incluso resultar en la separación.

4.3.4 La situación económica de la casa

El tercer nivel de negociaciones atañe al estado de los recursos económicos de la casa. Sin embargo, el problema no se reduce a la disponibilidad de dinero aunque ésta es a veces crucial. De hecho, se trata principalmente de la redistribución del dinero por los hombres, pues son ellos los que, sobre todo en las zonas rurales, desempeñan actividades remuneradas. Considerando la percepción de la gravedad de la enfermedad del niño y de la situación matrimonial y económica de la casa, las condiciones de esta redistribución son extremadamente variables.

La situación es todavía más compleja en las familias donde la mujer trabaja y sostiene la economía doméstica. En este caso, además de su trabajo, la madre tiene que asumir la carga del niño y manejar lo mejor posible las relaciones con su marido, que se han vuelto difíciles a causa del sentimiento de éste de ser inútil y de sus celos. El aporte de dinero por parte de las mujeres también puede convertirse en fuente de conflicto con consecuencias directas para el niño, en la medida en que los hombres ya no quieren invertir en su salud.

Por lo tanto, es importante evitar de pensar que la toma de decisión relativa a los itinerarios terapéuticos del niño enfermo sólo obedece a simples obstáculos económicos. En realidad, los conflictos en torno al dinero a menudo son indicadores de situaciones sociales más complejas, que mezclan la situación matrimonial, el reconocimiento o no de la responsabilidad de la mujer y su aptitud de atender a los niños, percibida por los hombres.

Estos diferentes niveles de contrariedades muestran que el cuidado de la salud del niño no se reduce a una serie de actos terapéuticos mecánicamente ejecutados durante itinerarios preestablecidos. Se inscribe en complejas redes de relaciones y de microdecisiones que influyen directamente el desarrollo, el sentido y la eficacia percibida del cuidado.

5. La alimentación y su relación con la salud del niño

Las relaciones entre la alimentación y la salud del niño han sido objeto de numerosos estudios en el campo de la antropología nutricional. Frecuentemente integradas en proyectos multi o pluridisciplinarios, estas investigaciones tienen por objetivo la formulación de recomendaciones para la educación nutricional en grupos con riesgos específicos (como el niño menor de cinco años) o de poblaciones reducidas con una fuerte homogeneidad sociocultural³⁷.

En Chávez Rancho y en el Chapare, la concepción humoral de la salud infantil influye igualmente en la alimentación³⁸.

37 Cf. entre otros, Fitzgerald ed. (1976), Bond ed. (1981), Manderson (1981), Etkin & Ross (1982), Hull & Simpson ed. (1985), Dettwyler (1987, 1988), Dettwyler & Fishman (1992), Messer (1997), Crooks (1999), Goodman & Dufour *et al.* ed. (1999) y Peltó (2001). Este campo se distingue de la antropología denominada "alimentaria" que genera estudios más básicos (cf. Dupuis 1981, Mahias 1985, Hubert 1990, Pagézy 1990 o de Garine 1990, para citar sólo algunos trabajos).

38 Para otros campos de aplicación del modelo humoral en los Andes, cf. Bernand (1985), Platt (1978), Lestage (1987, 1999) y Molinié (1999).

Sin embargo, la aproximación entre los temas de la alimentación y de la salud no es una reconstrucción analítica orientada hacia fines de intervención. En este contexto, se trata de una relación profundamente arraigada en los sistemas de representación locales. Así, como vamos a poder constatar, el buen uso de los principios de la "utilización seleccionada de los contrarios" y de "evitar los extremos" –aplicados a los alimentos– permite preservar o recuperar la salud del niño y de la madre.

5.1 Las propiedades preventivas y curativas de la alimentación

5.1.1 Durante el embarazo

A partir del embarazo, la llegada del niño adquiere en las percepciones locales más bien una connotación negativa, relacionada a la enfermedad o el peligro: "*¡Estar embarazada es estar enferma!*", se dice frecuentemente³⁹. A manera de prevención, las mujeres embarazadas modifican algunos ingredientes de su régimen alimenticio. Consumen frutas, sopas y, sobre todo, "infusiones" (*mates*) cuyas propiedades –reconocidas como cálidas o frías– les permitirán recuperar, incluso mejorar, su estado de salud general⁴⁰.

39 Como escribe Platt (2001: 642) respecto a los Macha de Bolivia: "Las mujeres embarazadas son consideradas 'no sanas' (...) o 'enfermas' (unqusca). La raíz unsqu- significa desequilibrio corporal, y los extremos de calor a frío a veces se contrarrestan con medicinas de carácter opuesto para restaurar el balance humoral. Con el embarazo, sin embargo, el proceso de calentamiento se acentúa, porque sólo puede expulsarse el 'bulto' de su cuerpo si se lleva el calor corporal de la mujer a un estado polarizado de fiebre". Y también: "(...) el embarazo de la mujer andina no se parece al que se conoce en el moderno mundo occidental urbano. Ahí donde nosotros sólo sentimos alegría, ella sólo siente tristeza; ahí donde nosotros hablamos de higiene y de dieta, ella piensa en equilibrio; ahí donde nosotros discernimos 'ganas', ella ve prohibiciones" (Lestage 1999: 65).

El reto parece lo suficientemente importante como para que algunos cónyuges traten de completar el régimen alimenticio de sus esposas mediante actividades excepcionales de caza o de pesca: *"Leche, pescado de cabeza o sábalo, zuruchis, bacalao; casi la mayoría agarra mi marido; eso siempre consumíamos nosotros"* (Chapare).

La influencia de otros padres o actores (suegra, madre, hermana de la esposa o vecinas) también se hace sentir durante el embarazo:

Lo que más consumía es el yogurt; claro, en mi casa mi mamá, cuando se enteró que estaba embarazada, me hacía comer de todo: hígados, verdura, huevos, leche, y me dijo que si quería tener un niño sano, debía comer de todo; como ella tiene experiencia, me alimentó bien (Chávez Rancho); Eso consumía más que todo: avena en el desayuno, pero para refresco consumía cebada retostada que es más alimento, me dijeron [mis hermanas] (Chávez Rancho); Mi suegra me hacía consumir [sopa de quínuia] y las lawas, dice ella, eso me daba. Es más alimento, me decía (Chávez Rancho).

Las madres declaran además que la alimentación durante el embarazo determina la futura calidad-cantidad de su leche: *"Porque comemos todo ¿no ve?, el pecho debe estar mejor; como comemos todo, todo sale para [mi hija] también"* (Chapare); *Todos los alimentos que uno come se van a la leche"* (Chapare).

Nuevamente, aunque no cambian completamente de régimen, cambian determinados componentes. Así, una madre del Chapare explica que suprime el arroz, que arriesgaría de secar su leche: *"[No como] arroz granado porque mucho hace secar la leche"*. Otra madre come frutas (cítricos) y legumbres (soja) percibidas como frías, para que su leche, percibida como cálida, sea lo suficientemente buena y abundante para el futuro niño, que es necesariamente débil.

40 Durante la gestación, las madres quechuas están sometidas "(...) a un conjunto de prohibiciones que de hecho constituyen prevenciones de orden simbólico" (Lestage 1999: 68).

La mayoría de las mujeres embarazadas reconocen la influencia del régimen alimenticio durante el embarazo sobre el estado del niño en el momento del nacimiento (peso, estado de "desnutrición") y sobre su futura salud. Una madre que trabaja como empleada doméstica, dice haber seguido los consejos de su empleador para que el niño nazca y se desarrolle bien: "*Mi patrón me decía que consuma más leche para que el niño crezca más desarrollado, para que nazca bien*" (Chapare).

Por lo tanto, de manera general, las mujeres embarazadas aceptan con gusto los consejos del personal de salud, el cual, durante las consultas prenatales o justo después del parto, suelen darles consejos alimentarios y dietéticos:

'Si tu hijo no nace gordo bien, vas a traer', me ha dicho [el doctor]; yo he ido al hospital de Villa Tunari a tener y allá he estado y me dijo: 'Seguro que no te alimentabas bien, tu hijo ha nacido así [flaquito], tiene que alimentarle ahora biencito' (Chapare).

A pesar de que se expresan en términos distintos y según lógicas diferentes, sus recomendaciones y consejos terminan de hecho en acercarse a las prácticas de las madres. Sencillamente se los adecua de manera de hacerlos compatibles con el modelo humoral.

5.1.2 Durante la lactancia con el pecho

Después del parto, las mujeres tienen la costumbre de esperar varias horas o varios días antes de amamantar⁴¹. Consecuentemente, los niños no ingieren el calostro. En cambio, a menudo beben "agua de anís" que supuestamente estimula la succión, por un lado, y fortalece o "endurece" al recién-nacido, por el otro. En el mismo orden de ideas, las madres frotran anís

41 Durante este periodo, siguen un régimen alimenticio específico: "El retorno de la mujer al equilibrio humoral debe lograrse paulatinamente, mediante una dieta cuidadosa y nutritiva que, en un inicio, excluye las comidas frescas" (Platt 2001: 668).

en su pezón durante las primeras succiones: *“Anicito primero fue; anís luego de eso en el pecho, directamente en el pecho, sí”*⁴².

Esta práctica puede ser interpretada en relación con la aplicación de la concepción humoral. En la medida en que el anís es percibido como frío, se puede pensar que su combinación con la leche materna –percibida como cálida– tiene por objetivo restablecer la salud del niño debilitado después del parto. De acuerdo al principio de la “utilización seleccionada de los contrarios”, el anís mezclado con la leche materna permitiría curar al recién nacido⁴³.

Esta práctica es corriente en Chávez Rancho y casi generalizada en el Chapare, donde la mayoría de los partos se realizan en casa. En la lógica de la medicina humoral, el padre del niño (que juega un papel activo en esta ocasión⁴⁴), la partera o, a veces, el promotor de salud no la consideran como peligrosa e incluso a menudo la estimulan.

42 También entre los Macha de Bolivia (Platt 2001: 662), los niños pequeños tienen que esperar dos o tres días antes de tomar el pecho. Entretanto se les da algunas gotas de orina, que permiten evitar las pérdidas de sangre (de la cual el niño se ha alimentado durante la gestación). Según el autor, esta práctica también tiene por objetivo “(...) romper el hambre voraz del feto, y colocarlo bajo la disciplina de la práctica nutricional humana”. Por lo tanto, se trata de un “rito de separación” fundamental para la sociabilidad más amplia del niño.

43 Existe abundante literatura sobre la diversidad de las prácticas post parto (tratamiento del cordón umbilical y de la placenta, prohibiciones alimentarias, etc.) en el mundo andino (cf. Christinat 1976, Mac Kee 1982, Davidson 1983, Canessa 1999, Lestage 1999, Harris 2000 y Platt 2001).

44 De acuerdo a las observaciones de Lestage (1999: 80) realizadas en el Perú, el papel del marido/concubino durante el parto “(...) consiste en sostener firmemente a la mujer (...). El hombre pone sus manos en el abdomen de su compañera, participando de esta manera en cada contracción (...). Facilita el parto mediante presiones, masajes y la seguridad que aporta su presencia”. Entre los Macha de Bolivia, “(...) un parto ‘normal’ (...) sería un parto doméstico, donde la madre era atendida, principalmente, por su marido e hijos (...). Un parto ‘normal’ es (...) un asunto doméstico, íntimo, que concierne sobre todo a la unidad familiar en la cual está naciendo el bebé” (Platt 2001: 639).

En las dos zonas, la lactancia obedece a la demanda del niño, y las madres se enorgullecen de mostrar que asumen con celo su función de amamantadoras. Durante los primeros meses de vida de los pequeños, sólo se separan excepcionalmente de ellos (véase Acápite 3.). Estén en el campo o en la ciudad, las mujeres los llevan en sus *awayos* y no dudan en ofrecer el pecho al niño apenas éste empieza a llorar⁴⁵.

Sin embargo, las mujeres que amamantan, tienen que estar atentas, ya que el hecho de dar el pecho después de haber sufrido una "contrariedad" (*reniego*), puede enfermar al niño⁴⁶. En este caso, la leche que se calienta de manera anormal, rompe el equilibrio entre lo cálido y lo frío: "*Cuando las wawas están chupando, como la sangre es caliente y uno reniega y les da, la wawa se siente mal*" (Chapare).

5.1.3 Durante la lactancia con biberón

Casi ausente en las zonas rurales y cara en las zonas urbanas, pocas mujeres dan en ocasiones excepcionales leche en polvo a los niños de pecho. Por lo tanto, a este respecto no se puede hablar realmente de lactancia complementaria mediante el biberón. En cambio, los niños toman biberones de agua desde los primeros días de vida hasta a una edad relativamente avanzada (dos años).

45 Antes del destete, una mujer que deja llorar a su recién nacido es considerada "madre negligente". En cambio, una vez que come como todo el mundo, el niño debe saber "aguantar" el hambre sin llorar. Un niño que "aguanta" bien, significa que se vuelve adulto, que ha sido criado bien y que goza de buena salud.

46 Estas observaciones corresponden con las de Lestage (1999: 156-157), según la que: "(...) la leche transmite también los deseos y las emociones de la madre que no debe abandonarse a la ira o a un exceso de alegría o de tristeza. En el caso contrario, la emoción sentida por la mujer lactante repercute en el niño de pecho que no puede soportar la intensidad y muere. O la emoción 'seca' su leche, conduciendo casi siempre a la muerte del recién nacido".

Además de los obstáculos mencionados, la preparación del biberón de leche artificial conlleva ciertos riesgos mencionados explícitamente por las madres, que provocarían en el niño reacciones negativas, es decir enfermedades:

Y no enferma con la leche materna y con la mamadera sí, porque a veces, o frío le damos o muy dulce le damos (Chapare); De vez en cuando no sabemos preparar bien, a veces le damos medio caliente, a veces frío también esta mamadera, a veces no lavamos bien la mamadera (Chapare).

Independientemente de las consideraciones higiénicas, se puede constatar nuevamente la referencia a lo cálido y lo frío. En este contexto, se trata de una apreciación de orden simbólico y no de una medición de la temperatura de la leche en términos de grados. También aparece que una leche "*muy azucarada*" constituye un riesgo para la salud, según una percepción que confirma ciertas causas comúnmente percibidas del malestar del niño (véase Acápite 4.2.1).

Aunque el biberón de leche puede enfermar al niño, permite ayudarlo a recuperar la salud. En la preparación clásica del biberón, la leche, percibida como cálida, se mezcla con agua, percibida como fría. Se sabe que esta mezcla de lo frío y lo cálido es buena para curar, pero que sin embargo es potencialmente dañina para el niño sano, en virtud del principio de "evitar los extremos". Asimismo, para evitar los efectos perniciosos de esta combinación simbólica, las mujeres añaden a la preparación de los alimentos fríos por ejemplo algunas gotas de mandarina o cucharillas de papaya finamente triturada para reestablecer el equilibrio a favor de lo cálido o de lo frío.

Para las madres, el restablecimiento del equilibrio entre lo cálido y lo cálido o lo frío y lo frío, no se puede medir en términos de cucharillas echadas o de vasos medidores. El principio de "evitar los extremos" pertenece al ámbito de la experiencia, del conocimiento, de la percepción espontánea y, sobre todo, de la voluntad o de la intención de las madres. Dicho de otra

manera, aunque la dimensión sistemática de las prácticas vigentes es real, ésta no excluye una parte de libre-albedrío en la interpretación de las madres. Este libre-albedrío contribuye a explicar las combinaciones simbólicas a veces complejas y aparentemente contradictorias que se pueden observar.

El ejemplo del biberón es especialmente revelador, ya que en la medida en que su utilización no es realmente difundida ni antigua, nos muestra a qué punto las mujeres rápidamente integran nuevas prácticas en marcos de representación preexistentes.

5.2 El paso de la alimentación líquida a la alimentación adulta: ¿una práctica preventiva?

5.2.1 Destete y salud del niño

Muchas madres asocian espontáneamente el período de lactancia y las nociones de crecimiento y de desarrollo. Se dice que los niños que no reciben una cantidad suficiente de leche durante la succión no crecen como deberían. Se señala igualmente que si el período de lactancia es demasiado corto, el niño se enferma: *"Porque no le he terminado de dar de lactar hasta la edad que debería, a él le ha afectado en los pulmones"* (Chávez Rancho).

Por el contrario, las madres explican que una succión que dura demasiado tiempo, termina por debilitar y enfermar al niño. El exceso de leche materna se vuelve nocivo para su salud, pues durante este tiempo no se alimenta realmente según sus necesidades. En este ámbito, las mujeres hacen a veces referencia a las recomendaciones del personal de salud:

Eso afecta, no tienen el mismo desarrollo, ni la misma psicología, no... Les hace falta el alimento que ellos deben consumir a partir de los seis meses (Chávez Rancho); Ya a un año les he dado [alimentos], porque el hombrecito, duro tiene que ser, más fuerza tiene que tener (Chapare).

Independientemente de si se trata de una hija o de un hijo, la mayoría de las madres declaran dar el pecho durante el mismo período. Algunas de entre ellas indican, sin embargo, que los varones son destetados más temprano que las hijas porque han tomado demasiada leche: *“El varón chupa más fuerte, con más fuerza saca la leche; es como si tuviera más hambre que la mujercita”* (Chávez Rancho). En un caso preciso, es el niño mismo que habría sentido que estaba hartado de leche y que habría deseado pasar a otro tipo de alimentación: *“Él mismo ha rechazado mi pecho; quería realmente comer algo como nosotros”* (Chapare).

Las mujeres entrevistadas sobre la edad a la cual han destetado definitivamente a sus hijos, contestaron de la siguiente manera (véase Cuadro 10):

Cuadro 10: Edad del destete de 18 niños, según 10 madres entrevistadas (Chávez Rancho & Chapare)

Tiempo del destete (meses)	Número de niños	Zona de encuesta
9	2	Chapare
12	6	3 Chapare / 2 Chávez Rancho
13	2	Chapare
14	2	Chapare
18	2	Chávez Rancho
16	2	Chapare
20	2	Chapare

En las dos zonas de encuesta, el destete definitivo se realiza entre los nueve y 20 meses y de manera abrupta. Es a menudo por motivo de la salida de los dientes que las madres deciden de destetar al niño. Siguiendo los consejos de su madre o suegra, aplican sustancias saladas o desagradables en sus pezones, con el fin de acelerar el destete. Algunas mujeres dejan dormir a su hijo en casa de su madre para marcar claramente esta etapa⁴⁷:

47 Este tipo de práctica está ampliamente difundida en África, especialmente en el Congo (Suremain 2000). El hecho de confiar el niño a parientes remite a la práctica del *gardiennage* o *fosterage*: “[Respecto a la adopción, el *fosterage*] tiene un carácter más momentáneo, se adapta a

"Así, Kolinos [pasta dental] le he puesto, es picante no más ¿no ve? y ha dormido aparte; de ahí comidita no más le di y así se le ha pasado y se olvida" (Chapare).

Más adelante (véase Acápite 6) mostraremos cómo estas prácticas de destete acelerado, a veces abruptas, podrían ser relacionadas con las incitaciones de las madres respecto al aprendizaje de andar.

5.2.2 Alimentación adulta y salud del niño

En las dos zonas de encuesta, las mujeres empiezan a diversificar la alimentación del niño a partir del tercer mes (véase Cuadro 11). Una madre del Chapare explica que algunos niños están tentados por la alimentación de los adultos incluso más temprano: "(...) a algunos, cuando miran lo que estamos comiendo, desde dos meses ya [se les da sopita]" (Chapare)⁴⁸.

Cuadro 11: Edad de introducción del alimento complementario (de 24 entrevistas)

Edad	Número de entrevistas	Zonas de encuesta
3 meses	4	Chávez Rancho
3-4 meses	1	Chapare
5 meses	3	2 Chávez Rancho / 1 Chapare
5-6 meses	1	Chapare
6 meses	5	3 Chávez Rancho / 2 Chapare
6-7 meses	3	1 Chávez Rancho / 2 Chapare
7 meses	3	3 Chapare
8 meses	1	Chapare
9 meses	1	Chapare
De 8 meses a más de un año	1	Chapare
1 año y 2 meses	1	Chávez Rancho

las circunstancias, ya que supone la cooperación o la alternancia de las obligaciones paternas entre ascendientes directos y cuidadores" (Lallemand 1997: 22).

48 Esta actitud se parece a la de los niños Mossi de Burkina Faso. Según Lallemand (1997: 44): "(...) cercanos a sus madres comiendo las comidas adultas, [los niños] deciden espontáneamente el momento en que probarán el alimento sólido y que participarán en las comidas colectivas: no se requiere de una edad precisa, y las madres no suelen recordar estos momentos".

Según las observaciones realizadas, es extremadamente difícil establecer una distinción estricta entre el alimento complementario y la alimentación adulta. De hecho, las madres adecuan los platos destinados a los adultos para los niños, pero raras veces preparan platos específicos para estos últimos: *"Bueno, es puro lo que comemos: arroz, fideo, sopita de fideo con huevito, eso es (Chapare); [A un año] ya come así lo que comemos no más; no cocino aparte, de ahí sacamos un poco y le damos con carne aplastada"* (Chapare).

Estas prácticas parecen corresponderse con lo que se observa entre la mayoría de las poblaciones andinas, que generalmente no preparan papillas específicas para los niños (los purés de maíz son servidos al mismo tiempo a los adultos y a los niños). Para estos últimos, el paso de la alimentación líquida a la alimentación sólida se realiza mediante papillas con pequeñas cantidades de alimentos sólidos sacados de los platos de los adultos⁴⁹. Sea como fuere, es esencial que el niño pasa directamente a una alimentación sólida en el momento del destete definitivo.

Por lo tanto, con raras excepciones los niños no tienen un régimen alimenticio propio, en el sentido estricto. Considerando las pocas adecuaciones mencionadas arriba, las preparaciones culinarias citadas (véase Cuadro 12) están destinadas tanto a los adultos como a los niños.

Cuadro 12: Tipos de preparación culinaria dada a los niños destetados

Puré de patata
Arroz
Sopas y papillas (quinua, pollo, verduras, mandioca, trigo), a veces preparadas con un huevo
Papilla de cereales
Jugo de frutas (plátano rociado con limón, durazno, papaya, tomate, manzana)
Jugo de legumbre
Yuca aplastada
Fideos
Chicha (bebida hecha de vegetales que puede ser fermentada).
Pequeños pedazos de carne (para chupar)
Soya

49 En África, es probable que antes de la difusión de grandes programas de educación sanitaria y nutricional, muchas poblaciones no comían purés (Bernard Maire, información oral).

Para justificar el régimen alimenticio de tipo adulto que administran de manera muy prematura, algunas madres hacen hincapié en la capacidad de adaptación biológica de los niños y su necesidad de familiarizarse con la mayor parte de alimentos posibles, con el fin de que no se enfermen:

Le doy, se ha acostumbrado su estomaguito a comer de todo (Chávez Rancho); Yo, desde pequeñito le he hecho probar, su estómago ya está acostumbrado, ya cuando le das, no le hace nada; cuando no le das, entonces ya le hace mal entonces (Chapare).

A la pregunta si sus hijos se habían enfermado cuando ingresaron por primera vez otra cosa que la leche materna, sólo cinco mujeres declararon que tuvieron diarrea. En su opinión, la idea es precisamente "acostumbrar" a los niños muy temprano a consumir otra cosa que "la leche para evitar las diarreas.

De acuerdo a los consejos impartidos por el entorno, se trata también de acostumbrar al niño lo más rápido posible al régimen alimenticio de los adultos, con el fin de facilitarse la vida: "A los seis meses" [le he dado], pero yo debía haberle dado más antes, después yo he sufrido, porque ella notaba la diferencia entre la leche y las papillas; no quería comer; me dijeron [mi familia] que debería haberle dado más antes" (Chávez Rancho).

Persiguiendo los mismos fines, otras madres explican que no sólo obedecen los consejos del personal de salud:

Para comer carne, primero hay que comer sopita, les digo; mucho también dice el sanitario; si no comen, también no tienen sangre; aumenta sangre, dice; la sopa también, así hay que comer, les digo (Chapare); Ahí, en la niñez, puedes alimentarle bien, todo ¿no?; en su crecimiento, en su alimentación... porque ya de grandes, ya no es bueno, ya no acumulan vitaminas, nada; [en la niñez] comen para vivir, como dicen [los médicos] (Chávez Rancho)⁵⁰.

50 Según Platt (2001: 643): "El lenguaje de la sangre impregna todo el proceso de gestación y del parto". La expresión "aumentar la sangre" va en este sentido e ilustra nuevamente la omnipotencia de la concepción humoral.

Se dan además otras razones para justificar el paso directo y rápido a la alimentación adulta. Así, una madre del Chapare señala: “No me da flojera cocinar aparte; lo que yo cocino tenemos todos que comer” (Chapare). Algunas mujeres mencionan además los problemas económicos y la falta de tiempo para explicar que no pueden preparar platos exclusivamente destinados a los niños.

Para la mayoría de las madres, el paso de la alimentación líquida a un régimen alimenticio de tipo sólido y adulto obedece esencialmente a un imperativo de prevención. Mientras más temprano el niño haya comido como un adulto, más rápidamente su organismo se habrá fortalecido. De forma más general, en las dos zonas de encuesta las prácticas alimentarias están estrechamente asociadas a la salud, tanto para preservar como para restablecerla.

6. Las etapas del crecimiento y del desarrollo

Cada una de las etapas (nacimiento, lactancia, destete, paso a la alimentación adulta) del desarrollo fisiológico que marcan el paso de la infancia al estado de adulto, remite, como hemos visto, a prácticas alimentarias y de salud específicas, que se fundamentan ampliamente en el modelo humoral. Corresponde ahora mostrar cómo estas prácticas son relacionadas con las etapas del crecimiento y del desarrollo, tal y como las identifican las madres del Chapare y de Chávez Rancho.

Este tema ha sido objeto de numerosas investigaciones en psicología, psicoanálisis y sicopatología, aunque no ha ocupado realmente un lugar importante en la antropología⁵¹. En efec-

51 En las disciplinas psicosociológicas, el acento ha sido puesto principalmente en las dinámicas y los trastornos del desarrollo del niño en el contexto de las relaciones familiares (trastornos cognitivos, relacionales, sexuales, motrices, psicomotrices o también trastornos de las grandes funciones del sueño, de la alimentación y del lenguaje, cf. Bideaud y Houdé *et al.* 1993 y Bénony 1998). En antropología, sin embargo, se pueden citar los trabajos de Dettwyler (1991, 1997), Pelto & Pelto (1989), Valsiner ed. (1989), Jessor & Colby *et al.* ed. (1996), Weissner (1996), Pfeiffer & Gloyd *et al.* (2001) y Suremain & Lefèvre *et al.* (2001).

to, ésta se ha interesado más por los modos de aprendizaje relacionados con la sociabilidad (intercambio verbal, relaciones con el propio cuerpo y el del otro, don y contra-don, etc.), por las prácticas socioreligiosas que marcan la existencia (iniciaciones rituales) o también por los sistemas de representación de la persona, del cuerpo, de los órganos y de las sustancias⁵².

El estudio de esta problemática debería permitir sacar a la luz los puntos de convergencia y divergencia entre las percepciones locales, por un lado, y las actividades de promoción y seguimiento del crecimiento y del desarrollo, por el otro. También debería permitir rescatar la visión global (en el sentido de visión "globalizante", véase Nota 7), compleja e integrada de los cuidados del niño, que comparten las personas responsables de éste y que expresan mediante la noción del "*buen cuidado*".

6.1 Unidad de la noción de crecimiento y/o de desarrollo

En el transcurso de las entrevistas realizadas tanto en la ciudad como en el medio rural, las mujeres mencionan espontáneamente las nociones de crecimiento y/o de desarrollo⁵³. A

52 Sobre la antropología del cuerpo y sus relaciones con la noción de persona, cf. Bernand (1976), Jodelet (1976), Blacking ed. (1977), Galinier (1991), Bianquis & Le Breton *et al.* (1997), Jamard & Terray *et al.* (2000) y Le Breton (2001).

53 Sin duda, vale recordar lo que se suele entender por la noción de desarrollo: "Generalmente, el desarrollo es categorizado como a) el desarrollo cognitivo (o mental), incluyendo la memoria, la resolución de problemas y la comprensión de los números y, para algunos autores, el desarrollo lingüístico; b) el desarrollo lingüístico, la habilidad de comunicar con otros, de comprender el habla y expresar pensamientos (lenguaje receptivo y expresivo); c) el desarrollo socioemocional, incluida la comprensión de la relación del yo con el otro; la habilidad de regulación propia y de sus emociones, el desarrollo de habilidades sociales; d) el temperamento, una tendencia basada en la biología tal como la facilidad o dificultad con la que el niño se acerca a situaciones nuevas o de rutina; e) el desarrollo de la motricidad fina o gruesa, incluida la capacidad del niño de sentarse, caminar, correr y manejar pequeños objetos" (WHO 1999: 8).

pesar de que suelen ser confundidas y consideradas equivalentes, están asociadas a temas muy variables. A manera de ilustración, el Cuadro 13 recapitula el número de veces que una y/u otra de estas nociones han sido explícitamente mencionadas en el transcurso de 19 entrevistas, sea de manera positiva o negativa. Se precisan los temas a los cuales corresponde su utilización⁵⁴.

Cuadro 13: Número de veces (y temas asociados) en que las nociones de crecimiento y/o de desarrollo han sido empleadas espontáneamente por 19 madres (Chapare & Chávez Rancho)

Alimentación	Enfermedad	Enfermedad / Alimentación	Entorno	Edad / Talla	Peso
32	25	21	16	15	4

Género (dif. Muchachas / muchachos)	Factores psicológicos	Comportamiento	Cuidados
39	8	8	4

De este detalle se desprende que las madres perciben relaciones entre las nociones de crecimiento y/o de desarrollo, tal como las perciben entre la alimentación y la enfermedad. En cambio, es imposible entender a partir de este cuadro la importancia relativa de estas relaciones, su significado, los vínculos entre las prácticas alimentarias y de salud descritas hasta ahora, y la comprensión de las madres en materia de crecimiento y/o desarrollo del niño.

6.2 El cuerpo como indicador del estado general del niño

A la pregunta específica de lo que entienden por crecimiento y/o desarrollo, madres y padres dan respuestas que ponen de manifiesto una gran homogeneidad en las representacio-

54 En la medida en que dos tercios de las respuestas son objeto de una codificación múltiple y que por lo tanto están relacionadas simultáneamente con varios temas, estas cifras sólo pueden ser un indicador.

nes. La noción es percibida a través de la apreciación global del estado del cuerpo del niño y más específicamente según lo que ellos mismos llaman "*un lindo cuerpo bien hecho*".

Un "*un lindo cuerpo bien hecho*" debe ser bien proporcionado, con una "tendencia hacia la gordura bien repartida en todo el cuerpo. El niño que se desarrolla de forma normal no es necesariamente grande, sino sobre todo bien proporcionado.

Mostrando que observan regularmente el cuerpo de su hijo, los responsables lo califican espontáneamente como "*bonito*" o "*lindo*", como "*bueno*", "*gordo*", "*bien hecho*", "*alegre*", "*con fuerza*" o "*valor*" y, por supuesto, de "*sano*" (véase Acápite 4). En la medida en que el niño no presenta un exceso de gordura o de delgadez, tiene un crecimiento y / o desarrollo equilibrado:

Que está muy gordito y que es feliz, corretea y siempre está alegre y no se queja mucho, es porque está sano, y cuando está enfermo siempre está quejumbroso, molestándonos (Chávez Rancho); Cuando crece su estómago, quiere decir que tiene alguna enfermedad o bichos; pero cuando su cuerpo está normal, ni muy gordo ni flaco, quiere decir que está bien (Chapare).

El uso casi sistemático de la expresión "*gordito/a*" aplicada al niño de buena salud, es muy significativo. En este contexto, se trata de una especie de "reducción afectiva"⁵⁵, en vista de una apropiación a nivel del locutor que no induce una referencia al peso o a la talla. Los padres, en cambio, distinguen entre la "*mala grasa*", que indica una perturbación del estado de salud, y lo "*gordito/a*", que significa que el niño está "lleno", "hartado" (*llenito*) y de buena salud.

Estos calificativos se aplican a los niños desde el nacimiento. El aspecto general del niño de pecho en este momento preciso es un serio indicio de su estado de salud, pero también de la manera en que va a seguir su crecimiento y desarrollarse en el futuro. Así, las madres se acuerdan del peso exacto en el

55 La expresión es de Bernard Maire (información oral).

momento del nacimiento, mientras que se preocupan raras veces de su evolución posterior:

Mi hija era bien enfermiza; a su año y un mes recién caminó; era bien chiquita, a pesar de que le llevábamos a la posta era bien flaquita, cada vez se enfermaba de tos y tos; le llevábamos a la posta, le ponían inyecciones, le daban jarabes, paraba con diarrea; bien flaquita era, chiquitita; cuando nació, 2 kilos y 500 gramos pesaba, bien flaquita era (Chapare).

Otra madre (Chávez Rancho) explica que su hija de dos años está frecuentemente enferma porque durante el embarazo ella no podía "retener" la comida y alimentarla convenientemente. De ahí su bajo peso al nacimiento y sus problemas crónicos de salud: *"Tuve náuseas hasta los cuatro meses; ahí un médico me dio píldoras para retener la alimentación; [mi hija] nació con un peso de 2 kilos y 800 gramos"*.

Los responsables del niño hacen referencia al peso después del nacimiento, pero éste se traduce raras veces en kilos. Las madres sienten o ven que su hijo no tiene un aspecto normal.

Por lo tanto, de manera general es raro que los padres hablen espontáneamente de un retraso en la talla y/o el peso en relación con la edad. Si hablan de ello, las mujeres sólo repiten, sin demasiado convencimiento, lo que el médico les ha dicho:

Yo me doy cuenta cuando yo le llevo a sus controles; le pregunto cómo está, si está subiendo de peso; el doctor me dice a mí: 'Está subiendo de peso, está bien crecidity para su tamaño, para su edad, está bien desarrolladito', o sea, por eso le digo, porque el doctor me dice a mí (Chávez Rancho).

Para los responsables, es la ausencia de enfermedades combinada con la gordura –es decir, la repartición armoniosa del peso en el conjunto del cuerpo– lo que confirma la buena salud y el crecimiento y/o desarrollo normal del niño.

6.3 Los factores de transformación del cuerpo

6.3.1 Los episodios de enfermedad

El episodio de enfermedad del niño permite, por el contrario, discernir con más precisión lo que debe ser un *"lindo cuerpo bien hecho"*. Cuando éste cambia abruptamente (exceso de delgadez o de gordura), en la percepción de los padres existe un riesgo para el crecimiento y/o el desarrollo.

Entre las enfermedades específicas que afectan al cuerpo del niño, las mujeres mencionan frecuentemente la diarrea y los síntomas asociados a ésta: *"Cuando tiene diarrea, el bebé comienza a enflaquecer, no sé, de todo se debilita, la wawa no crece mucho, se deshidrata"* (Chávez Rancho). Siendo percibida como adelgazante, también la fiebre es considerada como peligrosa.

Hay que constatar las múltiples referencias con relación a la anemia, sin que las madres expliquen exactamente de qué se trata. Algunas relacionan la falta de apetito con la enfermedad, aunque dudan cuando se trata de saber si ésta es la causa o la consecuencia de la primera: *"[Los niños están mal cuando tienen] una enfermedad grave, es decir la anemia, luego la diarrea, porque no pueden comer; si no hay alimentación no desarrollan* (Chávez Rancho); *No comen comida y de eso les agarra [la anemia]"* (Chapare).

Con menos frecuencia, los responsables mencionan la pulmonía, la leucemia, las amígdalas, las parálisis y el *susto* como enfermedades que implican la transformación del cuerpo del niño.

Por lo tanto, de manera general, el mal crecimiento y/o el desarrollo anormal son espontáneamente asociados a un cambio del cuerpo, el cual se traduce unas veces en una pérdida o un fuerte aumento de peso (que no es necesariamente traducido en kilos) y otras en un problema de talla (que no es traducida sistemáticamente en centímetros).

6.3.2 La alimentación

Con pocas excepciones, las madres piensan que existe una estrecha relación entre la alimentación del niño (lactancia o ali-

mentación adulta) y su crecimiento y/o desarrollo (véase Cuadro 13 arriba). La buena alimentación (distribuida sobre horas regulares, preparada de manera adecuada) explica que un niño esté sano y se desarrolle bien: *"Cuando no llora, cuando no se queja, si está tan fuerte, tan sano, es por la buena alimentación que le dan sus papás, por mucho cuidado"* (Chávez Rancho).

Para las mujeres, una mala alimentación (tanto en calidad como en cantidad) tiene efectos inmediatos sobre la transformación del cuerpo y por lo tanto sobre el crecimiento y/o el desarrollo. Un niño mal o insuficientemente alimentado se enferma rápidamente y presenta señales de debilidad general y de adelgazamiento excesivo. Dos madres del Chapare mencionan, como para justificarse mejor, la mala influencia del Hospital o de una abuela sobre el régimen alimenticio de los niños para explicar su mal crecimiento:

Él no quería carne y agua, no quería tomar, porque estuvo internado un mes en el Hospital y se volvió bien flaco y no estaba creciendo normalmente (Chapare); [Mi hijo no tuvo buen crecimiento] porque estaba aquí con su abuela casi un año. Yo estaba caminando por Trinidad; hemos ido a su lugar de mi marido y luego, yo creo que no le daba buen alimento su abuela, y por eso no ha tenido buen crecimiento; no se alimentaba bien (Chapare).

La insuficiente alimentación y la enfermedad son generalmente asociadas, siendo esta última a veces presentada como una consecuencia de la primera: *"Si no damos de comer, no engorda, no crece, está flaco, enfermo, y de ahí cualquier cosa como le da diarrea; pero si uno lo atiende bien, está bien"* (Chapare).

Otras madres interpretan la desnutrición como una enfermedad⁵⁶. A ésta se le otorga unas veces un sentido muy específico, otras veces un sentido muy amplio, un poco a la manera de una categoría acomodaticia:

56 La apropiación y la reinterpretación de estas nociones biomédicas por los actores son procesos complejos que requieren un estudio más profundo (de Garine 1984; Bonnet 1990; Jaffré & Olivier de Sardan 1995; Jaffré & Olivier de Sardan ed. 1999; Buchillet 2001).

La desnutrición [es la consecuencia] porque a veces no se alimentan bien o no los alimentan bien (Chávez Rancho); Algunos son crecidos, algunos no, porque no les dan mucho alimento y son desnutriditos. Los niños blancones son más delicados. Ésta es morenita y la otra es blanquita y ella, pucha, de dónde le llena, pero la cuestión es que aparece con unos granitos y le pones Mentisan y le han quedado unos negritos, así, en todo su cuerpito (Chapare).

Sin embargo, el esquema de causalidad puede invertirse y las mujeres dicen que es porque el niño está enfermo que no come: “[El niño está enfermo] *porque ya no quiere comer*” (Chapare). El niño que no es sano se presenta entonces como “desestructurado” en su comportamiento alimentario (horarios caóticos, falta de apetito).

En cambio, sólo excepcionalmente las madres mencionan los efectos negativos de una mala alimentación sobre el desarrollo psicomotor del niño: “[Cuando] *no se los alimenta bien, tienen más retraso para pensar, ¿no?; no piensan rápidamente*” (Chávez Rancho).

En las percepciones locales, la salud y la alimentación ejercen una influencia directa sobre el crecimiento y/o el desarrollo del niño. Las prácticas cotidianas relacionadas con ellas, forman un conjunto indisoluble en permanente interacción. Consecuentemente, para los responsables del niño es poco comprensible que se las distinga como dos tipos de cuidado diferentes.

6.3.3 Otros factores de transformación del cuerpo

Algunas madres mencionan factores genéticos para explicar que las niñas se desarrollan más rápidamente que los varones. Sin embargo, éstos terminan por ser más altos:

Las mujeres son más chicas, tienen otro cuerpo (Chapare); Según a lo que yo veo, las mujeres pesan más, tienen más cuerpo; desarrollan más rápido físicamente y mentalmente, las mujeres (Chapare); Yo tengo la creencia de mi madre: dice que los hijos van como son los padres, los familiares; algunos nacen altos,

otros son pequeños (Chávez Rancho); Las mujercitas más rápido aprenden a gatear, a andar, a hablar, mientras que los hombres tardan más (Chávez Rancho)⁵⁷.

El medio físico y geográfico en el cual se desarrolla el niño, también influiría en su crecimiento y/o desarrollo. Una madre señala que los niños criados en el campo son más resistentes que los niños urbanos: *"Digamos la fuerza: un niño de la ciudad no puede vencer a uno del campo, aunque no esté bien alimentado, un niño del campo tiene más fuerza que uno de la ciudad"* (Chapare).

Las mujeres consideran a veces una buena higiene o el aseo como prácticas que favorecen el crecimiento y/o desarrollo del niño: *"Cuando uno les baña, crecen"* (Chapare).

Otras consideran que el calor, el frío o el clima en general influyen directamente en el crecimiento:

Con la calor crecen más rápido, mientras que con el frío no (Chapare); El clima hace mucho. Yo tengo una experiencia: cuando yo era niña, vivía en Chimoré. Me vine aquí por unos dos, tres meses, volví allá, ya había crecido; el clima me ayudó a crecer (Chávez Rancho); Voy y vengo al Beni y me quedo allá. Yo veo que allá [mis niños] caminan libremente y acá están oprimidos por el frío, que paran abrigados. En cambio, allá tienen un desarrollo más amplio (Chávez Rancho)⁵⁸.

Otra madre señala que el hecho de jugar favorece el desarrollo del niño: *"Más bien, en lo que están así, juegan, todo eso, desarrollan más rápido"* (Chapare).

57 Sin duda, esta percepción podría relacionarse con el tiempo de gestación, independientemente de si se trata de una niña o un niño. Según Platt (2001: 654): "Las niñas se supone que requieren menos tiempo que los niños, quienes deben hacer cuajar más sustancia muscular y huesuda".

58 La oposición frío/cálido mencionada aquí podría corresponder con otra forma de oposición simbólica, la de lo húmedo/seco mencionado por Platt respecto a lo que él llama la "etiología del crecimiento" (2001: 643). Para los Macha de Bolivia, la humedad es necesaria para el crecimiento de las plantas, pero también de los seres humanos o en la gestación (feto).

Numerosas madres estiman, sin embargo, que es sobre todo el hecho de "*ocuparse bien del niño*" o de "*tratarlo bien*", lo que favorece su crecimiento y/o su desarrollo:

Según dicen que el varoncito es más débil para las enfermedades y que una mujercita es más fuerte, pero yo creo que el crecimiento para cualquier bebé es igual, yo creo que debe variar en el cuidado (Chávez Rancho); [Si] su mamá les puede atender bien, no les hace sufrir, así crecen bien (Chapare); Parece que cuando hace falta [cariño], están un poco enfermos (Chapare); Atenderlo mejor, que no esté con las manitas sucias, que el alimento no lo coma bien sucio y si uno le da biberón, hay que darle más aseado, que no eche tierra a la boquita porque ahí viene la infección ya (Chapare).

Nuevamente, los responsables del niño no establecen distinciones cerradas entre las prácticas de alimentación y de salud. Más allá, es importante subrayar que la noción de "*buen cuidado*", cuando es mencionada espontáneamente, implica la idea de "*atender*" al niño, de evitar de hacerlo "*sufrir*" y de ofrecerle el "*cariño*" indispensable para su "*bienestar*" general.

6.4 Las principales etapas del crecimiento y/o del desarrollo

6.4.1 Lenguaje, movimientos y desarrollo psicológico

Raras son las madres que mencionan la adquisición del lenguaje, la motricidad, la mayor atención o los movimientos de acompañamiento como etapas decisivas del crecimiento y/o desarrollo del niño.

Para estas mujeres, la palabra y los movimientos son primordiales. Sin embargo, estas adquisiciones no son acompañadas de estímulos particulares o incitaciones estrictas, como es el caso cuando se trata de aprender a caminar y o de comer (véase Acápites 6.4.2 y 6.4.3):

En lo mental, el médico ve, ¿no?, y también la misma madre ve los movimientos del bebé, si capta la conversación, los movimientos

de los labios o [ve] en sus maneras de mirar si el niño responde cuando se le habla, por lo menos un gesto (Chávez Rancho).

En la mayoría de los casos, los responsables del niño identifican un problema o un posible retraso, observando el comportamiento de niños de la misma edad, independientemente de su sexo: “[Hay niños que] *no hablan, no juegan; ahí nos damos cuenta que el niño está retrasado*” (Chávez Rancho). Sin embargo, nadie ha consultado o pedido consejos al pediatra para que el niño sea atendido en estos aspectos precisos.

Los comentarios acerca de la influencia del estado psicológico general del niño sobre su crecimiento y / o desarrollo son casi inexistentes. Una madre explica que los aspectos psicológicos, por ser invisibles, no “dicen” gran cosa, contrariamente a las señales del cuerpo, especialmente el hecho de crecer:

Por ejemplo, al niño no se le puede decir que está psicológicamente [mal], porque no se puede notar; pero físicamente, sí, porque no está decaído, incómodo ni con dolores; después, en lo físico, se ve que está creciendo (Chávez Rancho).

En cambio, aunque son discretas y púdicas al respecto, las madres piensan que las malas relaciones entre los padres marcan a veces profundamente al niño. Entre las causas de disputas conyugales, a veces muy violentas, figuran el adulterio, el alcoholismo y los desacuerdos en torno a la redistribución del dinero⁵⁹. Independientemente de sus razones, estas tensiones perturban el comportamiento (falta de apetito, llantos prolongados), provocan el *susto* y afectan al niño en el plano psicológico (apatía o agresividad excesivas):

59 Varias entrevistas y observaciones han mostrado que las mujeres jóvenes consideran la violencia como “justa” si viene de su cónyuge oficial. Afirman, en cambio, que no aceptarían esta violencia por parte de su concubino o de una pareja ocasional. Numerosos “matrimonios a prueba” se rompen antes del “verdadero matrimonio” a causa de un exceso de violencia “injusta” por parte del hombre.

Cuando hay mucha violencia, los niños ven y eso se memorizan, también sufren, empiezan a madurar rápidamente, ya no son niños como deben ser, pensar en jugar, ya maduran rápidamente (Chávez Rancho); Pienso que les afecta y no están tranquilos viendo a su mamá sufrir y a su papá [cuando] pelean (Chapare); [Cuando] los padres constantemente están en pleitos, en riñas [o] no se llevan bien, yo creo que los niños no crecen con buenos pensamientos; a la larga también pueden repetir lo que sus padres hacen, puede influenciar mucho eso [en su psicología] (Chávez Rancho); No comen y no aguantan [los niños por las peleas] (Chapare); Llora de pena, triste se pone, no es alegre, ni come bien siquiera (Chapare).

La separación de los padres que a veces resulta de estas disputas (especialmente la salida repentina del padre), suscita igualmente un sentimiento de abandono que tiene consecuencias para la manera de ser general del niño: *"Esas cosas psicológicamente les trauma porque siempre quieren la unión de los padres, y cuando hay una separación, ya no es lo mismo y ahí es cuando empiezan a andar mal los chicos, dejan de ser educados"* (Chávez Rancho).

De todo esto, sin duda hay que retener que el hecho de alimentar y de cuidar no agota el sentido de la noción de cuidado o de *"buen cuidado"*, tal y como la entienden los responsables. La atención y la afectación que acompañan los gestos más cotidianos y el clima familiar, son manifiestamente elementos constitutivos del cuidado, que influyen directamente en el crecimiento y/o desarrollo del niño⁶⁰.

6.4.2 Aprendizaje de caminar

En cambio, la mayoría de las mujeres identifican claramente el aprendizaje de caminar (etapa o periodo del *"ayca"*) como

60 Si bien los debates en nutrición y en psicología siguen siendo centrados en torno a la relación madre/niño (Stork 1986; Engle & Ricciuti 1995; Bouville 2002), los efectos del clima familiar sobre el estado psicológico del niño en relación con su crecimiento y su desarrollo han sido objeto de algunos estudios antropológicos, cf. Dettwyler 1985 y Popkin ed. 1986).

una etapa fundamental del desarrollo psicomotor. En las percepciones locales, este aprendizaje no está precedido de la etapa del gateo, sino que empieza directamente⁶¹: *"No han gateado; ninguna [de mis wawas] ha gateado; de sentados han caminado; nunca se han arrastrado; la mayor tenía su andador y ahí no más caminaba; la otra en su silla se sentaba, pero nunca le he puesto en el suelo"* (Chapare).

Al escuchar a las madres, se siente que temen particularmente este periodo (comprendido entre ocho meses y un año) en el que el niño corre el riesgo de infectarse o lesionarse, pero sobre todo de tener diarreas que pueden interrumpir su crecimiento:

Es la diarrea lo que más les afecta a los niños, porque cuando comienzan a caminar y les da diarrea, se olvidan, y hay muchos niños aquí que por la diarrea no pueden crecer (Chapare); Cuando aprenden a caminar, saben poner cosas a la boca, por eso se enferman (Chávez Rancho); Se debe tener más cuidado; se pueden entrar al fuego o agarrar cualquier cosa que no deben (Chapare).

Dado que viven nuevas y a veces duras experiencias, también el *susto* afecta a los niños en este período particular de su vida: *"No [hay que] gritarle [para] no asustarlo; hay que mirar a ellos lo que hacen; de un ruido ellos se asustan; esta niña va de susto en susto; se cayó de la escalera; la llevé también a bañarla al río y ahí también se asustó; era diarrea, vómitos"* (Chapare).

Finalmente, las madres mencionan los riesgos de infección de la piel, especialmente de los pies: *"Puede tener infecciones por la humedad de la planta de los pies; [es importante] que tengan los zapatitos bien, también la posición de los pañales: hasta que el niño tenga que caminar, el niño tiene que tener las piernas abiertas"* (Chávez Rancho).

61 En un sentido estricto, esta etapa es bastante teórica. Muchos niños gatean mal y no presentan una etapa bien definida de esta forma de desplazamiento, aunque de hecho siempre existe un período intermedio de preparación a los movimientos requeridos para caminar (Bernard Maire, información oral).

Para prevenir estos diferentes peligros, las mujeres parecen querer absolutamente acelerar el proceso de aprendizaje de caminar mediante incitaciones muy enérgicas. Consecuentemente, no dudan de pegar al niño que no se mantiene de pie o, por el contrario, de obligarlo a quedarse echado porque en su opinión, el tiempo para que se lance solo no ha llegado.

Incluso en las zonas más apartadas, llama la atención que los niños usen por un tiempo prolongado la andadora. Gracias a este accesorio, no solamente se los mantiene en posición vertical, sino que además no pueden agarrar tierra o desechos sembrados por el suelo⁶². De esta manera, el proceso de aprendizaje se reduce y el niño evita los riesgos de heridas y de diarreas que tanto temen las madres. Como para el biberón, el ejemplo de las andadoras muestra la capacidad de las madres de integrar nuevos soportes en las representaciones preexistentes.

6.4.3 El paso a una alimentación de tipo adulto

Como ya hemos mencionado (véase Acápite 5), en la mayoría de los casos, el destete definitivo del niño está relacionado con la aparición de los dientes de leche. Sin embargo, las madres no parecen recordar particularmente estas etapas. Desde su punto de vista, es más bien el paso a una alimentación adulta que es fundamental para el crecimiento y/o el desarrollo del niño.

Recordemos que para las mujeres, el paso a la alimentación sólida y adulta obedece a un imperativo de prevención en términos de salud. Al acostumbrar al niño a muy temprana edad a comer como sus padres, se trata de preparar a su organismo para que no se enferme en el momento del destete definitivo.

Sin embargo, se podría atribuir un significado complementario a estas prácticas. En efecto, estas modalidades de transi-

62 Los esposos (e incluso los parientes y vecinos) ofrecen frecuentemente andadoras a las madres primerizas. Son también consideradas como un regalo de matrimonio especialmente valorizado.

ción –y las prácticas de destete, a veces muy duras, que las acompañan– parecen reflejar las incitaciones muy enérgicas de las madres respecto al aprendizaje de caminar. Aunque justifiquen sus órdenes por el gusto y la curiosidad naturales de los niños, quienes las incitarían a alimentarlos como adultos, siguen siendo inflexibles a la hora de preparar y distribuir los alimentos. Pese al discurso según el cual es “*el niño que decide*” de cambiar de régimen alimenticio, las observaciones muestran que son más bien las madres (y en menor medida el entorno) las que dirigen el proceso sin concesiones. Al hacer esto, su intención sería la de acelerar en la mayor medida posible la adquisición de la autonomía del niño para alimentarse, como es el caso cuando aprenden a caminar. En este sentido, el dirigismo de las mujeres podría ser interpretado como una práctica de socialización orientada a integrar al niño en el mundo de los adultos lo más pronto posible. La “disyunción física y alimentaria” experimentada por el niño en el momento del destete, sería de alguna forma compensada por su inserción inmediata en el universo adulto⁶³.

Una vez que se encuentra relativamente autónomo para caminar y alimentarse, el niño puede integrarse plenamente en la familia y la sociedad. En una primera etapa, empieza a cuidar a los menores y a ocuparse de ellos. Luego, progresivamente participa en las actividades que corresponden a su sexo, el cual impone la distribución local de los roles (véase Acápita 3). De hecho, es significativo que la distinción entre las “*mujercitas*” y los “*varoncitos*” sólo se hace explícitamente después de que el niño o la niña hayan aprendido a caminar y que hayan pasado a la alimentación adulta. Antes, tal y como lo hemos constatado en varias ocasiones, los niños pequeños son llama-

63 Estos análisis coinciden con las de Lallemand (1997: 44), que señala: “(...) aunque es correcto que la pareja madre/hijo tiende a desunirse [en el momento del destete], la acogida [del niño] en su grupo de edad y la apertura de la familia extensa con respecto a él, compensa plenamente la pérdida de una relación inicial muy estrecha”.

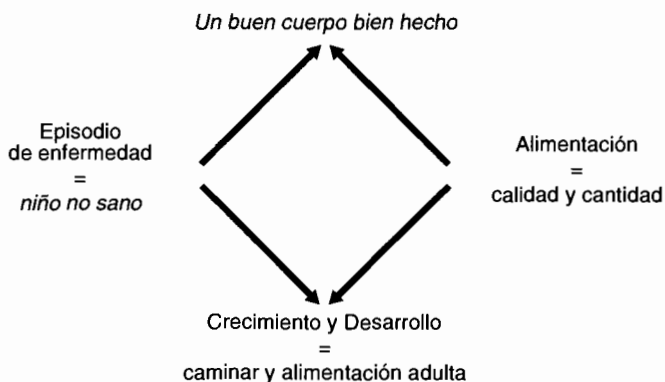
dos con el término genérico y sexualmente indiferenciado de *wawas* o *wawitas* (véase Nota 12)⁶⁴.

Desde el punto de vista de los responsables del niño en el Chapare y en Chávez Rancho, el aprendizaje de caminar y el paso a la alimentación adulta son las etapas fundamentales del crecimiento y/o el desarrollo. Si estas etapas son superadas sin consecuencias negativas para el "*lindo cuerpo bien hecho*", consideran que el crecimiento y/o el desarrollo del niño ha sido globalmente "*bueno*" o "*normal*".

6.5 "El buen cuidado": la etiología social del crecimiento y/o el desarrollo del niño

El Esquema 1 permite recapitular los lazos causales percibidos entre los diferentes tipos de cuidado que dominan en las percepciones locales (alimentación, salud) y rescatar las etapas de crecimiento y/o de desarrollo en un marco de análisis más global/globalizante.

Esquema 1: El *lindo cuerpo bien hecho* como marco de referencia de comprensión de la salud del niño



64 Los muy pequeños reciben un nombre de bautismo algunos días después de su nacimiento, pero éste se usa realmente sólo después del destete.

Estas percepciones y estos lazos constituyen el marco de referencia o la “etiología social” del crecimiento y/o del desarrollo, según los responsables del niño⁶⁵. Este marco corresponde a la noción de “*lindo cuerpo bien hecho*”, la cual da un sentido y ratifica la eficacia de las prácticas de salud y de alimentación relacionadas con ella (véase Acápite 6.2).

7. Síntesis

A partir del análisis de los datos expuestos arriba, se puede precisar mejor lo que significa la noción local del “*buen cuidado*”. En los dos contextos mencionados, los cuidados tienen algunas características básicas:

- Consisten en un conjunto de prácticas (alimentarias o de salud) globales/globalizantes e integradas que no remiten necesariamente al tipo de cuidados impartidos por enfermeros y no están disociadas unas de otras (la alimentación puede ser preventiva, el cuidado de salud puede ser alimentario, la afección y la atención son indispensables);
- Son cotidianos, pertenecen a la esfera doméstica y movilizan al entorno;
- Se basan en la concepción humoral (equilibrio entre lo cálido y lo frío), que influye directamente en las prácticas alimentarias y de salud;
- Ponen de manifiesto el estatus del niño, las relaciones de género y los comportamientos específicos entre las madres y los niños (los tres niveles están estrechamente vinculados e influyen en los itinerarios terapéuticos);

65 La etiología social del crecimiento y/o desarrollo corresponde al estudio de las etapas de las causas percibidas del crecimiento y/o del desarrollo. La expresión es parcialmente prestada de Platt (2001: 643) quien habla de la “etiología del crecimiento” respecto a plantas y seres humanos.

- Participan en la socialización del niño permitiéndole integrarse en la familia e interiorizar las normas, los valores y los comportamientos vigentes en la sociedad local (ejemplo del aprendizaje de caminar y del paso a la alimentación adulta).

Para comprender las representaciones y las prácticas de cuidado en materia de crecimiento y/o desarrollo y, en algunos casos, influir en los comportamientos de los padres del niño en Chávez Rancho y el Chapare, nos parece indispensable tomar en cuenta estas características. Como señala Fainzang (1999: 20): *“Es sólo al tratar de comprender las lógicas (sociales y simbólicas), según las cuales la gente se comporta, que los profesionales en salud pueden sustentar mejor su acción”*. De ahí la importancia, desde una perspectiva de intervención, de estudiar lo que representan la salud y la enfermedad para los responsables del niño en el Chapare y en Chávez Rancho. Esta condición previa es indispensable si se quiere captar el sentido y la lógica de los cuidados que le son atribuidos.

8. Las cinco dimensiones del cuidado del niño

El objetivo de este Capítulo fue delimitar la noción de cuidado cotidiano (o doméstico) en relación con el crecimiento y el desarrollo, a partir de las representaciones y prácticas de los responsables del niño en el Chapare y en Chávez Rancho. Sin embargo, los datos presentados y analizados podrían permitir obtener algunas lecciones de alcance más general.

Proponemos aprehender la noción de cuidado del niño favoreciendo cinco dimensiones o ángulos complementarios: (i) el cuidado como el conjunto de prácticas globales/globalizantes e interdependientes; (ii) el cuidado como actividad cotidiana y doméstica que involucra al entorno; (iii) el cuidado como “ritual cotidiano”; (iv) el cuidado como revelador del estatus del niño y de los retos en torno a su salud; y (v) el cuidado como práctica socializadora del niño.

8.1 El cuidado como conjunto de prácticas globales/globalizantes e interdependientes

Las prácticas de cuidado constituyen un conjunto de saberes (conocimientos, gestos) que se pueden calificar como “técnicas”, en la medida en que obedecen a procedimientos más o menos estereotipados. También remiten a actitudes, que son variables en función de la historia individual de la persona que las proporciona y de los modelos valorizados en la sociedad local. Finalmente, establecen “rituales cotidianos” que manifiestan el pensamiento simbólico.

Asimismo, según los análisis precedentes, la distinción entre los cuidados de salud, por un lado, y los cuidados alimentarios, por el otro, resulta de un fraccionamiento de la realidad que no tiene o que tiene pocas resonancias en las representaciones y prácticas locales (véase Acápite 6). Como se ha podido constatar varias veces, los cuidados adquieren sentido unos en relación con otros en el marco de un pensamiento simbólico, de un sistema de organización social y de la noción más integral del “*buen cuidado*” (véase Acápite 4 y 5). En este sentido, el cuidado dirigido al niño procede de un conjunto de prácticas globales e interdependientes.

Estas características (globalidad e interdependencia) implican referir constantemente los cuidados al contexto sociocultural que les da sentido⁶⁶. Esta precaución, que hace indispensable una etnografía minuciosa, debe permitir poner progresivamente de manifiesto el significado de la noción para los actores y evitar simultáneamente la imposición de categorías biomédicas hechas o preestablecidas. Aunque la inversión (humana, financiera o en tiempo) sea alta, se impone como una condición indispensable a cualquier intento de modificar el comportamien-

66 Según Saillant (1999b: 156), el cuidado es un “fenómeno social total” (según la expresión prestada de Mauss 1968 [1936]). Se trata de “(...) una práctica que concentra en ella la totalidad de las dimensiones de lo real, cada dimensión pudiendo dar lugar a trabajos interdisciplinarios o de una especialidad”.

to de los actores, la de describir y comprender en la mayor medida posible las prácticas y los significados locales del cuidado, así como las lógicas de acción de los actores.

8.2 El cuidado como revelador del estatus del niño y de los retos en torno a su salud

Independientemente del enfoque utilizado (antropología, nutrición, salud pública, sicología), la comprensión de los cuidados del niño no puede evitar una descripción previa de las principales características de la familia en la cual éste vive y del estatus que tiene. Por lo tanto, se trata de recoger datos sobre el universo en el que el niño se socializa progresivamente (véase Acápite 3).

En la medida en que se concentra en los modelos de comportamiento y las tomas de responsabilidad que resultan de ellos en relación con el niño, es inevitable el estudio de los sistemas de parentesco (estudios clásicos realizados por los etnólogos). El conocimiento de los patrones de residencia, de la filiación y de los sistemas de actitudes asociados permite comprender mejor las tomas de decisión respecto a la salud, la alimentación, el crecimiento y el desarrollo del niño. Más arriba hemos subrayado la importancia de la situación matrimonial de la madre en las estrategias terapéuticas, así como las solidaridades y los conflictos que pueden resultar de éstas (véase Acápite 4).

A través del concepto de "nicho de desarrollo", algunos autores (Harkness & Super ed. 1996) han elaborado un marco de análisis que permite estudiar "regulaciones culturales" que caracterizan el microentorno en el que vive el niño. Según Bril (2000: 6), se trata de estudiar de manera profundizada y según un marco sistemático "el entorno físico, climático y social; las representaciones o etnoteorías de las competencias, de la inteligencia, del desarrollo y de la educación; los hábitos y técnicas de puericultura y de educación"⁶⁷.

67 Las etnoteorías conciernen a las "expectativas paternas" o a las representaciones culturales de las competencias frente al niño (Lallemand 1997: 48).

En este enfoque, la participación de los antropólogos y de los psicólogos es fundamental (*cf.* también Bonnet 1997).

También se impone como una importante condición previa para comprender mejor los cuidados o la ausencia de cuidados impartidos al niño, el tomar en cuenta el estatus del niño, variable según su sexo y su rango entre los hermanos. Esta orientación podría tener considerables consecuencias para las intervenciones realizadas entre las personas y grupos más vulnerables o de riesgo. Además, contribuiría a la actualización de los estudios sobre el maltrato o la "negligencia materna". Consecuentemente, estas nociones ya no serían enfocadas solamente a partir de los criterios biomédicos y sanitarios, sino desde las representaciones, las prácticas y las lógicas sociales locales.

8.3 El cuidado como actividad cotidiana y doméstica involucrando al entorno

Según la opinión de los profesionales en salud, la noción de cuidado del niño se limita todavía con demasiada frecuencia a su aceptación estrictamente biomédica del tipo de cuidado impartido por enfermeros o de cuidado de la salud impartido en el contexto de un Hospital. Entre otros, esta noción implica que se trata de una técnica universalmente aplicable, orientada a tomar en cuenta una necesidad fundamental y exclusiva del niño (alimentación, enfermedad, etc.)⁶⁸.

Sin embargo, en este campo, el punto de vista y la práctica del personal de salud apenas corresponden a los de los responsables de la salud del niño (véase Acápita 6). Hemos visto que para los responsables, el cuidado está más ligado a la trans-

68 Esta concepción se fundamenta a su vez en la distinción más profunda entre lo que se relaciona con el "tratamiento" o con el "trabajo médico" (*cure*) y el "cuidado" (*care*) que permite administrarlo. Para una crítica epistemológica de esta distinción y una discusión sobre sus repercusiones metodológicas, *cf.* Saillant (1999a).

misión de saberes familiares, a la negociación entre los padres y a la influencia del entorno (familiar o extra familiar) que a la aplicación mecánica de recomendaciones biomédicas. Las mujeres no son de ninguna manera las únicas concernidas por los cuidados del niño, tal y como lo atestiguan los procesos de microdecisiones en las que interviene el padre, pero también los abuelos, las tías y a veces las vecinas (véase Acápite 4, 5 y 6).

Aunque desde el punto de vista de las relaciones de género locales, la madre es la responsable casi exclusiva del estado del niño (véase Acápite 3), es fundamental recordar que para ella, los cuidados alimentarios o de salud constituyen una especie de continuación del trabajo doméstico. Consecuentemente, en la distribución local de los roles, éstos le corresponden de manera "natural" como mujer. En este sentido, las numerosas prácticas relacionadas con el crecimiento y el desarrollo del niño deben ser entendidas como otra actividad más, relacionada con otras tareas cotidianas (trabajo agrícola remunerado, mantenimiento de la casa, etc.).

Desde una óptica operacional, es fundamental tomar en cuenta la dimensión cotidiana, doméstica y familiar de los cuidados impartidos al niño. Por motivo de una campaña de educación o durante una consulta pediátrica, el personal de salud debería evaluar los obstáculos de tiempo o la carga de trabajo suplementario que podrían generar sus diversas recomendaciones y anticipar los conflictos intrafamiliares que podrían resultar de su aplicación.

8.4. El cuidado como "ritual cotidiano"

Vale insistir también en la dimensión ritual de los cuidados dirigidos al niño, sobre todo a nivel de la salud y de la alimentación.

De manera muy general, estos dos ámbitos requieren la repetición y favorecen la realización de procedimientos ritualizados. Entre otros, cuando la alimentación es curativa o preventiva y que el cuidado se realiza a través de la alimentación, como en los

ejemplos mencionados anteriormente, estos procedimientos recurren a la creencia y comparten de esta manera una característica fundamental del ritual: "para que funcione", es necesario que los actores crean en ello. En este caso, la "eficacia simbólica" (Lévi-Strauss 1958) del cuidado es percibida como real por las madres que comparten, además, las mismas representaciones sobre la concepción humoral (véase Acápite 4 y 5)⁶⁹.

Sin embargo, en el contexto del Chapare y de Chávez Rancho, sería equivocado afirmar que la alimentación y el cuidado de la salud conducen a la creación de una nueva persona a partir de una puesta en escena fijada de antemano. Aquí, los momentos fundamentales del desarrollo del ritual, que constituyen la "separación", la "latencia" y la "agregación", tal y como lo ha definido Van Gennep (1909), no aparecen de manera explícita y espectacular⁷⁰. En esta materia, tampoco existen referencias particulares de una mitología fundacional (véase Acápite 5).

Tomando en cuenta estas particularidades, parece que los cuidados impartidos al niño provienen más de un conjunto de prácticas cotidianas, que pertenecen más a la esfera doméstica y familiar, que a una actividad ritual en el sentido ceremonial y religioso del término. Exceptuando el caso del *susto*, en el que el curandero interviene directamente en la alimentación, a través de lo que Smith (1991: 630) llama los "rituales ocasionales e individuales", la alimentación y la salud del niño pertenecen más bien a una especie de "ritual cotidiano" en el sentido de Goffman (1973)⁷¹.

69 "(...) existe una necesaria congruencia entre el remedio y el mal a ser curado, conforme a una visión del mundo que el antropólogo no puede ignorar, ya que una de sus tareas es precisamente la de captar las leyes del pensamiento simbólico" (Fainzang 2000).

70 "[Los ritos] presentan, desde un punto de vista formal, una estructura ternaria asociando (...) una fase de separación en la que el individuo sale de su estado anterior, una fase de latencia, en la que el individuo se encuentra entre dos estatus, y una fase de agregación, en la que el individuo adquiere su nuevo estado" (Muller 1991: 633).

71 Cf. Suremain & Lefèvre *et al.* (2001).

No obstante, la dimensión ritual del cuidado merecería ser profundizada al menos por dos razones. Por una parte, incluso cuando ésta no está sacralizada, acompaña los gestos más cotidianos. En este sentido, la "eficacia simbólica", percibida como real, no puede ser descartada del estudio general de las prácticas locales, el cual es una condición previa indispensable de cualquier forma de intervención. Por otra parte, la dimensión ritual podría revelar el papel de las creencias y las prácticas mágico-religiosas en un periodo de vida en el que el niño, especialmente en los países en vías de desarrollo, es un importante factor de ansiedad para las madres y el entorno. Al permitir comprender mejor el lugar y el valor acordado localmente al niño, aquélla abre la vía para una mejor comprensión de los propósitos de los responsables y contribuye de esta forma a aclarar sus comportamientos.

8.5 El cuidado como práctica socializadora del niño

Finalmente, es importante resaltar la dimensión socializadora de los cuidados⁷². A través de ellos, el niño interioriza hábitos, valores, comportamientos y roles cuya comprensión y dominación le aseguran un lugar y un estatus al interior de la familia y, de forma más amplia, de la sociedad local. Más allá del bienestar fisiológico y psicológico que los cuidados procuran, su función es fundamentalmente social. Más allá de su vocación principal, es decir la de asegurar la supervivencia individual del niño, los cuidados contribuyen además a la supervivencia de la sociedad.

De ello resulta que todo intento de modificar los cuidados, por ejemplo mediante una recomendación, está sujeto a una reinterpretación por parte de los responsables del niño.

72 Para estudios antropológicos europeos, africanos, americanos y asiáticos sobre el proceso de socialización del niño, *cf.* Belmont (1971), Erny (1972), Rabain (1979), Koubi & Massard (1994), Lallemand (1997), Lestage (1999) y Suremain (2000).

Aunque el personal de salud los censura, el destete abrupto y el paso prematuro a la alimentación adulta, en la lógica de los responsables del niño, tienen sentido. La menor recomendación, justificada en el plano nutricional o sanitario, es filtrada por los marcos de análisis de los actores y adaptada por ellos en función de su marco de referencia.

Se impone –nuevamente– el análisis del conjunto de prácticas de cuidado en el proceso más amplio de la socialización del niño como una etapa inevitable antes de cualquier intervención. Está claro que si los actores sienten que existen contradicciones entre su manera de enfocar la integración del niño en la familia o la sociedad local y las recomendaciones biomédicas, existe una mayor posibilidad de que eviten estas últimas.

9. Conclusión: hacia un enfoque globale/globalizante, interdisciplinario y participativo de los cuidados del niño

A nivel teórico, el tema de los cuidados respecto al crecimiento y desarrollo del niño se sitúa en el cruce de varias subdisciplinas antropológicas (antropología de la enfermedad, de la salud, de la niñez), psicosociológicas (sicología, psicoanálisis, sicopatología), de la salud pública (medicina, pediatría) y de la nutrición pública. Sin embargo, el enfoque necesariamente global/globalizante e interdisciplinario⁷³ de los cuidados del

73 Respecto al estudio de los cuidados, Saillant (1999b: 156-157) opone la "interdisciplinarietà ciega" y la "interdisciplinarietà anclada". La autora define esta última como una "(...) práctica que resulta de una reflexión profundizada sobre el objeto (...) teniendo en cuenta [sus] realidades históricas, sociales, culturales y epistemológicas (...)". También se trata de una "(...) práctica que contribuye a la construcción del objeto (...)". La autora añade que "(...) las asociaciones (de conceptos, de teorías y de investigadores/as) resultan también de un deseo común de sacar a la luz, de revelar el amplio campo de los cuidados, su naturaleza, sus retos, sus condiciones y sus efectos. Las asociaciones de conceptos y de personas resultan de valores compartidos".

niño –que se distingue de la investigación clínica o biomédica (que se ocupa de la salud del individuo)– implica aportes, contribuciones y reflexiones comunes o aglutinadoras entre estos diferentes campos⁷⁴.

Si uno se sitúa en una perspectiva de investigación básica o de intervención, nos parece importante estudiar el cuidado del niño en toda su complejidad. Respecto a la primera perspectiva, se trata de realizar estudios etnográficos en un campo de investigación todavía insuficientemente profundizado, especialmente en torno al tema de la etiología social del crecimiento y/o del desarrollo (véase Nota 65). El estudio de los cuidados del niño debería permitir a la antropología avanzar en su reflexión respecto a determinadas cuestiones fundamentales, como la de las modalidades de transformación de los sistemas de representación, pero también las de “(...) *la individualidad, de la alteridad, de la identidad, del género, de lo social y del sentido*” (Saillant & Gagnon 1999: 5).

Respecto a la segunda perspectiva, estas investigaciones deberían proporcionar una especie de “materia prima” de reflexión para las intervenciones interdisciplinarias en materia de promoción de la salud del niño. En la medida en que se sitúa entre los marcos de referencia locales y biomédicas, el análisis de la noción de cuidado permite sacar a la luz las posibles contradicciones entre los primeros y los últimos, y revelar la coherencia de las lógicas de acción de los responsables del niño.

El enfoque socioantropológico parece especialmente apropiado para el estudio de los cuidados del niño, pues está orientado a rescatar las prácticas en el marco de las representaciones y de las lógicas de los actores. Con sus conceptos y sus herramientas, permite devolver coherencia y sentido ahí donde los profesionales en salud no los perciben necesariamente.

74 Para los estudios que combinan la antropología, la biomedicina y la salud pública, cf. Loudon ed. (1976), Young (1976), Mitchell (1977), Foster (1982), Bonnet (1990) y Massé (1995).

Se puede pensar, sobre todo, que las intervenciones realizadas entre las poblaciones serán tanto más aceptadas cuanto se fundamentan en una comprensión "desde el interior" de sus concepciones y prácticas relacionadas al cuidado.

Más específicamente, si se desarrolla en el marco de la investigación-acción participativa⁷⁵, el enfoque antropológico puede contribuir concretamente al mejoramiento de la salud del niño (véase Capítulo 4 [Rubín de Celis & Pecho *et al.*]). Recordemos que el objetivo de este procedimiento es identificar y resolver problemas específicos, con la participación de los investigadores, de una población y / o un grupo de actores. En este caso, el proceso se fundamenta en estudios descriptivos y comprensibles que conducen a la elaboración de intervenciones, siendo las dos "fases" llevadas a cabo con la participación activa de los principales actores locales. Además, el proceso de investigación comprende necesariamente una fase de evaluación que es, nuevamente, la tarea de los investigadores y los actores involucrados. En el paradigma constructivista, la participación de los actores es todavía mayor, ya que éstos "coproducen", junto con los investigadores, el conjunto del proceso de investigación (concepción, realización, intervención y valorización).

De manera general, la visión biomédica de inspiración occidental tiende a fraccionar la noción de cuidado (desarrollo psicomotor, alimentación, salud, cuidados preventivos y curativos, etc.). Sin embargo, los datos presentados en este capítulo subrayan la necesidad de adoptar un enfoque global/globalizante, interdisciplinario y participativo. En la medida en que integra los objetivos biomédicos y los marcos de referencia locales, este enfoque debería permitir el acercamiento entre las lógicas de acción y de pensamiento muy diferentes

75 Cf. Fals-Borda & Rahman ed. (1991) y Cornwall (1995) respecto a la investigación-acción participativa en general. Para una reflexión sobre estos límites en el marco del Proyecto, cf. Rubín de Celis & Lefèvre *et al.* (2000) y Lefèvre & Suremain *et al.* (2002). Acerca de las relaciones entre la investigación antropológica y la acción, cf. Dozon (1991).

entre unos y otros. De todas formas, a futuro este enfoque se debería reforzar, especialmente en los Proyectos de investigación y en las intervenciones donde la atención está centrada en la prevención y la promoción de la salud de las poblaciones más vulnerables.

Referencias bibliográficas

ADAM, P. & HERZLICH, C.

1994 *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris: Nathan Université.

AGUILO, F.

1985 *Enfermedad y salud según la concepción Aymara-Quechua*. Sucre: Qori LLama.

ARDENER, S. (ed.)

1975 *Perceiving women*. London: Malaby Press.

AUGÉ, M.

1984 "Ordre biologique, ordre social : la maladie, forme élémentaire de l'événement". En: *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* (Augé, M. & Herzlich, C. ed.): 35-92. Paris: Éditions des Archives Contemporaines.

1986 "L'anthropologie de la maladie", *L'Homme* 26(97-98): 77-88.

AUGÉ, M. & HERZLICH, C. (ed.)

1984 *Le Sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Éditions des Archives Contemporaines.

BELMONT, N.

1971 *Les signes de la naissance. Étude des représentations symboliques associées aux naissances singulières*. Paris: Plon.

BENOIST, J. (ed.)

1996 *Soigner au pluriel. Essai sur le pluralisme médical*. Paris: Karthala.

BERNAND, C.

1976 "Sociologie médicale et représentation du corps humain dans la sierra méridionale de l'Équateur", *INSERM* 63: 119-128.

- 1985 *La solitude des Renaissants. Malheur et sorcellerie dans les Andes*. Paris: Presses de la Renaissance.
- BÉNONY, H.
1998 *Le développement de l'enfant et ses pathologies*. Paris: Nathan Université.
- BIANQUIS, I. & LEBRETON, D. & MÉCHIN, C. (ed.)
1997 *Usages culturels du corps*. Paris: L'Harmattan.
- BIDEAUD, J. & HOUDÉ, C. & PÉDINIELLI, J.-L.
1993 *L'homme en développement*. Paris: Presses Universitaires de France.
- BISSILLIAT, J. (ed.)
1992 *Relations de genre et développement. Femmes et sociétés*. Paris: ORSTOM.
- BLACKING, J. (ed.)
1977 *The anthropology of the body*. London: Academic Press.
- BOND, J. (ed.)
1981 *Infant and child feeding*. New York: Academic Press.
- BONNET, D.
1988 *Corps biologique, corps social. Procréation et maladie de l'enfant en pays mossi. Burkina Faso*. Paris: Orstom.
- 1990 "Anthropologie et santé publique. Une approche du paludisme au Burkina Faso". En: *Sociétés, développement et santé* (Fassin, D. & Jaffré, Y. ed.): 248-258. Paris: Ellipses/AUPELF.
- 1991 "Thérapeutiques". En: *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie* (Bonte, P. & Izard, M. ed.): 707-708. Paris: Presses Universitaires de France.
- 1996 "Présentation. La notion de négligence sociale à propos de la malnutrition de l'enfant", *Sciences Sociales et Santé* 14(1): 5-16.
- 1997 "Le soin comme révélateur de l'identité et du statut social de l'enfant" in *Proposition de Groupement de Recherche 'Anthropologie de l'enfance'* (Bonnet, D. & Lallemand, S. ed.): 8-9. Paris: Centre National de la Recherche Scientifique.
- BOUGEROL, C.
1983 *La médecine populaire à la Guadeloupe*. Paris: Karthala.

BOUVILLE, J.-F.

- 2002 "Current and hypothesized psychological indicators of 'care for nutrition' (caregiving behaviours and interactions that optimize the child's use of food)". En: *Promoting growth and development of under fives* (Kolsteren, P. & Hoérée, T. & Perez-Cueto, E. ed.): 162-169. Antwerp: ITGPress.

BRIL, B.

- 2000 "Le concept de 'niche de développement'", *Présentation du GDR 'Anthropologie de l'enfance', Axes thématiques*: 6.

BUCHILLET, D.

- 2001 "Tuberculose et santé publique: les multiples facteurs impliqués dans l'adhésion au traitement", *Autrepart* 19: 71-90.

CANESSA, A.

- 1999 "Making persons, making difference: procreation in Highland Bolivia". En: *Conceiving persons. Ethnographies of procreation, substance and personhood* (Loizos, P. & Heady, P. ed.): 69-87. London: Athlone Press.

CHRISTINAT, J.-L.

- 1976 "Conception, grossesse, naissance et soins post-partum dans une communauté indienne des Andes péruviennes", *Bulletin de la Société Suisse des Américanistes* 40: 5-19.
- 1989 *Des parrains pour la vie. Parenté rituelle dans une communauté des Andes péruviennes*. Neuchâtel/Paris: Editions de l'Institut d'Ethnologie / Editions de la Maison des Sciences de l'Homme.

COMAROFF, J.

- 1978 "Medicine and culture: Some anthropological perspectives", *Social Sciences & Medicine* 12: 247-254.

CORNWALL, A.

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

CORTES, G.

- 2000 *Partir pour rester. Survie et mutation de sociétés paysannes andines (Bolivie)*. Paris: IRD Éditions.

CROOKS, D.

1999 "Understanding children's nutritional status: combining anthropological approaches in poverty research", *Nutritional Anthropology* 22(2): 1-4.

CURRIER, R.

1966 "The hot-cold syndrome and symbolic balance in Mexican and Spanish-American folk medicine", *Ethnology* 5: 251-263.

DAVIDSON, J.

1983 "La sombra de la vida: la placenta en el mundo andino", *Bulletin de l'Institut Français d'Études Andine* 12(3-4): 69-81.

De MEER, K.

1987 "Enfermedad infantil y cultura aymara", *Boletín del Instituto de Estudios Aymara* 27: 9-25.

DETTWYLER, K.A.

1985 *Breastfeeding, weaning, and other infant feeding practices in Mali and their effects on growth and development*, Indiana University, Ph.D. Dissertation in anthropology.

1987 "Breastfeeding and weaning in Mali: cultural context and hard data", *Social Science & Medicine* 24(8): 633-644.

1988 "More than nutrition: breastfeeding in urban Mali", *Medical Anthropology Quarterly* 2(2): 172-183.

1991 "Growth status of children in rural Mali: implications for nutrition education programs", *American Journal of Human Biology* 3(5): 447-462.

DETTWYLER, K.A. & FISHMAN, C.

1992 "Infant feeding practice and growth", *Annual Review of Anthropology* 21: 171-204.

DOZON, J.-P.

1991 "Le dilemme connaissance/action: le développement comme champ politique", *Bulletin de l'APAD* 1: 14-17.

DUMONT, L.

1971 *Homo hierarchicus. Essai sur le système des castes*. Paris: Gallimard.

DUPUIS, A.

1981 "De la conception au sevrage chez les Nzebi du Gabon", *Journal des Africanistes* 51(1-2): 126.

ENGLE, P.L. & RICCIUTI, H.N.

1995 "Psychosocial aspects of care and nutrition", *Food and Nutrition Bulletin* 16: 356-377.

ERNY, P.

1972 *Les premiers pas dans la vie de l'enfant d'Afrique noire. Naissance et première enfance*. Paris: Éditions de l'école.

ETKIN, N.L. & ROSS, P.J.

1982 "Food as medicine and medicine as food. An adaptive framework for the interpretation of plant utilization among the Hausa of Northern Nigeria", *Social Science & Medicine* 16: 155-173.

FAINZANG, S.

1986 *L'intérieur des choses. Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*. Paris: L'Harmattan.

1999 "De la compréhension à l'action", *La Santé de l'Homme* 344: 19-20.

2000 "La maladie, un objet pour l'anthropologie sociale", *Ethnologies Comparées* 3: <http://alor.univ-montp3.fr/cerce/revue.htm>.

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

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

FITZGERALD, T.K. (ed.)

1976 *Nutrition and anthropology in action*. Assen / Amsterdam: Van Gorcum.

FOSTER, G.M.

1976 "Disease etiologies in non-western medical systems", *American Anthropologist* 78(4): 773-782.

1982 "Applied anthropology and international health, retrospect and prospect", *Human Organization* 41: 189-197.

1987 "On the origin of humoral medicine in Latin America", *Medical Anthropology Quarterly* 1(4): 355-393.

FOSTER, G.M. & ANDERSON, B.

1978 *Medical anthropology*. New York: John Wiley & Sons.

GALINIER, J.

1991 "Corps". En: *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie* (Bonte, P. & Izard, M. ed.): 175-176. Paris: Presses Universitaires de France.

GARINE, (de) I.

1984 "De la perception de la malnutrition dans les sociétés traditionnelles", *Information sur les Sciences Sociales* 23(4-5): 731-754.

1990 "Les modes alimentaires: histoire de l'alimentation et des manières de table". En: *Les coordonnées de l'homme et la culture matérielle* (Encyclopédie de la Pléiade ed.): 1447-1627. Paris: Gallimard.

GOFFMAN, E.

1973 *La mise en scène de la vie quotidienne*. Paris: Éditions de Minuit.

GOLDRING ZUKOW, P. (ed.)

1989 *Sibling interaction across culture*. New York: Springer Verlag.

GOODMAN, A & DUFOUR, D. & PELTO, G.H. (ed.)

1999 *Nutritional anthropology: biocultural perspectives on food and nutrition*. Mayfield: Mayfield.

GOODY, J.

1976 *Production and reproduction. A comparative study of the domestic domain*. Cambridge: Cambridge University Press.

HARKNES, S. & SUPER, C. (ed.)

1996 *Parents' cultural belief systems. Their origins, expressions, and consequences*. New York: Guilford Press.

HARRIS, O.

2000 *To make the earth bear fruit. Essays on fertility, work and gender in Highland Bolivia*. London: Institute of Latin American Studies.

HERZLICH, C.

1996 [1969] *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*. Paris: Éditions de l'Écoles des Hautes Études en Sciences Sociales.

HUBERT, A.

1990 "Ethnologie et nutrition. L'alimentation comme pratique culturelle chez les Yao de Thaïlande". En: *Sociétés, développement et santé* (Fassin, D. & Jaffré, Y. ed.): 257-272. Paris: Ellipses/AUPELF.

HULL, V. & SIMPSON, M. (ed.)

1985 *Breastfeeding, child health, and child spacing: cross cultural perspectives*. London: Croom Helm.

- JAFFRÉ, Y. & OLIVIER de SARDAN, J.-P.
1995 "Tijiri, naissance sociale d'une maladie", *Cahiers des Sciences Humaines* 31(4): 773-795.
- JAFFRÉ, Y. & OLIVIER de SARDAN, J.-P. (ed.)
1996 *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'ouest*. Paris: Presses Universitaires de France.
- JAMARD, J.-L. & TERRAY, E. & XANTHAKOU, M. (ed.)
2000 *En substances: textes pour Françoise Héritier*. Paris: Fayard.
- JANZEN, J.M.
1995 [1978] *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*. Paris: Karthala/CNRS.
- JESSOR, R. & COLBY, A. & SHWEDER, R.A. (ed.)
1996 *Ethnography and human development. Contexts and meaning in social inquiry*. Chicago & London: The University of Chicago Press.
- JODELET, D.
1976 *La représentation sociale du corps*. Paris: CORDES.
- JORDAN, B.
1993 *Birth in four cultures. A cross cultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Prospect Heights: Waveland Press.
- KORBIN, J. (ed.)
1981 *Child abuse and neglect: cross-cultural perspectives*. Berkeley: University of California Press.
- KOUBI, J. & MASSARD, J.
1994 *Enfants et sociétés d'Asie du Sud-Est*. Paris: L'Harmattan.
- LALLEMAND, S. & JOURNET, O. (ed.)
1993 *Grossesse et petite enfance en Afrique noire et à Madagascar*. Paris: L'Harmattan.
- LALLEMAND, S.
1997 "Enfances d'ailleurs, approche anthropologique". En: *Enfances d'ailleurs, d'hier et d'aujourd'hui* (Guidetti, M. & Lallemand, S. & Morel, M.-F. ed.): 7-57. Paris: Armand Colin.

LAPLANTINE, F.

- 1986 *Anthropologie de la maladie. Étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine.* Paris: Payot.

LEBRETON, D.

- 2001 *Anthropologie du corps et modernité.* Paris: Presses Universitaires de France.

LEFEVRE, P. & SUREMAIN (de), C.-É. de & HOERÉE, T. & ARDÚZ, E. & PECHO, I.

- 2002 "De la investigación a la investigación-acción participativa: las lecciones de una experiencia multidisciplinaria sobre el desarrollo y el crecimiento del niño(a) en Bolivia y en Perú", *The Bolivian Research Review 2: bolivianstudies.org.*

LESTAGE, F.

- 1987 "La pathologie du semblable à propos d'une maladie infantile des Andes péruviennes: la mipa", *Bulletin d'Ethnomédecine 38: 3-29.*

- 1995 "L'enfant et le terroir. La construction de l'identité paysanne dans une communauté des Andes péruvienne", *Bulletin de l'Institut Français d'Études Andines 24(1): 127-136.*

- 1999 *Naissance et petite enfance dans les Andes péruviennes. Pratiques, rites, représentations.* Paris: L'Harmattan.

LÉVI-STRAUSS, C.

- 1958 "L'efficacité symbolique". En: *Anthropologie structurale I* (Lévi-Strauss, C. ed.): 205-226. Paris: Plon.

LOGAN, M.H.

- 1977 "Anthropological research and the hot-cold theory of disease: Some methodological suggestions", *Medical Anthropology Quarterly 1(4): 87-107.*

LOUDON, J.-B. (ed.)

- 1976 *Social Anthropology and Medicine.* London-New York-San Francisco: Academic Press.

MAC KEE, L.

- 1982 "Los cuerpos tiernos: simbolismo y magia en las prácticas post-parto en Ecuador", *América Indígena 42(4): 615-628.*

- MACCORMACK, C.P. & STRATHERN, M. (ed.)
 1980 *Nature, culture and gender*. Cambridge: Cambridge University Press.
- MAHIAS M.-C.
 1985 *Délivrance et convivialité. Le système culinaire des Jaina*. Paris: Éditions de la Maison des Sciences de L'Homme.
- MANDERSON, L.
 1981 "Traditional food classification and humoral medical theory in Peninsular Malaysia", *Ecology of Food and Nutrition* 11: 81-93.
- MARTIN-PRÉVEL, Y.
 2002 "'Soins' et nutrition publique", *Cahiers Santé* 12(1): 86-93.
- MASSÉ, R.
 1995 *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal/Paris/Casablanca: Gaëtan Morin Éditeur.
- MATHIEU, N.-C.
 1973 "Homme-culture et femme-nature ?", *L'Homme* 13(3): 101-113.
- MATHIEU, N.-C. (ed.)
 1985 *L'arraisonnement des femmes. Essai en anthropologie des sexes*. Paris: École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- MAUSS, M.
 1968[1936] "Les techniques du corps". En: *Sociologie et anthropologie* (Mauss, M. ed.): 365-386. Paris: Presses Universitaires de France.
- MEAD, M.
 1948 *Male and female. A study of the sexes in a changing world*. New York: William Morrow.
 1973 *Une éducation en Nouvelle-Guinée*. Paris Payot.
- MESSER, E.
 1997 "Intra-household allocation of food and health care: current findings and understandings-Introduction", *Social Science & Medicine* 44(11): 1675-1684.
- MITCHELL, W.
 1977 "Changing others: the anthropological study of therapeutic systems", *Medical Anthropology Newsletter* 8(3): 15-20.

MOLINIÉ, A.

1999 "'Te faire la peau pour t'avoir dans la peau'. Lambeaux d'ethnopsychanalyse andine", *L'Homme* 149: 113-134.

MORGAN, L.M.

1997 "Imagining the unborn in the Ecuadorian Andes", *Feminist Studies* 23(2): 323-350.

MULLER, J.-C.

1991 "Rite de passage". En: *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie* (Bonte, P. & Izard, M. ed.): 633-634. Paris: Presses Universitaires de France.

PAGÉZY, H.

1990 "Comment interpréter la situation nutritionnelle des Pygmées Ba-Twa du Zaïre", *Écologie Humaine* 2: 83-89.

PAULME, D. (ed.)

1960 *Femmes d'Afrique noire*. Paris: Mouton.

PELTO, G.H. & PELTO, P.J.

1989 "Small but healthy? An anthropological perspective", *Human Organization* 48: 11-15.

PELTO, G.H.

2001 "Continuities and challenges in applied nutritional anthropology", *Nutritional Anthropology* 22(2): 16-22.

PFEIFFER, J. & GLOYD, S. & LI, L.R.

2001 "Intrahousehold resource allocation and child growth in Mozambique: an ethnographic case-control study", *Social Science & Medicine* 53(1): 83-98.

PLATT, T.

1978 "Symétries en miroir. Le concept de Yanantin chez les Macha de Bolivie", *Annales ESC* 5-6: 1081-1108.

2001 "El feto agresivo. Parto, formación de la persona y mito-historia en los Andes", *Anuario de Estudios Americanos* 58(2): 633-678.

POPKIN, B. (ed.)

1986 *The infant-feeding triad: infant, mother, and household*. New York: Gordon and Breach Science Publishers.

RABAIN, J.

1979 *L'enfant du lignage. Du sevrage à la classe d'âge*. Paris: Payot.

- RAPHAEL, D. & DAVIS, F.
1985 *Only mothers know: patterns of infant feeding in traditional cultures*. Westport: Greenwood Press.
- REITER, R.R. (ed.)
1975 *Towards an anthropology of woman*. New York: Monthly Review Press.
- RUBEL, A.
1964 "The epidemiology of a folk illness: Susto in Hispanic America", *Ethnology* 3: 270-271.
- 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.
- SAILLANT, F.
1999a "Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique", *Anthropologie et Sociétés* 23(2): 15-40.
1999b "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.
- SAILLANT, F. & GAGNON, É.
1999 "Vers une anthropologie des soins", *Anthropologie et Sociétés* 23(2): 5-14.
- SANDAY, P.R.
1973 "Toward a theory of the status of women", *American Anthropologist* 75: 1682-1700.
- SIMONS, R.C. & HUGHES, C.C. (ed.)
1985 *The culture-bound syndromes. Folk illnesses of psychiatric and anthropological interest*. Dordrecht: D.Reidel Publishing Company.
- SINDZINGRE, N. & ZEMPLINI, A.
1982 "Anthropologie de la maladie", *Bulletin d'Ethnomédecine* 15: 3-22.

SMITH, P.

1991 "Rite". En: *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie* (Bonte, P. & Izard, M. ed.): 630-633. Paris: Presses Universitaires de France.

STORK, H.

1986 *Enfances indiennes. Étude de psychologie transculturelle et comparée du jeune enfant*. Paris: Le Centurion.

SUREMAIN (de), C.-É.

2000 "Dynamiques de l'alimentation et socialisation du jeune enfant à Brazzaville (Congo)", *Autrepart* 15: 73-91.

SUREMAIN (de), C.-É. & LEFEVRE, P. & PECHO, I.

2000 "Les relations de genre soumises à l'épreuve de la maladie de l'enfant. Exemples boliviens et péruviens", *Recherches Féministes* 13(1): 27-46.

SUREMAIN (de), C.-É. & LEFEVRE, P. & SEJAS, E. & ZAMBRANA, E.

2001 "L'alimentation comme rituel ordinaire. Réflexions sur les implications opérationnelles d'une recherche sur la croissance et le développement de l'enfant en Bolivie", *Ethnologies Comparées* 3: <http://alor.univ-montp3.fr/cerce/revue.htm>.

TOUSSIGNANT, M.

1979 "Espanto: A dialogue with the gods", *Culture, Medecine and Psychiatrie* 3(4): 353.

VALSINER, J. (ed.)

1989 *Child development in cultural context*. Toronto: Lewiston, N.Y.

VAN GENNEP, A.

1909 *Les rites de passage*. Paris: Nourry.

VÉRICOURT (de), V.

2000 *Rituels et croyances chamaniques dans les Andes boliviennes. Les semences de la foudre*. Paris: L'Harmattan.

WEISNER, T.S. & GALLIMORE, R.

1977 "My brother's keeper: child and sibling caretaking", *Current Anthropology* 18(2): 169-190.

WEISNER, T.S.

1996 "Why ethnography should be the most important method in the study of human development". En: *Ethnography and human development. Contexts and meaning in social inquiry*

- (Jessor, R. & Colby, A. & Shweder, R.A. ed.): 305-324.
Chicago: The University of Chicago Press.
- WHITING, B. & WHITING, J.
1975 *Children of six cultures: a psychocultural analysis*. Cambridge:
Harvard University Press.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)
1999 *A critical link. Interventions for physical growth and psychological development. A review*. Geneva: World Health Organization.
- YOUNG, A.
1976 "Some implications of medical beliefs and practices for social anthropology", *American Anthropology* 78(1): 5-24.
- YOUNG, K. & EDHOM, F. & HARRIS, O.
1977 "Conceptualising women", *Critique of Anthropology* 3: 101-130.
- ZEMPLÉNI, A.
1985 "La 'maladie' et ses 'causes' : introduction", *L'Ethnographie* 96-97: 13-44.

El Carnet de Salud Infantil. Tensiones entre monitoreo y vigilancia participativa en Perú

Emma Rubín de Celis, Eduardo Vidal, Patrick Kolsteren & Iris Pecho

1. La propuesta

El Carnet de Salud Infantil (CSI) del niño menor de cinco años responde a la inquietud de los organismos internacionales y nacionales del sector salud por encontrar un instrumento sencillo – respetando los criterios técnicos y científicos del monitoreo– que pueda ser utilizado por los responsables para dar un seguimiento periódico al crecimiento y desarrollo de sus hijos.

La alimentación, la estimulación psicomotriz y las experiencias de relaciones sociales protectoras y orientadoras son dimensiones de la atención del niño que propician su desarrollo saludable. La ausencia o el inadecuado manejo de estas dimensiones son factores de riesgo para el crecimiento y desarrollo. Estos factores “ambientales” (diferentes de los “hereditarios”) pueden ser modificados, promovidos y controlados en el hogar, de manera que ofrezcan mejores satisfactores para la salud infantil.

Si se aplican los conceptos de Max Neef & Elizalde *et al.* (1986)¹, el Programa de “Control de Crecimiento y Desarrollo”

1 Max Neef & Elizalde *et al.* (1986: 7) señalan: “Las necesidades humanas fundamentales pueden clasificarse de acuerdo a dos criterios: uno es un criterio ontológico o existencial en que distinguimos las necesida-

(CRED) representa un satisfactor de las necesidades de supervivencia, protección e identidad de la población infantil, y el CSI expresa el intento de satisfacer tanto estas necesidades como las de los servicios de salud. El manejo de esta herramienta incluye tres principales mediadores²: (i) los organismos internacionales y nacionales de salud que la crean e imponen; (ii) el personal de los servicios de salud, responsable de emplearla; y (iii) las Organizaciones de Base dentro de la población³. Estas últimas son mediadores en dos sentidos, en tanto vigilan el cumplimiento de los objetivos del CSI, y en la medida en que deben actuar como puente entre la población y los servicios de salud.

El presente Capítulo⁴ intenta describir muy resumidamente la historia (entendida como proceso) de la implementación del satisfactor CSI, de su transformación de un instrumento del monitoreo utilizado por los padres y cuidadores a un instru-

des de ser, tener, hacer y estar, entendido el estar como la ubicación de cualquiera de nosotros dentro de un sistema de coordenadas espacio temporales, es decir, es el estar en un tiempo y en un lugar; y de otra parte, una clasificación basada en un criterio axiológico o de valores, en que distinguimos nueve necesidades humanas fundamentales: de subsistencia, de protección, de afecto o amor, de entendimiento, de participación, de ocio, de creación, de identidad y de libertad”.

- 2 Consideramos como “mediadores” a aquellos actores sociales o niveles de decisión que cumplen funciones de intermediarios entre el satisfactor y los actores que buscan esa satisfacción.
- 3 En el Perú, las Organizaciones de Base más reconocidas en las poblaciones urbanas periféricas son: Comedores Populares, Vaso de Leche y Clubes de Madres. Todas ellas han surgido en diferentes periodos de emergencia, intentando resolver colectivamente problemas como el de la vivienda o de los efectos de medidas de ajuste económico (véase Capítulo 1 [Suremain]).
- 4 Este Capítulo está sustentado por las 32 reuniones de intercambio con 30 madres en Río Seco y Chocas (véase Capítulo 1 [Suremain]) en la etapa de intervención del Proyecto. Además, toma en cuenta los resultados de las entrevistas detalladas a siete enfermeras y técnicas responsables del programa CRED (seis en Carabayllo y una en Independencia).

mento de control de los Programas CRED. Pretende sacar a la luz las interpretaciones que la demanda y la oferta han ido construyendo frente al satisfactor en los encuentros entre estos dos actores (poblaciones y personal de salud). Finalmente, intenta analizar en qué medida el instrumento es apropiado desde el punto de vista técnico científico y en qué medida la transformación de la representación original del CSI ha acercado o alejado la oferta de la demanda.

Comenzaremos con una breve presentación de los supuestos teóricos subyacentes en la dinámica de las relaciones sociales respecto a las necesidades de salud y su satisfacción. Luego analizaremos el instrumento desde el punto de vista técnico científico. Mas adelante describiremos las actitudes e interpretaciones que, en la práctica, la oferta y la demanda han ido creando con el CSI como satisfactor, revelando las tensiones, sus razones y hasta qué punto estas tensiones condicionan o determinan el acercamiento entre las partes. Se espera que este análisis contribuya a sugerir nuevos enfoques de acercamiento y nuevas prácticas.

2. Dinámica de las relaciones sociales entre oferta y demanda en salud: tensión entre definición de necesidades y elaboración de satisfactores

Una aproximación a la noción de mercado nos puede llevar a pensar que las necesidades se satisfacen en la simple interacción entre oferta y demanda. No obstante, es importante volver a preguntas obvias para empezar a analizar la dinámica de esta interacción: ¿será que la demanda sabe qué demandar?, ¿será que la oferta sabe qué ofertar? Estas dos preguntas tienen que ver con la cuestión más fundamental de cómo sabemos lo que sabemos y por qué lo hacemos así. Las respuestas nos llevan a comprender que cualquier interacción entre la oferta y la demanda constituye un proceso complejo en el que intervienen no solamente la ciencia y la técnica, sino además dos dimensiones

que generalmente tienen dificultad de ser incorporadas en el análisis: la política y la dimensión ideológico cultural.

Tomando en cuenta estas dos últimas dimensiones, la dinámica de la relación oferta / demanda se convierte en una transacción política y simbólica que otorga roles activos a los actores en juego (población y personal de salud) para la interpretación de necesidades y la elaboración de satisfactores. Este enfoque plantea el reto de transformar la visión de una relación mecánica entre los elementos básicos de una interacción puramente mercantil (oferta, demanda, necesidad y satisfactores) en otra más compleja que explicita los condicionamientos y determinantes de estos elementos y su naturaleza dinámica.

Los elementos básicos de una relación de mercado son los siguientes: (i) oferta; (ii) demanda; (iii) necesidad; y (iv) satisfactor.

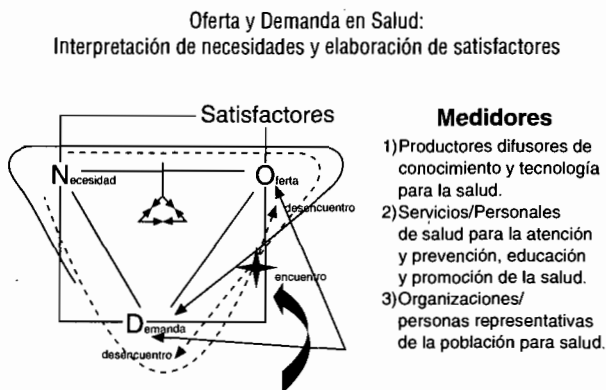
La oferta proporciona satisfactores a la demanda para responder a su pedido de satisfacer necesidades. Sin embargo, debemos preguntarnos lo siguiente: ¿cada elemento tiene el mismo peso en esta relación?, ¿los elementos o factores tienen la misma naturaleza? La respuesta nos lleva a diferenciar dos tipos de elementos: (i) los que tienen que ver con individuos y grupos (oferta y demanda); y (ii) los que tienen que ver con la reproducción de esos individuos y grupos, y con los medios con los que lo logran. A su vez, la relación entre ambos tipos de elementos puede estar mediatizada por la noción específica de necesidad y de satisfactor que tiene cada parte. Frente a una necesidad y su correspondiente satisfactor, tanto la oferta como la demanda pueden tener interpretaciones, propósitos, aplicaciones y usos diferenciados, lo que hace que los actores tengan actitudes distintas frente a la misma necesidad.

En el campo de la salud, se debe considerar un tercer factor/actor entre la oferta y la demanda. Se trata de los grupos especializados en promover el desarrollo en los diferentes ámbitos: local, regional, nacional e internacional, encargados, por ejemplo, de la producción de servicios y del desarrollo de tecnologías en salud. Por lo tanto, debemos considerar tres grupos de actores que hacen de mediadores: (i) los product-

res y difusores de conocimientos y tecnología para la salud; (ii) el personal de salud encargado de la atención, prevención, educación y promoción de la salud; y (iii) las organizaciones involucradas en la salud a nivel de las poblaciones. Estos tres mediadores juegan un rol importante en la interpretación de necesidades, en la producción y en la implementación de satisfactores, por lo que es imprescindible efectuar un análisis explícito de las transacciones que tienen lugar entre ellos.

Podemos diferenciar dos tipos de dinámicas (véase Gráfico 1) entre estos mediadores: una representada por una flecha continua que va desde el "Mediador 3" (población organizada) hasta la "Demanda" y otra por dos flechas punteadas que van desde la "Necesidad" hasta la "Demanda", por un lado, y hasta la "Oferta", por el otro.

Gráfico 1: Oferta y demanda en salud. Interpretación de necesidades y elaboración de satisfactores



La primera dinámica establece que en la mayoría de los casos, las poblaciones organizadas son incluidas en la interpretación de necesidades y en la elaboración de satisfactores, pero en función de las lecturas que los mediadores 1 y 2 hacen de la situación. Los representantes de las organizaciones sociales adoptan

enfoques, posturas y satisfactores que reflejan la percepción de los representantes del sector salud para satisfacer la necesidad de salud de la demanda. La segunda flecha representa la naturaleza interpretativa, independiente tanto de la oferta como de la demanda, y puede haber coincidencia en la interpretación o no. Por tanto, puede haber un encuentro efectivo, o no, entre la oferta y la demanda. Aun en el caso de un encuentro, éste puede ser considerado como un no-encuentro si el satisfactor es utilizado con fines o propósitos diferentes por ambas partes, como se verá más adelante en el caso del CSI.

Entonces, tenemos que indagar: ¿cuál es el rol del aparato médico sanitario cuyo contenido toma forma en un programa de salud específico?, ¿qué actividades e instrumentos tiene?, ¿es la participación el único rol que la población meta de un programa de salud particular ha de jugar?, ¿cómo participa?, ¿en qué participa?, ¿bajo qué términos se da el encuentro?, ¿quiénes están involucrados directa e indirectamente?, ¿cómo se interpreta la necesidad?, ¿la necesidad de quién?, ¿cómo se procesa la necesidad?, ¿quién elabora el satisfactor?

3. El CSI y sus dificultades desde el punto de vista técnico científico

La expresión gráfica de la curva de crecimiento con los indicadores de peso y talla de acuerdo a la edad, obedece a una necesidad identificada principalmente en términos técnicos y epidemiológicos, de la misma manera que la discapacidad ajustada en años de vida (DALY)⁵ pretende evaluar la impor-

5 DALY (*Disability Adjusted Life Years*-Años de Vida Ajustados por Discapacidad) es el método ideado por los economistas para calcular la relación "costo/utilidad" de la situación de incapacidad de las intervenciones en salud. Demuestra la importancia o no de intervención de los organismos del Estado con relación a las diferentes situaciones de incapacidad de los actores. El cálculo se hace valorando los años de vida productiva que se pierden por esa incapacidad.

tancia de una enfermedad en salud pública. Pero, ¿la identificación de una necesidad era suficiente para "disparar" una actividad de monitoreo del crecimiento?

En realidad, un sinnúmero de observaciones ha dado lugar al establecimiento de esta actividad.

Primero, la malnutrición fue y aún sigue siendo predominante en muchos países. Al mismo tiempo, quedó claramente establecido que el riesgo de muerte aumenta en una relación casi lineal con el grado de severidad de la malnutrición. Se pensó, además, que niños mal nutridos desarrollarían irrevocablemente formas severas de malnutrición. Consecuentemente, la detección temprana de una mala alimentación podría proteger a los niños de morir y facilitar el manejo de esos casos.

Es un hecho que los niños mal nutridos tienen un mayor riesgo de morir, pero se deben hacer algunas anotaciones sobre este punto:

- La muerte temprana ocurre raras veces; por lo tanto, la probabilidad de que un niño con malnutrición muera es muy baja;
- Muchos niños con una malnutrición leve o moderada pueden recuperar y no desarrollar nunca formas severas;
- El peso presenta fluctuaciones en forma de olas, lo que significa que una disminución es a menudo y rápidamente seguida por un aumento; por lo tanto, la pérdida de peso es un indicador muy poco sensible para detectar a los niños que están en camino de convertirse en mal nutridos.

Todo esto nos lleva a concluir que muchos niños identificados en situación de riesgo no tienen en realidad un alto riesgo de muerte. Por consiguiente, el monitoreo del crecimiento no es un buen instrumento para disminuir este riesgo.

Asimismo, una necesidad identificada debería traducirse en una oferta de servicios, en este caso en una oferta de actividades de monitoreo del crecimiento. Sin embargo, este hecho

no necesariamente debe conducir a la implementación de un programa. También debería existir o crearse una demanda. En el caso del monitoreo del crecimiento, se perciben problemas en dos niveles:

- Los padres tienen una demanda, pero ésta no coincide con la oferta; la manera en que los padres evalúan el crecimiento y el desarrollo de sus hijos no coincide con la que emplean los proveedores de la salud; para estos últimos, el crecimiento es el trazado de una curva, mientras que para los padres es más bien una evaluación más integral y comprensiva (véanse Capítulos 4 [Rubín de Celis & Pecho *et al.*] y 5 [Suremain]);
- Los trabajadores de la salud consideran esta actividad como un acto técnico y no como un acto para crear una demanda.

4. La historia del CSI desde el punto de vista de las relaciones sociales

Para los organismos internacionales y nacionales, el monitoreo periódico de las dimensiones de crecimiento y desarrollo de los niños se convierte en una de las preocupaciones y tareas de los servicios de salud. Con esta convicción, la OMS (Organización Mundial de la Salud) adoptó y estimuló la utilización de una ficha sencilla que inicialmente fue creada por Morley a partir de sus experiencias en África⁶.

6 En 1968, Morley crea este instrumento para uso de los responsables del niño. Sus transformaciones condujeron al mismo autor a adoptar una actitud crítica frente a las ventajas y posibilidades de su uso por las madres, especialmente aquellas que, siendo iletradas, no tienen posibilidades de interpretar las múltiples líneas y colores de la curva de crecimiento. Desde entonces, Morley & Elmore-Meegan (2002) presentaron un nuevo instrumento que sólo toma en cuenta la curva construida por la madre y no así el peso en kilos con relación a la edad y talla del niño.

A la ficha original, que sólo tomaba en cuenta los parámetros peso y edad, se añadió el parámetro talla/edad para poder detectar la desnutrición crónica. Esta ficha, ya más compleja, fue adaptada por UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) y utilizada en Perú desde la década del 70. En la década del 90 fueron incluyéndose los criterios de desarrollo, alimentación y vacunas, lo que hizo que el manejo del CSI por los responsables del niño fuera aún más complejo. Anteriormente existía un Carnet sólo para vacunas que se entregaba a la madre para que supiera en qué fecha debía volver a vacunar a su hijo. La integración de esta tarjeta de vacunas y de los aspectos de alimentación y desarrollo en el CSI lo convirtieron en un instrumento pedagógico del personal de salud para la educación de la madre, además de permitirle el monitoreo del crecimiento y detectar el estado de malnutrición del niño.

El CSI se constituye así en "*un buen método para elevar al máximo el nivel de salud del niño*" (Gilman ed: 1994: 20 y Capítulo 10 [Pecho & Rubín de Celis *et al.*]). Para los servicios de salud, el CSI representa el instrumento adecuado para realizar con efectividad el monitoreo del crecimiento, detectar precozmente cualquier anormalidad en el crecimiento del niño (peso/talla), registrar los avances en las dimensiones de su desarrollo y tomar las medidas de protección que el niño debe recibir de acuerdo a su edad.

Por la sencillez de su formato, el uso de los colores y de sencillos dibujos para la estimulación psicomotriz o del lenguaje, pareciera que la intención seguía siendo la que propuso Morley con su ficha original: fomentar la participación permanente de los responsables en la observación, vigilancia y acción en las etapas del crecimiento y desarrollo de sus hijos. En este sentido, el CSI representaría un intento de dar cierta racionalidad orientadora a la habitual tarea de los responsables. Podríamos decir que el interés primordial seguía siendo que, a través del CSI, madres y cuidadores de cualquier idioma, aún siendo iletrados, pudieran realizar la vigilancia del estado del

niño y al mismo tiempo estimular las habilidades correspondientes a su edad.

Su sencillez también convierte el CSI en un instrumento de fácil manejo para la tarea del monitoreo y control por parte del personal de salud: *"Esta ficha es un instrumento sencillo, práctico y de bajo costo que puede ser utilizado por el personal de salud de todos los niveles"* (Gilman ed. 1994: 24).

A nuestro entender, la creación y divulgación de este instrumento de monitoreo y vigilancia adquiere dos funciones:

- Permitir la ampliación de la cobertura de registro de los niños incluidos en un programa de salud; detectar precozmente las anomalías en el crecimiento y desarrollo y, a nivel de la organización central del sistema de salud, elaborar diagnósticos periódicos útiles para los planes y políticas nacionales en materia de salud infantil;
- Lograr la ampliación y profundización del conocimiento de la madre y de los cuidadores acerca de las dimensiones del crecimiento y desarrollo de los niños y hacer su función de vigilantes y estimuladores más eficaz.

Diversas expresiones de estas funciones se encuentran en las definiciones que enfermeras responsables del CRED dan del CSI:

El Carnet de desarrollo y crecimiento constituye un resumen de la historia clínica de cada niño; sirve de motivación para que la madre se interese en el desarrollo de su niño; facilita las acciones educativas sobre estimulación psicomotriz, lenguaje y cognitivo.

5. Transformación de las funciones del CSI en la práctica

5.1 La oferta

Los programas de cuidado de la salud infantil han ocupado un lugar importante, especialmente en los países en vías de desarrollo. En la práctica de más de 20 años, el programa de

salud infantil a nivel mundial ha estandarizado la forma de ejecutarlo. En este sentido, el monitoreo del crecimiento del niño casi siempre ha consistido en la programación de las siguientes actividades (Garner & Pampanich *et al.* 2000):

- Controles periódicos de peso/talla de los niños menores de cinco años;
- Registro de la información en el CSI que permite una visualización clara de los casos anormales;
- Tratamiento de los casos de anormalidad, especialmente de desnutrición, con programas de alimentación complementaria (cuando existe un financiamiento específico para esta actividad);
- Capacitación de la madre o los cuidadores en las normas estandarizadas para el cuidado de los niños y en el conocimiento del CSI como “ayuda memoria” de lo que deben observar y estimular.

Últimamente, siguiendo el enfoque de “salud integral” en algunos países, se añade la factibilidad de derivar a otros programas o especialidades al niño que presente síntomas o signos de otros trastornos de salud (Garner & Pampanich *et al.* 2000: 197).

5.2 Transformaciones y tensiones en las funciones

En el largo periodo de implementación de los programas de crecimiento y desarrollo, el personal de salud empezó a ver el CSI como un inmejorable instrumento que les permitía visualizar fácilmente el estado de salud del niño y pasar los datos al formato de registro de consolidación general, el cual debía ser enviado a los niveles superiores de la organización del sistema. Es decir, para el personal de salud, el CSI cumplía la función instrumental de “borrador” del diagnóstico de la situación de salud de los menores de cinco años en los aspectos de crecimiento y desarrollo.

Con la reforma del sector salud, esta instrumentalización para fines de registro de la situación de salud también ayudaba al personal a mostrar y justificar su propia producción, convirtiéndose así en un elemento de control del trabajo realizado o de la cobertura obtenida⁷. Pareciera que para los niveles de gerencia empieza a ser más importante constatar la cantidad de trabajo realizado que comprobar los resultados de las actividades a nivel de la salud de la población infantil. De esta manera, a las funciones señaladas en párrafos anteriores, se añadiría la función de control del trabajo del personal de los servicios por parte de los niveles de gestión y gerencia.

Así, el objetivo de utilización del CSI, la vigilancia individual por parte de cada responsable (prioridad que le daba Morley), comienza a ser subestimada por el personal de los servicios de salud. Para fomentar esta función de vigilancia participativa, el personal de salud debería haber adoptado un rol de orientación, información y estímulo constante para que los responsables asuman y hagan suyo el control del crecimiento y desarrollo de sus hijos en el hogar (véase Capítulo 7 [Lefèvre & Hoérée *et al.*]).

Actualmente, según la descripción que el personal encargado del CRED hace de su labor, el CSI ha dejado de ser importante para el control estadístico del estado de salud de los niños. Para ello, tienen ahora la "historia clínica" con los registros por actividad de cada control y con los resultados de las aplicaciones del TEPSI y el EEDP⁸. En este sentido, los datos que registran en el

7 La reforma del sector salud en los años 1990-2000 se caracterizó por planificar y organizar las acciones bajo criterios económicos que tienen que tomar en cuenta las reglas de juego del mercado (Ugarte Ubilluz & Monje 1998; Rubín de Celis 2001; Capítulo 2 [Pecho & Rubín de Celis]).

8 El TEPSI (Test de Desarrollo Psicomotor) elaborado por Haeussler y Marchant (1986), es un test psicológico que revisa el desarrollo de menores de dos a cinco años en tres áreas: coordinación, lenguaje y motricidad, mediante la observación de la conducta del niño frente a situaciones propuestas por el examinador. Es una evaluación global que permite conocer el nivel de rendimiento en cuanto a desarrollo psicomotor de los niños con relación a una norma estadística establecida según el grupo de edad. La EEDP (Escala de Evaluación del Desarrollo

CSI duplican su trabajo⁹. En resumen, el CSI ya no les sirve para ninguna de las funciones descritas anteriormente.

Con relación a su función educativa, si analizamos lo que en general saben las madres e indagamos sobre lo que les explicaron en los servicios, podemos concluir que las actividades educativas han dado prioridad a charlas sobre: (i) los aspectos del crecimiento y desarrollo de los niños; (ii) las conductas apropiadas de crianza; y (iii) la lactancia exclusiva hasta determinada edad y la dieta balanceada estandarizada (pocas veces adaptada a los recursos alimenticios y económicos locales). Los programas educativos no han incidido en que los responsables descubran en el CSI un instrumento de conocimiento y de "ayuda memoria" de los aspectos que deben observar y estimular durante el crecimiento y desarrollo de sus hijos.

Consiguientemente, en la interacción entre el personal de salud encargado del Programa CRED y los responsables, el CSI permite:

- Garantizar que el responsable lleve al niño a la siguiente vacunación¹⁰;
- Ejercer un rol de autoridad frente a la madre cuando el peso/talla del niño no corresponde al estándar definido para su edad¹¹.

Psicomotor), elaborada por Rodríguez, Arancibia y Undurraga en 1974, es una escala de evaluación del desarrollo psicomotor de 0 a 24 meses. El primer instrumento es aplicado por las enfermeras del programa CRED, mientras que el segundo es aplicado por una técnica del mismo programa.

- 9 Esta es la razón que explica que algunas madres señalen que son ellas las que, en ocasiones, tienen que exigir a las enfermeras que les anoten en el CSI el resultado de la medición del peso y la talla del niño.
- 10 No se recibe al niño si no lleva el CSI o se obliga a la madre a pagar el valor del duplicado si lo ha perdido.
- 11 La mayoría de las enfermeras y técnicas entrevistadas señalan que por falta de tiempo dan prioridad al trabajo educativo solamente con los responsables cuyos niños tienen un bajo peso y que a los otros les felicitan y los estimulan a no abandonar el control mensual.

De estas nuevas funciones, podemos deducir que el CSI ha adquirido el valor de un instrumento de poder del personal de salud sobre la demanda. Para garantizar el regreso de los responsables al servicio de salud y con ello la ampliación de la cobertura en el rubro de vacunaciones, el Programa a nivel central ha logrado, en convenio con el Ministerio de Educación, que los padres no puedan matricular a sus hijos en los "Programas Nacionales de Educación Inicial" (PRONEI)¹² si no presentan el CSI que muestre que el niño ha cumplido todas sus vacunas. No es extraño que los responsables denominen al CSI "*Carnet de vacunas*", ni que haya aumentado el número de padres que lo guarden cuidadosamente, aunque no lo usen para los fines para los que fue creado. La encargada del CRED en Independencia explica:

Antes, cerca del 80% de las madres perdían o estropeaban el CSI; ahora ya no... Lo tienen bien forradito y lo guardan porque saben que si no, no las vamos a atender o sus hijos no van a poder ir al PRONEI!

5.3 Los mediadores (recursos poblacionales organizados)

En muchos países, entre ellos el Perú, el CRED ha hecho serios intentos para lograr la participación de la población a través de la formación de "promotoras de salud".

Estas promotoras cumplen la labor de motivar y convocar a las madres de familia para las actividades de medición de peso y talla¹³. En algunos casos deben realizar tareas de segui-

12 Estos Programas Nacionales de Educación Inicial reciben a los niños a partir de los dos años y están diseñados especialmente para permitir que, a través del juego, canciones, etc., el niño desarrolle sus habilidades de psicomotricidad, del lenguaje y la primera socialización, que les facilitan las competencias necesarias para poder ingresar en el sistema regular de educación a los seis años.

13 Las promotoras son elegidas directamente por el Ministerio de Salud (MINSA) o por las Organizaciones de Base y son capacitadas por el Ministerio. Se convierten en recursos valiosísimos para convocar, dar

miento de las madres que dejaron de asistir a algunos de los controles, con el fin de convencerlas de que asistan al siguiente.

En los lugares más alejados de los servicios, las promotoras llegan a ser las responsables del registro del peso y de la talla del niño en el CSI (manejando dos CSI por niño: uno para los servicios y otro para los responsables) y de la distribución de los alimentos para los casos de desnutrición.

Muchas de estas promotoras son también madres de familia; sin embargo, su decisión de asumir este trabajo no responde a un interés de mejorar su propia forma de vigilar y estimular el crecimiento y desarrollo de sus hijos gracias a la apropiación de los nuevos conocimientos que le aporta su formación como promotora en los servicios. Su interés principal parece ser el desempeño de una función especial en su comunidad, cumpliendo con el rol que le ha asignado el servicio de salud en el CRED. Este rol se puede resumir como: *"(...) apoyo a las funciones del personal de los servicios de salud en el Programa de Crecimiento y Desarrollo"*.

La profundización de sus conocimientos y la experiencia de un trato directo con el personal de salud –además de la obtención de algunos privilegios– han logrado que la mayoría de estas promotoras (especialmente las antiguas o aquellas que actúan individualmente) vayan identificándose más con los intereses de los servicios que con los de la comunidad. Esta distancia se expresa cuando hablan de las madres. Por ejemplo:

Hemos [ellas y el personal de salud] cumplido con invitar a las madres, pero ellas no acuden...; Hay falta de sensibilidad de los padres; Ellas [madres y cuidadores] no quieren cambiar (Reunión de promotoras de CRED en el Centro de Salud Progreso-Carabayllo, Noviembre 2001).

seguimiento y difundir los mensajes del MINSA. Para el personal de salud es cada vez más difícil realizar las actividades extra-murales de los servicios, debido a las exigencias de productividad en la atención de consultas y a la falta de financiamiento para el pago de vehículos o viáticos para este tipo de trabajos: Ugalde (1985) y Menéndez (1995) hicieron una crítica exhaustiva a este tipo de "participación comunitaria".

Incluso algunas utilizan las mismas frases usadas por el personal, como por ejemplo: *"Las madres son descuidadas"*; *"Ellas no saben cómo criar a sus hijos"*.

5.4 La demanda

Algunas madres conocen los colores de las curvas de peso/ edad y recuerdan que se les explicó cómo éstas muestran si su hijo está normal o *"bajo de peso"*. Algunas aprendieron, por experiencia, que si su hijo tenía un bajo peso, podían recibir una porción de alimentos, aunque también debían soportar las acusaciones de ser *"madres descuidadas"* o *"culpables"*. La mayoría de ellas se enteraron de que si no llevaban el CSI al próximo monitoreo o a una consulta por enfermedad, no iban a recibir atención. Así se acostumbraron a guardarlo convenientemente. Pero nunca o excepcionalmente aprendieron a percibir el CSI como un instrumento de su propia observación en el cuidado diario de sus hijos.

Mientras el Programa incluía todavía la ayuda complementaria para los niños desnutridos, los responsables tenían un incentivo para responder a la convocatoria y llevar al niño al control. Cuando el Programa ya no incluía esta posibilidad, el interés por la asistencia al control disminuyó. Entonces el personal del servicio casi siempre enfatizaba en el diálogo y en las medidas que podrían recaer sobre el niño si no conservaba y presentaba el CSI en sus contactos con los servicios, no sólo cuando necesitaba el servicio para una atención recuperativa, sino que incluso eso sería un impedimento para poderlo matricular en los establecimientos de educación preescolar.

De esta manera, se resaltan las funciones de control y monitoreo del personal del servicio frente a las de la vigilancia participativa. El CSI se transforma en un instrumento de accesibilidad a los servicios de salud.

La recepción de la alimentación complementaria y el aprendizaje de lo que indicaban los colores de la curva de crecimiento, ha sido tan importante para la madre o cuidadora de escasos

récursos económicos que, según registros de casos de una intervención educativa experimental en el Perú¹⁴, algunos grupos de madres exigieron a su promotor mantener los registros en el color que les permitiera seguir recibiendo los alimentos aunque sus hijos ya habían sobrepasado la línea de desnutrición.

6. Las tensiones

Como consecuencia de la reforma del sector salud, las exigencias de control de la producción y productividad han iniciado y consolidado una tensión entre los objetivos del CSI para el personal de los servicios, por un lado, y la población, por el otro.

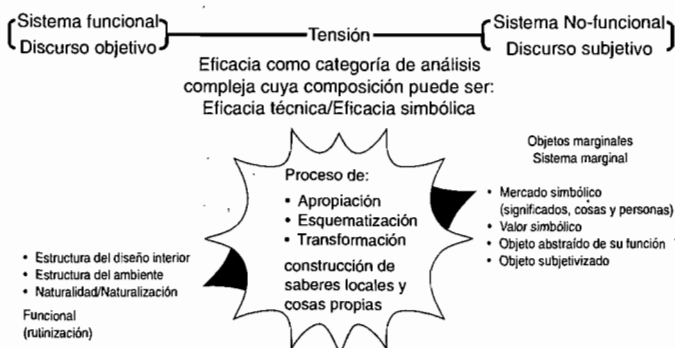
Desde la reforma del sector, la atención de la salud es explícitamente considerada como una actividad productiva. Las reglas de juego de las relaciones entre el Estado como empleador y el personal de los servicios de salud pasa por todos los principios que rigen la producción dentro del mercado, incluyendo la evaluación del personal según los criterios de productividad, de captación de clientes y de generación de demanda.

La preocupación del personal de salud para que los responsables conserven bien el CSI y para garantizar la captación de nuevos responsables que asistan al control de sus hijos, subordina los esfuerzos que debe hacer para que los responsables controlen ellos mismos las distintas dimensiones del crecimiento y desarrollo (véase Capítulo 4 [Rubín de Celis & Pecho *et al.*]). Pareciera que estamos asistiendo a una transformación de objetivos y finalidades del CSI tal y como Morley lo concibió. De un instrumento funcional para la participación colectiva, se convierte en un instrumento funcional del control de la producción y productividad para la gerencia de los servicios de salud.

14 Situación encontrada por el programa de Caritas-Perú en la zona de Cajamarca (1986).

El CSI representa un elemento del sistema funcional del Programa de crecimiento y desarrollo (véase Acápite 1). Este elemento funcional en los espacios concretos de los establecimientos empieza a tener tensiones con las exigencias de la reforma (véase Gráfico 2). El CSI pierde su eficacia para los objetivos originalmente diseñados y gana eficacia como instrumento de argumentación de productividad del personal. De esta manera, el CSI se convierte en un elemento administrativo de un sistema no funcional.

Gráfica 2: De instrumento funcional a instrumento "simbólico"



Por el lado de la demanda, se produce la misma tensión (véase Gráfico 2). El CSI, que era un instrumento funcional para la vigilancia, acompañado de su discurso de objetividad respectivo, pierde eficacia, transformándose en un instrumento "simbólico" de acceso y transacción con los servicios de salud.

7. La evaluación

Las primeras evaluaciones del Programa CRED a nivel nacional mostraron los aspectos positivos de la estrategia, traducida en una mayor cobertura de atención, el mejoramiento de los niveles de nutrición y el parcial involucramiento de la po-

blación a través de los promotores de salud. No obstante, los resultados de investigaciones experimentales específicas, llevadas a cabo por el Banco Mundial y por la OMS, hacen dudar de la efectividad de la estrategia propuesta. Entre grupos que han sido periódicamente monitoreados y otros que no, el estado nutricional de los niños es parecido. De igual manera, la comparación de programas de monitoreo del crecimiento y desarrollo para niños que tenían un CSI estandarizado, con otros sin CSI estandarizado, muestra una escasa diferencia en lo que se refiere al conocimiento de los responsables respecto a la nutrición (Garner & Pampanich *et al.* 2000).

Otras evaluaciones recientes plantean una crítica muy seria al diseño mismo del CSI, señalando que puede provocar preocupaciones equivocadas en los responsables puesto que no toma en cuenta las particularidades del crecimiento del niño a partir de las diferencias de peso al nacer. Los responsables pueden preocuparse de que sus hijos no lleguen al color óptimo, cuando en realidad están creciendo adecuadamente si se considera que nacieron con un peso inferior al normal.

Por último, se han realizado estudios para medir los conocimientos, la capacidad de comprensión y la agudeza de las observaciones de las madres sobre el crecimiento y el desarrollo mediante la técnica de "caso control" en un grupo que conocía y utilizaba el CSI y el otro no. Desde el punto de vista estadístico, los resultados no han sido muy diferentes.

Si bien ninguno de los estudios de evaluación mencionados ha sido considerado concluyente, la confianza en los aspectos positivos y las ventajas del CSI se ha debilitado considerablemente. Mientras algunos piensan que es necesario crear otro instrumento que sirva a los profesionales para una observación y un registro adecuado de la salud integral del niño, señalando de esta manera que la participación de la madre y de los cuidadores no es importante, otros intentan enfatizar la participación de madres y cuidadores a través de la elaboración de un nuevo instrumento que reemplace al actual CSI. Dentro de este segundo grupo habría que incluir al mismo Morley

(Morley & Elmore-Meegan 2002) quien tiende a simplificar el instrumento de medición del crecimiento de los menores para que las madres puedan controlarlo. Es también el interés de otros grupos que consideran indispensable enfatizar las actividades de educación en salud con otros instrumentos pedagógicos que tomen en cuenta las especificidades de las condiciones de vida y de cultura de la población (manuales ilustrados, rota folios, juegos etc.). Esos instrumentos serían construidos por los mismos grupos de madres y cuidadores. No tendrían carácter de aplicación universal salvo como enfoque conceptual y metodológico.

8. Nuestro punto de vista

Nuestra experiencia en el Proyecto (véase Capítulo 10 [Pecho & Rubín de Celis *et al.*]) nos lleva a compartir las dudas que tienen los evaluadores, no sólo sobre el actual CSI en sí, sino sobre su manejo por parte de los profesionales de la salud, considerando que es casi imposible evaluar su validez.

En primer lugar, el crecimiento y desarrollo del niño está condicionado por diferentes factores y no sólo por el conocimiento de los responsables ni por la capacidad que tenga la madre de llevar a la práctica esos conocimientos.

En segundo lugar, pensamos que la participación de los responsables no ha sido un interés prioritario de la política del Programa ni del personal de los servicios, sino que han concedido prioridad al CSI como instrumento de control y de registro.

En tercer lugar, las evaluaciones realizadas sólo tratan de medir los resultados a nivel de las dimensiones del crecimiento y desarrollo (situación de desnutrición, cobertura de vacunación, etapas de desarrollo psicomotor, de lenguaje, etc.). No miden el proceso de implementación del Programa. No permiten descubrir la distancia o cercanía de las propuestas del CSI con la percepción de los responsables, ni las posibilidades que tienen los actores, situados dentro de un complejo contexto, para seguir y cumplir las propuestas del CSI.

En este sentido, cualquier tipo de CSI que corrija únicamente los defectos técnicos o que ilustre de manera simplificada lo que la ciencia médica considera apropiado para el crecimiento y desarrollo del niño, tendrá los mismos limitantes que el presente CSI. Es decir, no toma en cuenta las especificidades del contexto ambiental, económico, social y cultural en el que se quiera aplicar y, por tanto, limitará la factibilidad de su uso. Tendrá el riesgo de que se transforme nuevamente de satisfactor de la necesidad de la demanda para bien cuidar al niño, en satisfactor de la necesidad de la oferta de mantener el control sobre la demanda.

9. Conclusión: nuestra propuesta

Sugerimos que se intenten experiencias de trabajo reflexivo con los responsables, tomando en cuenta los conocimientos y destrezas ya existentes, así como los condicionantes en los que viven, para tener un juicio más realista y cercano del CSI. Proponemos recuperar de ese modo la finalidad de la vigilancia participativa por parte de las mismas madres y no por los servicios o los promotores, considerados como intermediarios de los servicios. La participación de las promotoras se debe rescatar a partir de su cualidad de madres y de representante de sus intereses, y no a partir de su rol de apoyo a los servicios.

La etapa de intervención del Proyecto (véase Capítulo 10 [Pecho & Rubín de Celis *et al.*]) nos dio la oportunidad de poner a prueba un intento de impulsar la participación, en un estudio experimental, de los responsables, en un ensayo de utilización del actual CSI como instrumento de estudio y observación cotidiana de sus hijos. El objetivo fue someter los elementos del CSI a la reflexión crítica, a fin de determinar qué aspectos se deberían mantener y qué otros no son factibles en las condiciones del contexto específico en que viven. También se han tomado en cuenta las orientaciones o valores difíciles de modificar o cuya modificación requiere de intervenciones

en otras dimensiones, dentro de un proceso más largo, intersectorial e interdisciplinario. Además, se trató de determinar, a partir de la reflexión colectiva, las modificaciones a ser incluidas en este instrumento guía, incluyendo estrategias y tácticas propias que puedan facilitar los objetivos del crecimiento y desarrollo¹⁵. El ensayo permitió que los responsables visualizaran los cambios potencialmente favorables que se están realizando en el crecimiento y desarrollo de sus hijos.

Referencias bibliográficas

- GARNER, P. & PANPANICH, R. & LOGAN, S.
2000 "Is routine growth monitoring effective? A systematic review of trials", *Archives of Disease in Childhood* 197-201.
- GILMAN, B.J. (ed.)
1994 *Crecimiento y Desarrollo*. Lima: Bronco's Graphic S.R. Ltd.
- HAEUSSLER, M. & MARCHANT, T.
1986 *El 'TEPSI'. Test psicológico que mide desarrollo psíquico de menores de 2 a 5 años en tres áreas: coordinación, lenguaje y motricidad, mediante la observación de la conducta del niño frente a situaciones propuestas por el examinador*. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- MENÉNDEZ, L.E.
1995 "Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social", *Cuadernos Médicos Sociales* 73: 5-22.
- MORLEY, D. & ELMORE-MEEGAN, M.
2002 "Let's move growth monitoring out of limbo". En: *Promoting growth and development of under fives* (Kolsteren, P. & Hoerée, T. & Perez-Cueto, E. ed.): 253-259. Antwerp: ITGPress.

15 En la etapa de investigación del Proyecto, una de las conclusiones de los grupos focales fue que el actual CSI les decía qué debía saber o hacer el niño según la edad, pero no qué o cómo la madre o los cuidadores podían conseguir que el niño sepa o haga lo que sugería el CSI.

MAX NEEF, M. & ELIZALDE, A. & HOPENHAYN, M.

1986 *Desarrollo a escala humana*. Estocolmo: Edición Cepaur/Fundación Daghammerkjöld.

RUBÍN de CELIS, E.

2001 "La Reforma del sector salud en el Perú ¿Probabilidades de cambio?", ponencia en el Seminario organizado por CEBEMO, Lima, doc. mimeo.

UGALDE, A.

1985 "Ideological dimensions of community participation in Latin American health programs", *Social Science & Medicine* 21(81): 41-52.

UGARTE UBILLUZ, O. & MONJE, J.A.

1998 "Equidad y Reforma en el Sector Salud", ponencia en el Seminario 'Pobreza y políticas sociales', Red de Ciencias Sociales, Lima, doc. mimeo.

Percepción y uso del Carnet de Salud Infantil entre las madres de niños menores de cinco años en Bolivia

Pierre Lefèvre, Tom Hoérée, Edgar Sejas & Charles-Édouard de Suremain

1. Introducción

Los servicios de salud pública y las Organizaciones No Gubernamentales han invertido muchos esfuerzos en las actividades de promoción del seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño, especialmente a través del uso del Carnet de Salud Infantil (CSI). Generalmente, este CSI contiene una curva de crecimiento que indica el peso según la edad e incluye las curvas de referencia del estándar NCHS¹; una sección destinada a dar seguimiento al registro de las vacunas y, cada vez más, a las principales etapas del desarrollo psicomotor del niño (lenguaje, juegos, movilidad, posiciones y comportamientos sociales).

Además del seguimiento de la vacunación, el sentido de este CSI es que el uso de la curva de crecimiento debería facilitar la comunicación entre el personal de salud y los responsables del niño sobre su crecimiento y desarrollo, y sobre las con-

1 La distribución normal del peso y la talla por grupo de edad en una población bien alimentada y de buena salud fue establecida por el NCHS (*National Center for Health Statistics*-Centro Nacional de Estadísticas de Salud). Este estándar fue adoptado por la OMS (Organización Mundial de la Salud) como referencia internacional para evaluar el estado del crecimiento de las poblaciones infantiles.

secuencias que tiene un régimen alimenticio incorrecto o inadecuado para el niño. A través de programas de seguimiento del crecimiento, los servicios de salud también tienen por objetivo detectar de forma temprana la desnutrición infantil (WHO 1986; Nabarro & Chinnock 1988).

Sin embargo, en la literatura internacional se cuestiona regularmente la validez de la curva de crecimiento y su empleo (Dixon 1991; George & Latham *et al.* 1992; Garner & Panpanich *et al.* 2000; Gerein 1988). Las críticas son, por un lado, de tipo técnico (sensibilidad, valor de pronóstico) u operacional. Por otro lado, resulta que en muchos casos las madres no comprenden bien la curva de crecimiento, especialmente si no han tenido acceso a la educación (Grant & Stone 1986; Gerein & Ross 1991; Gopaldas & Christian *et al.* 1990).

En la medida en que la curva de crecimiento se mantiene en uso, surge la pregunta de cómo mejorar su eficacia y la aceptación por parte de la población. Recientemente, Morley & Elmore-Meegan (2002) han afirmado que, dado que las madres tienen dificultades a entender y usar el CSI, se deben elaborar nuevas herramientas. Sin embargo, aunque el analfabetismo es la explicación más frecuente de la escasa comprensión y utilización de la curva de crecimiento por parte de las madres, uno puede preguntarse si no existen otros factores que entran en juego. ¿Esta situación no estaría relacionada con cuestiones de apropiación y de interés? En otros términos, ¿las madres están realmente interesadas en dar seguimiento al crecimiento y al desarrollo de su(s) hijo(s) usando este instrumento específico?

Actualmente existe poca información sobre la percepción de esta herramienta por parte de los responsables de salud del niño, particularmente de las madres. Uno de los principales objetivos del proceso de investigación realizado en el Proyecto es contribuir a la aclaración de la pregunta si es necesario continuar las actividades de seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años, utilizando la curva de crecimiento como un soporte (véase Introducción General).

Para este fin, se ha realizado una investigación, con el propósito de estudiar las percepciones del CSI que tienen las madres en Bolivia. Esta investigación debía además proporcionar, a través de la apreciación del CSI por parte de las madres, datos complementarios sobre la percepción del crecimiento y del desarrollo del niño menor de cinco años².

Las principales preguntas de investigación respecto al CSI fueron las siguientes:

- ¿Qué piensan las madres del CSI? ¿Qué significa para ellas?
- ¿Entienden las madres los objetivos y la utilidad del CSI?
- ¿Utilizan las madres el CSI? ¿Lo utilizan en su totalidad o parcialmente? ¿Con qué objetivo(s)? ¿Cómo?
- ¿Se apropian las madres de esta herramienta y la utilizan de manera adecuada, es decir, como un instrumento para dar seguimiento al desarrollo y la salud de su(s) niño(s)? ¿Incita la curva de crecimiento a las madres a dar seguimiento al desarrollo de sus hijos?
- ¿Es el CSI un instrumento que facilita la comunicación y el diálogo entre el personal de salud y los responsables de la salud del niño?
- ¿Es el CSI un instrumento que facilita la comunicación y el diálogo entre las madres y sus maridos?
- ¿Qué modificaciones de forma y de contenido proponen las madres para mejorar el CSI?

En el transcurso del análisis, se pudo comprobar rápidamente que los datos recogidos permiten entender mejor la manera en la que el personal de salud usa el CSI, así como los significados que le atribuyen. Estos análisis están incluidos en este Capítulo y complementan las observaciones presentadas

2 Este Capítulo sólo trata de las percepciones del CSI. Por lo tanto, no se presentan datos respecto a la percepción del crecimiento y del desarrollo del niño. Éstas se exponen detalladamente en el Capítulo 5 [Surremain].

en los Capítulos 8 [Hoerée & Sejas *et al.*], 9 [Hoerée & Zambrana *et al.*] y 12 [Méjean & Maire *et al.*].

2. Metodología

Para realizar el presente estudio, se aplicó el método de grupos focales (Krueger 1988; Dawson & Manderson 1992; Lefèvre & de Suremain 2002). Un grupo focal es un espacio de debate abierto en grupo, entre personas especialmente seleccionadas, sobre un tema específico (focal) y guiado por un moderador formado para este tipo de ejercicio. Esta técnica se basa en los conceptos de “grupo social” y “dinámica de grupo”. Permite producir un gran número de informaciones cualitativas en un plazo relativamente corto y con recursos reducidos.

En mayo del año 2000, en las dos zonas de investigación del Proyecto, se organizó una serie de cuatro grupos focales³: dos en la zona urbana de Cochabamba (barrios de Chávez Rancho y de San Juan XXIII) y dos en la zona rural del Chapare (Puerto Aurora y el pueblo vecino de Puerto Cochabamba)⁴.

Las participantes eran madres de niños menores de cinco años. Los grupos eran relativamente homogéneos en cuanto a su origen socioeconómico. Sin embargo, hay que señalar que en la zona urbana, los dos grupos divergían respecto a su nivel de educación, teniendo las madres del grupo de San Juan XXIII un nivel educativo superior a las de Chávez Rancho.

La moderación de los grupos focales fue realizada por un miembro del equipo boliviano (Edgar Sejas). Siendo médico, y presentándose como tal, fue elegido por su dominio del quechua y sus cualidades como animador. Los grupos contaron

3 Sobre la localización precisa de estas dos zonas de estudio y sus características socioeconómicas y culturales generales, véase la Introducción General.

4 En el texto, FG1, FG2, FG3 y FG4, respectivamente.

con aproximadamente 15 participantes. Al inicio del debate se presentaron algunos ejemplares de la última versión del CSI, editado por el Ministerio de Salud, a las madres.

La guía de debate utilizada por los investigadores responsables del estudio fue la siguiente.

1. ¿Conoce usted esto? (Introducir el soporte)

2. ¿Tiene usted un CSI en casa?

¿Para cada uno de sus hijos?

¿Hasta qué edad se sirve de él?

¿Dónde guarda el CSI?

3. ¿En su opinión, a qué sirve el CSI?

4. ¿Le parece claro lo que aparece en el CSI? (Examinar las diferentes partes del material. Tratar de ver si las madres "entienden" los conceptos subyacentes del CSI. Examinar los significados)

5. ¿Usted usa a menudo el CSI? (Examinar las diferentes partes del material)

¿De qué manera se sirve de él?

¿Cuándo se sirve de él?

¿Lo usa también en casa/donde sus parientes/vecinos?

6. ¿Este CSI le es útil?

¿Cuándo?

¿Dónde?

7. ¿Este CSI ha modificado la manera en que usted se ocupa de la salud de su hijo?

¿Debería haber un CSI diferente para las niñas y los niños? ¿Por qué?

¿Es diferente el crecimiento de las niñas y de los niños?

¿Se pueden anotar los pesos de dos niños diferentes en una misma curva?

8. ¿El personal de salud le ha explicado para qué sirve el CSI?

¿En qué ocasión? (Primera visita, enfermedad, etc.)

9. ¿Alguna vez ya se ha olvidado del CSI al ir al Centro de Salud? ¿Qué ha pasado?

¿Usted ya ha perdido alguna vez el CSI? ¿Qué ha pasado?

10. ¿Habla usted del CSI con el personal de salud cuando lleva a su hijo al Centro de Salud? (La idea es saber si el CSI sirve como un instrumento de comunicación)

¿Usted utiliza el CSI en cada consulta?

¿En las consultas le piden el CSI?

¿El personal de salud mira más el CSI de las niñas o de los niños?

11. ¿Habla usted del CSI con el padre del niño?

¿Él mira el CSI?

¿Qué piensa él del CSI?

¿Hay cosas que le interesan más en el CSI?

¿Las comenta con usted?

¿Le interesa más el CSI cuando se trata de una niña o de un niño?

¿Existen puntos de acuerdo/desacuerdo entre usted y el padre del niño respecto al crecimiento del niño?

12. ¿Existen puntos de acuerdo/ desacuerdo entre usted y otras personas de su entorno (familia, vecinos) en relación con el crecimiento del niño?

13. ¿En su opinión, quién debe guardar el CSI?

¿Qué prefiere usted (en su casa/en el CS)?

14. ¿Qué propone usted para mejorar este CSI? (Revisar el tamaño/formato, los colores, los dibujos, tamaño del texto, etc.)

Los debates en grupo duraron entre una hora y una hora y media cada uno. El conjunto de los temas fue explorado sin que hubiera sido necesario plantear todas las preguntas nuevamente. Las sesiones de los cuatro grupos de debate fueron grabadas. La transcripción de las grabaciones en español y/o quechua y las traducciones al francés fueron realizadas en Cochabamba y en La Paz. Los dos primeros autores analizaron los datos en Anveres, con ayuda del programa QSR*NUD-

IST. Un análisis preliminar de los resultados fue enriquecido por los comentarios del equipo boliviano.

3. El CSI bajo la mira de las madres

3.1 Las madres y el CSI

3.1.1 Aspectos generales

Cuando se les presenta un ejemplar del CSI, la gran mayoría de las madres reconocen el soporte, al que llaman espontáneamente “*el Carnet de vacunas*” (y en una ocasión: “*el Carnet de los niños*”). Esto sucede también en caso de no tenerlo, sea porque recurren al sector privado, sea que poseen otro tipo de Carnet o que simplemente no lo han recibido. Por lo tanto, el documento no es identificado sistemáticamente como “el” CSI. Este aspecto debe ser relacionado con el análisis del uso efectivo del CSI, el mismo que indica que una de las utilidades percibidas por las madres e implementadas por el personal de salud, es justamente el control del cumplimiento de las vacunas (véanse Capítulos 8 [Hoerée & Sejas” *et al.*] y 9 [Hoerée & Zambrana *et al.*]):

Esto lo llaman las enfermeras como Carnet de vacunas, no lo conocemos con otro nombre [FG1]; Como Carnet de Salud Infantil no lo conocemos, como Carnet de vacunas sí lo conocemos [FG1]; Cuando vamos al médico a su control de mi niño, nos dicen ‘¿y su Carnet de vacunas?’; es así como nos piden; es el Carnet de vacunas [FG1]; Tengo [un CSI], le han dado cuando le han vacunado a mis hijos [FG4]; Aquí llevo las vacunas, para eso me han dado [FG3].

La mayoría de las madres poseen un CSI para su(s) hijo(s). Sin embargo, algunas no lo tienen. Los datos disponibles no siempre nos permiten entender las razones: “*Yo solo tengo del chiquitito nomás, y de los otros no tengo*” [FG4].

Las madres que frecuentan los servicios de salud que lo distribuyen, poseen un CSI para cada uno de su(s) hijo(s). En Puerto Aurora y Puerto Cochabamba, el enfermero guarda una serie de CSI (aunque no todos) hasta la edad de un año y medio: *"Solamente [el enfermero] nos ha anotado; no nos ha dado, no nos ha dado [FG4]; Tengo, pero no está en mi casa, el sanitario está agarrando de dos [niños]" [FG3].*

Finalmente, otras madres los han perdido: *"Sólo dos tengo, he hecho perder de tres de mis hijos" [FG3].*

Algunas mujeres también cambiaron de CSI, según las circunstancias, o recibieron otros. Según el lugar de consulta al que acuden con su(s) hijo(s) (médico particular, Caja Nacional de Seguro, Centros de Salud públicos), parece que reciben soportes diferentes. Consecuentemente, al interior de una misma zona circularían varios tipos de documentos, además de versiones diferentes en el transcurso del tiempo.

La versión del CSI presentada a las madres durante los debates en grupo parece ser más elaborada que otros tipos de Carnets en uso. Aparentemente, éste contiene mayores explicaciones: *"Sí, tengo uno similar a esto pero que me sirve para vacunas, que obviamente no tiene nada de esto, pero es un Carnet" [FG2].*

Algunos Carnets son en realidad *"libretas de vacunación"* válidas hasta la edad de un año. Luego, al parecer, las madres reciben papelitos o fichas para los refuerzos de las vacunas:

De mí, por ejemplo, en una de mis hijas me han dado un Carnet pequeño para control de vacunas no más; hasta su año he cumplido todo al pie de la letra; después para los refuerzos ya nos daban otros papelitos; no igualaban con esto [FG2].

Considerando su importancia para el acceso a la atención médica y a la educación, las madres archivan el CSI junto con otros papeles importantes en un sobre (a veces proporcionado por los Centros de Salud) o en un cuaderno y lo guardan en un lugar específico (armario, cajón, bolsa, maleta, archi-

vador). No obstante, estas precauciones no siempre impiden su pérdida ocasional o su destrucción (especialmente por los niños).

Existe un consenso entre las madres sobre el hecho de que deberían guardar el CSI en su casa. Algunas dicen que el Centro de Salud podría quedarse con una copia. Una madre desea tener la posibilidad de obtener duplicados (en caso de pérdida).

3.1.2 Comprensión de los objetivos del CSI

Las madres entienden los objetivos del CSI en términos de seguimiento del crecimiento y del desarrollo. Para ellas, sirve para controlar y dar seguimiento a la administración de las vacunas, al peso y, en menor medida, a la talla del niño. Hablan espontáneamente (sin que haya sido inducido por la pregunta) de la medición del peso y de la talla:

Para control del peso, sus vacunitas, su crecimiento, para todo eso [sirve] [FG1]; Cuando el niño no está alimentado se enferma, pesa menos, o sea de 2 kilos rebaja, 1 kilo o medio kilo, así; eso es lo que uno controla; es porque tiene que alimentarse y pierde peso, a veces sube de peso, y se ve que va desarrollando y creciendo [FG3].

Esta comprensión es a veces intuitiva. Así, una madre de Juan XXIII que nunca ha utilizado la curva de crecimiento contenida en el CSI, "adivina" fácilmente su objetivo. No obstante, se observa que atribuye la responsabilidad del seguimiento al médico:

Como le digo, yo no conozco; no he manejado para mis niños, pero supongo que según esto el médico puede darse cuenta del desarrollo del niño; pienso yo que según esta curva él debe notar; como una de las señoras dijo, 'el médico ya va a saber que el anterior mes ha pesado o ha medido tanto' y al próximo tiene que subir su peso o su medida; supongo mucho, pero no manejo nada de esto, pero pienso que es para eso [FG2].

Algunas mujeres establecen una relación entre el uso del CSI y la detección de enfermedades, sin que esta asociación sea muy explícita. No obstante, no se puede concluir que las madres comprenden que el CSI pueda servir a la detección (precoz) de enfermedades o que consideran que el CSI sirva para este fin. No se menciona el tipo de enfermedad que se podría detectar con ayuda del CSI: *"Para controlar al niño, su peso, si tiene alguna dificultad o enfermedad, para mí es eso"* [FG3].

Además, las madres entienden que se trata de una herramienta "individualizada" para cada niño: *"Cada uno [de los niños] siempre debe tener"* [FG4].

3.1.3 Comprensión del contenido y solicitudes de explicación por parte de las madres

Si bien las madres entienden bastante bien los objetivos generales del CSI, tienen más dificultades cuando se trata de los contenidos específicos. En particular, algunas no comprenden bien, es decir en detalle, el sentido de las curvas de crecimiento (desviación en relación al promedio, manera de registrar las medidas de peso y talla). Sin embargo, algunas entienden intuitivamente que con la edad, el niño debe aumentar de peso y que la curva debe subir hacia la derecha:

O sea, aquí el sanitario no nos ha explicado del Carnet. Cuando va el niño por aquí, él va creciendo bien y su peso está bien [FG4]; Sí, yo personalmente digo por ejemplo que aquí me indica su edad y aquí serían los kilos, o sea yo voy contando en el primer mes cuánto tiene que pesar, en el segundo mes tiene que aumentar, yo entiendo eso [FG1].

Otras madres reconocen no entender en absoluto la curva de crecimiento: *"Las curvas esas, yo no las entiendo [FG4]; Yo no le entiendo porque estas cosas no me enseñaron [FG1]; Yo no le entiendo porque es mi primer hijo"* [FG1].

Tampoco parecen entender las ilustraciones (etapas del desarrollo del niño) comprendidas en el CSI y no las toman en cuenta.

Las observaciones de las madres respecto al uso del CSI por parte del personal de salud también influyen en la comprensión de las partes específicas del mismo. El nivel escolar parece jugar un papel en la comprensión de la curva. De manera general, las participantes del grupo focal de Juan XXIII entendían mejor la curva de crecimiento⁵: *“El que ha ido a la escuela entiende. Si supiéramos leer entenderíamos, los que no sabemos leer no entendemos, por eso nos tienen que indicar”* [FG4].

Las dificultades de las madres a entender el contenido del CSI y sus quejas acerca de la falta de explicaciones por parte del personal de salud están acompañadas de la solicitud de recibir explicaciones y consejos sobre el crecimiento de los niños (peso, alimentación, cuidados, etc.) y sobre las curvas y las ilustraciones incluidas en el CSI. Intentan hacer preguntas al personal de salud, pero tropiezan con su silencio y sus actitudes (véase Acápite 3.3.1). En dos grupos (FG2 y FG3), las mujeres expresaron abiertamente el deseo de recibir capacitación en estos temas:

No, sería bueno que el médico nos prepare para saber [FG2]; Entonces sería bueno a nuestro poco entender nos enseñen un poco sobre desarrollo, porque su verdad, muchos no sabemos, pero decimos que sabemos, tenemos que saberlo si eso es [FG3]; Sería bueno que nos dé una explicación más de esto porque muchos decimos que sabemos, pero en realidad no sabemos para qué sirven esas líneas, esas curvas, porque bajan, porque suben... ¡Estito por favor! [FG3].

3.1.4 Las sugerencias de las madres

Con la perspectiva de mejorar el nuevo Manual de Salud que fue elaborado en el Proyecto (véase Capítulo 11 [Sejas & Ardúz *et al.*]), se plantearon algunas preguntas a las madres sobre los aspectos prácticos del CSI.

En lo que concierne al contenido técnico, algunas mujeres quisieran que el CSI cubra el conjunto del esquema de vacuna-

5 Véase, por ejemplo, la cita [FG2] en la sección 3.1.2.

ción del niño (incluidos los refuerzos) hasta la adolescencia. Esta preocupación debe ser relacionada con la práctica de revacunar sistemáticamente a los niños cuando ingresan a la escuela. Una madre mencionó la inclusión del control dental. También se solicitan mayores explicaciones sobre la alimentación y los aportes en hierro de los diferentes alimentos. Además se sugiere el uso de dibujos. Algunas madres quisieran que ciertas palabras no se escriban en forma abreviada (kilos). Otras recomiendan un mayor uso de los colores (incluido el marcado de la curva de crecimiento del niño), una tapa que se ensucie menos, la plastificación del CSI o un formato más grande.

3.1.5 El uso del CSI por parte de las madres

Las madres dicen utilizar el CSI por dos razones principales: la vacunación del niño y cuando se presentan a una consulta:

Sólo utilizamos cuando tenemos que hacer vacunar a las wawas [FG3]; Yo, o sea para las vacunitas, así cuando le toca la vacuna a mi niño o cuando van a mi casa vacunando, saco así el Carnet y le muestro y si le falta le digo 'por favor colóquemelo su vacuna', y aquí me lo anotan, porque su vacuna siempre les he hecho poner a su tiempo [FG1]; A veces, como la wawa está enferma, uno acude preocupado y está apurado, agarra el auto y se va no más ya y se acuerda en el Hospital que no ha traído el Carnet: '¡Ay, qué huevada, no he traído!' [FG4]; A veces ni nos acordamos del Carnet nosotros, con esto de atender a los niños; solamente para hacer vacunar sacamos este Carnet y después otra vuelta lo guardamos. Cuando llevamos al Hospital sacamos y también lo guardamos [FG4].

En varias oportunidades se mencionó la utilidad práctica del CSI como ayuda memoria (para poder seguir el esquema de vacunación):

Sí, porque digamos es un control para nosotras también para que podamos tener un control del niño, en qué tiempo tenemos que llevar al médico, cuándo tenemos que ir para su vacuna, incluso nos dan fechas. Entonces con esto sabemos qué fecha

tenemos, es que como tenemos que programar, ¿no? podemos programar el tiempo de visita al médico [FG2].

Pocas madres usan el CSI para dar seguimiento a la evolución del crecimiento y del desarrollo de su(s) hijo(s): *“Sí, para ver si está aumentando de peso cada mes, todo eso [FG2]; Sí, miramos si está creciendo bien como indica aquí, de cuántos meses ya se debe sentar o se debe parar” [FG4].*

Ellas declaran utilizar el CSI sobre todo durante el primer año de vida del niño. Esta duración está ligada a la función percibida del CSI como herramienta de control de las vacunas (hasta un año o un año y medio de edad). Esta asociación es fuerte y se reafirma a menudo. Estas modalidades de utilización deben ser relacionadas con la comprensión de los objetivos del CSI por parte de las madres y con el uso restringido del CSI que le da el personal de salud (vacunación, acceso a la atención médica) (véase Acápate 3.2). Algunas madres dicen utilizar el CSI hasta que el niño cumpla los cinco años, pero se refieren entonces a un requisito netamente administrativo, por ejemplo para la inscripción de los niños en la escuela o para el acceso a la atención médica.

De acuerdo a los datos, las madres no parecen dar un uso diferente al CSI ya sea para una niña o un niño. En cambio, el lugar del niño en la jerarquía de edad de los hermanos influye en su utilización, en la medida en que las madres conceden una importancia mucho mayor al Carnet cuando se trata de su primer hijo: *“Sí, por ejemplo yo en mi primer hijo, mayormente creo que todas somos más cuidadosas con el primer hijo, ¿no?” [FG1].*

Existen, además, otras formas de uso del CSI. Éste puede constituir una prueba para la madre (en su relación con el personal de salud) que el niño ha sido bien cuidado:

No, igual pienso como ella dice; ¿es para tener constancia de que está teniendo un desarrollo completo, ¿no?, sano. Entonces aquí ya se puede anotar y su crecimiento, su salud, si está bien el niño, como una constancia de que está cumpliendo al pie de la letra lo que dice el médico y cómo se lo tiene que criar, ¿no? [FG2].

También puede ser una fuente de orgullo o la prueba de que ella es una "buena madre". A veces lo guardan como un recuerdo para cuando el niño sea adulto:

Para mí es eso también; y es también para las vacunas; para mí también es un orgullo haber cumplido con esto; como mamá yo quiero que mi hija crezca sana, y mostrar esto es un orgullo para mí [FG2]; Yo solamente lo guardo para después mostrarle a mi hijo: 'cuando has nacido así pesabas', y para nada más [FG1].

Para entender la importancia que las madres atribuyen al CSI, se debe resaltar que una función fundamental de la sección "vacunación" es ser un requisito para la inscripción de los niños en la guardería o la escuela primaria y en el colegio: *"Tres años será pues, en la escuela también nos piden para inscribirle"* [FG1].

De paso sea dicho que esta práctica puede llegar al extremo de originar falsificaciones:

Por ejemplo, en el caso mío, la vacuna que nos han pedido para inscribirle al kinder, ¿no?; entonces tenía este Carnet, pero ya estaba totalmente viejito; entonces ¿qué he tenido que hacer? He tenido que sacar nuevo Carnet, pero ya no han dado los datos exactos, o sea que he tenido que llenar yo personalmente para que con eso le inscriba; eso por ejemplo a mi no me sirve de nada pero... pero yo estoy consciente de que ha cumplido sus vacunas; entonces, como hace rato le dije, es para verificar si ha tenido esas vacunas, nada más; entonces, en ese caso sí me ha servido, aunque un poquito hay que hacer la falsificación, pero sí me ha servido porque sin eso igual no nos inscribíamos; era un requisito obligatorio [FG2].

3.1.6 Cambios en el comportamiento de las madres y en los cuidados impartidos, inducidos por el CSI

Algunas madres afirman haber cambiado su comportamiento (en relación con la higiene y la alimentación) por consecuencia de su mejor entendimiento del CSI y/o de las explicaciones proporcionadas por el personal de salud:

Para mí, sí en el crecimiento; como le digo, yo trataba de que mi hijo aumente de peso, tenía que subir lo más que pueda [FG1]; Aunque a veces nos damos cuenta que al niño hay que tratarle mejor y también de darle un poquito más de alimentación (...) [se debe] preocuparse por nuestros hijos [FG3]; Puedo ver en el aseo de mi persona y en el de mi hijo [FG3].

La práctica estigmatizante del “marcado” de los CSI con hilos de lana roja cuando el niño pierde peso, parece al mismo tiempo inducir cambios de comportamiento, además de reforzar los temores de las madres frente al personal de salud y de los demás responsables (cónyuges):

Entonces era para mi preocupación cada que veía el Carnet y cuando le cambiaban el hilito; entonces decía ‘no tengo que hacer que esto suba, que supere’; esa era mi preocupación de ver Carnet con la cintita ahí, que se cambie lo que quería decir que mi hijita ya estaba bien, esa era mi preocupación [FG2]; El solo hecho de que nos diga el médico de que ha bajado de peso o de que nosotros sepamos que no se han alimentado bien los bebés o algo, ya es una gran preocupación, ¿no?; entonces tenemos que hacer algo; nos mueve a hacer algo a todas las mamás [FG2].

Otras insisten en las limitaciones (económicas) que les impiden modificar sus hábitos: *“Cuando no hay plata, no se puede cambiar; al doctor él tiene que ver cuánto dinero se necesita haber; si no hay nada, todo lo que tenemos en la casa le damos y más no podemos hacer [FG4]; A muy pocos les ha hecho cambiar” [FG3].*

3.2 El personal de salud y el CSI

Según las madres⁶, el personal de salud se sirve del CSI (controla y registra, si llega el caso) esencialmente durante el

6 Presentamos aquí los datos relativos a la utilización del CSI por parte del personal de salud tal como lo perciben las madres. Estos datos son complementarios a los que están incluidos en los Capítulos 8 [Hoerée & Sejas *et al.*], 9 [Hoerée & Zambrana *et al.*] y 12 [Méjean & Maire *et al.*].

primer año de vida del niño, a veces menos (seis meses, tres meses). Esta costumbre se podría relacionar con la valorización del CSI por parte del personal de salud como herramienta de control del esquema de vacunación:

Yo en su mayoría he visto que solamente los primeros meses no más controlan, más o menos hasta el año no más controlan y de ahí ya no (...) [FG1]; (...) y de ahí dicen controles, terminan las vacunas y hasta ahí nomás nos sirve (...), ya no nos piden [FG1]; Hasta que termine sus vacunas, y a veces nos olvidamos del refuerzo [FG4]; Para mí, sólo personalmente, era útil hasta... por decir hasta el año, porque ahora ya no me lo anotan, por eso ya no siento mucho [FG1].

Una parte de las madres señala que las informaciones fueron anotadas en la curva de crecimiento. Este procedimiento no implica, sin embargo, que en este momento reciban explicaciones sobre el crecimiento de su(s) hijo(s): *"Solamente él anota cuánto crece, cuánto pesa [FG4]; Según a lo se ha pesado se anota" [FG3].*

Muchas otras madres se quejan de que el personal de salud no anota sistemáticamente el peso ni la talla del niño en el CSI (excepto después del nacimiento). Algunas dicen insistir en que el personal de salud registre sistemáticamente estos datos, solicitud que se puede interpretar como una muestra de interés:

'¿Cuánto había estado pesando, doctorcito, mi hijo?', así le digo, o sea yo tengo que preguntarle; hasta se olvida y no se acuerda cuánto está pesando porque no me lo está anotando [FG1]; Hasta su año nomás, porque después le llevaba así no más, me daban así carnecito, así blanquito, con eso ya le hacía atender [FG2].

Sin embargo, de esta actitud del personal de salud denunciada por las madres no se puede deducir que éste no pesa o no mide a los niños. Simplemente se puede constatar que estas mediciones no son anotadas de forma sistemática en el CSI.

Algunos datos parecen además indicar que el personal de salud a veces registra información sobre el niño en otros soportes (registro, historia clínica, un CSI guardado en el Centro de Salud, etc.): *"Pero no hemos llevado este Carnet y a veces de él tiene, tal vez ahí anota"* [FG4].

En cambio, parece que la administración de las vacunas se anota de forma más regular: *"Para anotar las vacunas nos piden [FG1]; El sanitario anota ahí, los firma y no nos explica"* [FG4].

El CSI tiene además una función administrativa en los Centros de Salud. Permite al personal encontrar la historia clínica del niño y/o facilitar el acceso a la atención médica. Parece que este uso es más frecuente en el medio urbano. En las zonas rurales, el conocimiento más íntimo de las familias y el número reducido de pacientes probablemente limite este uso.

La negativa de atender a un niño por la no-presentación del CSI (por olvido o pérdida) fue mencionada en numerosas ocasiones (sin que se trate de una práctica generalizada). Por lo tanto, las madres frecuentemente piden el CSI para poder acceder a la atención médica. Aunque las explicaciones proporcionadas por parte de las madres no siempre son muy claras al respecto, parece que esta negativa de atender al niño por la falta de presentación del CSI se aplica tanto a las consultas preventivas como a las consultas curativas:

Aquí en este Carnet están los números anotados y la historia; ya con eso directamente me lo dan, pero después no... ya no me sirve [FG1]; Yo pienso, a mí por ejemplo, es como un certificado que si no presento, esto prácticamente no me lo atienden [FG1]; '¿Por qué no has traído?' (...) 'siempre tiene que trajinar con el Carnet' (...) y no querían atenderme, no querían atenderme [FG1]; A mí me han dicho que tengo que volver, ni modo pues, tengo que volver; como hay veces cuando uno vuelve el doctor, ni los mira y ya [FG1]; Con el Carnet siempre nos atienden [FG2]; Yo a veces no le llevaba, sólo le decía que tiene su vacuna y listo, ahí no más [FG4]; Pero para ir, por ejemplo, y lo hemos perdido, nos riñen [FG1]; Con esto [Carnet], en Villa Tunari [los médicos] no nos agarran, no nos van botar [del Centro]... [FG3].

El hecho de que el enfermero de la Posta Sanitaria de Puerto Aurora guarda el CSI puede plantear problemas cuando las madres necesitan acudir a una consulta en otro lugar (emergencias). Consecuentemente, algunas prefieren guardarlo ellas mismas: *"Para mí es muy importante tenerlo en la casa porque cualquier urgencia se puede presentar. Puede enfermarse mi hijo o hija, y si no está la posta, el sanitario, tengo que llevarlo a otro lado, por eso es preciso tenerlo en la casa"* [FG3].

El CSI como requisito para poder acceder a la atención médica y la educación produce en algunas madres cierto temor de perder u olvidarlo. Este temor se acentúa aún más por los regaños que reciben por parte del personal en caso de olvido (véase Acápita 3.3.1).

3.3. La comunicación en torno al CSI

3.3.1 *La comunicación entre los responsables del niño y el personal de salud*

La comunicación entre las madres y el personal de salud en torno al CSI debe interpretarse en el marco más amplio de las relaciones entre las personas que prestan la asistencia médica y los pacientes, por una parte, y de la forma en la que transcurren las consultas médicas, por otra, es decir, que la comunicación está fuertemente influenciada por el comportamiento de unos y de otros. De manera general, en las dos zonas de estudio la capacidad comunicativa del personal de salud es débil. Además, su actitud hacia las madres es distante y se caracteriza por la indiferencia.

En primer lugar, las madres señalan que las reprenden regularmente. Pueden rechazarles el acceso a la atención médica preventiva o curativa cuando se presentan en el Centro de Salud sin el CSI (por pérdida u olvido): *"Si lo hemos perdido, nos riñen"* [FG1]; *"¡Cómo señora no va a traer!" (...)* para eso abren su boca, mayormente para retearle a uno son número uno, pero para dar un buen consejo, eso es raro el doctor que sea bueno" [FG1].

Las madres mencionan ciertas ocasiones en las que el personal de salud proporciona información sobre el uso del CSI. Es el caso de la primera consulta en la cual el personal de salud les explica que deben presentar el CSI a cada visita y que no lo deben perder: "(...) lo único que me dijo es que si..., que este Carnet que lo traiga conmigo, ¿no?, que es para anotar el tiempo para las vacunas, el peso del niño, nada más me dijo, que no lo pierda, 'es para su control', la primera vez sí me dijo (...)" [FG2].

Durante las primeras visitas, el personal parece explicar la utilidad del CSI (cronograma y citas para la vacunación, controles): "'Vas a cargar siempre tu Carnet, porque aquí vamos a anotar las vacunas, lo que está creciendo, lo que está midiendo' (...)" [FG1].

Lo esencial de los consejos y explicaciones proporcionadas por el personal es lo siguiente:

Lo único que nos decían era: 'Su vacuna ha cumplido, tan, anotar ya, para la fecha tanto va a venir usted a hacer su vacuna, la segunda vacuna a su refuerzo', nada más; y'ha cumplido con todas las vacunas, le faltaría el refuerzo no más ya'; nada más, eso es lo que nos han explicado, nunca nos han dicho 'su hijo está bien de peso, no está bien de peso, que debe aumentar o darle una alimentación buena, está muy delgadito ni muy gordito', nada directamente [FG2].

Tratándose sobre todo de una comunicación unidireccional, las madres se quejan de forma recurrente de la falta de explicaciones proporcionadas por el personal con relación a la salud de su(s) hijo(s) y casi nunca mencionan el uso del CSI para informarlas de su crecimiento:

Yo a mi nunca me han explicado. En el momento que entramos así al control del niño, nos agarran el Carnet, miran, ya anotan ellos y ¡zas! nos devuelven y no nos dicen nada, no dicen si está bien o mal, nada. Solamente nos explican si nos dan algún medicamento o algo; nos explican 'esto le va a dar tanto' y se olvida después [FG2]; Yo, por el contrario, soy bien preguntona, a los

médicos siempre les pregunto de mis hijos, más que todo: '¿Está bien de peso, está bien de tamaño?' 'Usted mucho pregunta', me decían... Si no preguntamos, no puedo quedarme callada. '¿Está bien del todo?', les pregunto yo; revisemelo estito, revisemelo... '¿Usted es el doctor o yo?', me dice [FG2].

A veces, las madres reciben algunas explicaciones lapidarias sobre la curva de crecimiento de su(s) hijo(s). No obstante, el personal no les aclara de qué manera él se sirve de la curva de crecimiento. Siendo el médico el que realiza la interpretación y que luego la comunica a la madre, éstas reciben muy poca información sobre la manera de interpretar la curva de crecimiento para que ellas mismas puedan efectuar el seguimiento del crecimiento y del desarrollo de sus hijos:

Eso te explica el doctor, pues, si está en buen peso, tiene que estar dentro de la línea; si está bajo, se lo dirija afuera [FG1]; El doctor me dice 'está bajando, señora, seguro que con infección o algo, no ha cuidado bien a la wawa'... Para eso nomás siempre abre la boca el doctor. Si la línea está baja, seguro con una infección, hay que cuidar más a la wawa, para eso abre [FG1]; Siempre hemos hecho lo que el médico más o menos nos ha ido orientando, ¿no?, digamos viendo el Carnet y decir 'bueno, esto ya esta aquí, ya le toca las papillas' [FG1].

Algunas madres señalan que el médico les explicó las etapas del desarrollo psicomotor del niño, pero que lo hizo sin el soporte de las ilustraciones incluidas en el CSI: "*No viendo esto [las ilustraciones] sino escuchando al médico siempre lo que él nos dice, porque seguramente no nos ha explicado o no nos ha orientado sobre este... lo importante, que es solamente lo que él nos decía no más*" [FG1].

Es interesante y paradójico constatar que algunas madres dicen haber recibido más explicaciones sobre el CSI a través de las asociaciones comunitarias que en el Centro de Salud:

Por ejemplo, yo he aprendido a controlar este Carnet, ¿no?, perfectamente, ¿no?, pero a lo que me ha dado idea es de que en

una charla que hemos tenido, teníamos unos Clubs de Madres ahí, sí. En el Centro de Salud, nada; no nos indican nada ni como debemos de tenerlo al niño [FG2].

3.3.2 *Comunicación entre madres, y entre madres y cónyuges en torno al CSI*

Por lo general, las mujeres se comunican entre ellas sobre las visitas efectuadas al Centro de Salud, pero sólo algunas reconocen conversar con otras personas sobre el CSI (debates en torno al crecimiento del niño o a su peso): *"A veces hablamos entre mujeres y nos cuentan 'así le he llevado, esto me han dado', y así conversamos: 'Tú la has llevado, yo así la he llevado y así le he hecho hacer'"* [FG4]. Otras afirman simplemente que: *"Esto no se hace"*.

De los debates también se deduce que los maridos no utilizan el CSI. No lo consultan para controlar o tomar conciencia de la evolución de su(s) hijo(s). Esta actitud está ligada a las relaciones de género que, en Bolivia, asignan a las madres la responsabilidad casi exclusiva de la salud del niño (y la de llevarlo a las consultas preventivas y curativas; véase Capítulo 5 [Suremain] y Suremain & Lefèvre *et al.* 2000). Las mujeres lamentan esta falta de interés por parte de los maridos. Sin embargo, la consulta preventiva es la ocasión para algunos padres de preocuparse de la salud de su hijo y de preguntar a las madres cómo se encuentra el niño. Todo esto depende, evidentemente, de la calidad de la relación entre la pareja, ya que la visita también puede ser la oportunidad, para algunos hombres, de reafirmar su predominancia en la relación:

Ah sí, pero no exactamente el Carnet, sino que cuando voy al médico, mi esposo me pregunta '¿cómo está, qué ha dicho el médico, qué tiene, qué tenemos que hacer?', todo eso ¿no?... [FG2]; Yo sí, me dice siempre: '¿Le has preguntado, le has dicho que si está bien o está mal o has anotado bien en el Carnet?'; 'Sí', le digo; 've si quieres'; 'ah, yo no entiendo de esas cosa', me dice [FG2].

4. Límites y potencialidades del CSI

De lo expuesto trasciende que las madres perciben el CSI como un instrumento de control del crecimiento y desarrollo del niño, pero que es principalmente usado por el personal de salud. De la forma como se usa en las zonas de estudio, aparentemente el CSI incita muy poco a las madres a dar seguimiento al crecimiento de su(s) hijo(s) y a involucrarse más. Consecuentemente, con excepción de los posibles efectos en la cobertura vacunal, el CSI probablemente produzca pocos efectos en términos de cuidados impartidos a los niños.

Las madres se apropian muy poco del objetivo de seguimiento del crecimiento y desarrollo de su(s) hijo(s) y conceden mucha menos importancia al CSI como instrumento para el seguimiento de la evolución de estos aspectos. Sin embargo, entienden y admiten fácilmente que el CSI debe servir para controlar el peso, el crecimiento y, en menor medida, la talla del niño. Algunas también establecen relaciones entre la pérdida de peso, las enfermedades y la buena alimentación (véase Capítulo 5 [Suremain]).

Implícitamente, sin embargo, la lectura de los datos induce a pensar que existen ocasiones en las que el CSI ha permitido que las madres entiendan mejor el crecimiento del niño. Este aspecto requiere de una investigación más profunda, ya que es difícil, sino imposible, disociar en los datos lo que se refiere a los mensajes transmitidos a las madres por parte del personal de salud durante las consultas propiamente dichas, de lo que se refiere a las explicaciones o los comentarios proporcionados por el mismo personal de salud y que están directamente relacionados con el CSI.

Al menos tres factores pueden explicar la escasa apropiación del CSI por parte de las madres como instrumento para asegurar el seguimiento del niño.

En primer lugar, se puede mencionar el uso limitado que el personal de salud da al CSI. De hecho, éste lo llama el "*Carnet de vacunación*". Esta denominación equivocada, que incita a

preguntarse en qué medida el personal mismo no entiende los objetivos del CSI, constituye en sí un mensaje incorrecto transmitido a las madres sobre cómo se debe usar el CSI.

El segundo factor es la escasa información proporcionada por el personal de salud a las madres. Se observa que éstas intentan hacer preguntas sobre el crecimiento y el desarrollo del niño a partir del CSI, pero que al hacerlo, como hemos visto, tropiezan con las actitudes y la falta de empatía del personal de salud. Recordemos que la comunicación entre las madres y el personal de salud en torno al CSI se debe interpretar en el contexto más amplio de las relaciones entre las personas que proporcionan la atención médica y las personas atendidas, por un lado, y del desarrollo de las consultas médicas en general, por el otro. En estas últimas, las destrezas comunicativas y las actitudes del personal de salud frente a los pacientes son particularmente débiles y se caracterizan por la indiferencia. A causa de este "déficit comunicacional generalizado", es difícil saber con seguridad si el CSI puede facilitar o no la comunicación entre los responsables del niño y el personal de salud.

Por último, las madres encuentran dificultades para entender y, sobre todo, interpretar la curva de crecimiento y las ilustraciones del desarrollo del niño incluidas en el CSI. Estas dificultades se acentúan cuando las madres tienen un bajo nivel escolar, pero aumentan por la falta de comunicación y de explicaciones proporcionadas por el personal. La actitud de este último, que interpreta la curva y realiza el diagnóstico a solas —para comunicarlo luego a las madres de forma lapidaria— tampoco les ayuda a poder/querer entender la curva de crecimiento de su(s) hijo(s).

El nivel educativo no debe ser un obstáculo para mejorar el CSI. Por el contrario, los resultados expuestos parecen más bien indicar que es necesario mejorar la aceptación, la legibilidad y la calidad de los mensajes contenidos en el CSI. Sin embargo, incluso un CSI "mejorado" no será suficiente para transmitir los mensajes promocionados. También sería necesario que el personal de salud adecue su forma de comunica-

ción y el contenido de sus mensajes para que sean más comprensibles para las madres.

En cierta medida, las madres se apropian del CSI, apropiación que se manifiesta a través de la importancia que le otorgan y del uso que hacen él para dar seguimiento a la vacunación de su(s) hijo(s). Esta importancia se refleja en el hecho de que: (i) sacan un sentimiento de orgullo de un CSI correctamente llenado; (ii) insisten en guardarlo ellas mismas y lo archivan con otros papeles importantes; (iii) piden al personal de salud que registre en este soporte los datos de su hijo; y (iv) piensan que cada niño debería tener uno propio.

No obstante, la importancia concedida al CSI por parte de las madres se debe en (gran) parte a su función. En efecto, el CSI es un verdadero "salvoconducto", ya que su presentación es casi obligatoria para acceder a la atención médica y, más tarde, para inscribir a los niños en la escuela.

En las dos zonas de estudio, las madres reconocen el CSI sobre todo como un "*Carnet de vacunación*". Permite tanto a ellas como a los servicios de salud dar seguimiento al esquema de vacunación (establecimiento de las citas y ayuda memoria). Para las madres, esto constituye su mayor interés y su modalidad principal de uso del CSI, y, aparentemente, también es el caso del personal de salud. La escasa duración de utilización del CSI por parte de las madres está estrechamente relacionada a su función de "*Carnet de vacunación*" (véanse Capítulos 8 [Hoerée & Sejas *et al.*] y 9 [Hoerée & Zambrana *et al.*])

5. Conclusiones

Desde el punto de vista del desenvolvimiento del Proyecto en Bolivia, esta investigación ha contribuido parcialmente a implementar la intervención (véase Capítulo 11 [Sejas & Ardúz *et al.*]).

En efecto, los datos indicaban que el CSI puede potencialmente tener efectos en los comportamientos de las madres

(mejora en los cuidados) e incitarlas a dar seguimiento al crecimiento y el desarrollo de su(s) hijo(s). De hecho, las madres no lo rechazaban. Sus quejas apuntaban más bien a su uso por parte del personal (pocos registros) y la falta de explicaciones proporcionadas. Existía claramente una demanda por parte de las madres por mayores explicaciones sobre el crecimiento y el desarrollo de su(s) hijo(s). También se debe constatar que, aunque no eran numerosas, algunas madres se servían del CSI para dar seguimiento ellas mismas al crecimiento de su(s) hijo(s).

Parecía entonces justificado un trabajo sobre el CSI –para mejorar su aceptación, legibilidad y la calidad de los mensajes que contiene–, ya que esto respondía en parte a la demanda de las madres. Por lo tanto, para la elaboración del Manual de Salud se deberían retomar las diferentes sugerencias acerca de la mejora del CSI (después de un examen de factibilidad), además de las que fueron formuladas durante su evaluación preliminar.

Sin embargo, se sabía que la introducción de un nuevo Manual en los servicios no modificaría de ninguna manera la situación actual y tendría un impacto muy limitado si no se acompañaba de un importante esfuerzo para mejorar las destrezas comunicacionales y la actitud general del personal de salud.

Desde el punto de vista práctico, la introducción y la implementación del nuevo Manual de Salud en los servicios durante la primera fase de intervención del Proyecto se debería acompañar de una formación orientada a modificar estos dos aspectos. El contenido específico de esta formación no debería limitarse al contenido, al buen uso y a la comunicación en torno al Manual, sino abarcar todos los aspectos de la relación con el paciente (especialmente durante las consultas curativas), incluidas las prácticas discriminatorias hacia algunos grupos locales (sobre todo la población indígena).

Desde un punto de vista más teórico y fundamental, este estudio permite rescatar algunas enseñanzas.

A pesar del interés de las madres por el crecimiento y el desarrollo de su(s) hijo(s), no se apropian de la curva de creci-

miento para darles seguimiento. Consecuentemente, la curva de crecimiento no logra su objetivo y no cumple con su papel de soporte de comunicación entre los responsables del niño y el personal de salud.

En el contexto boliviano, esta apropiación muy limitada de la curva de crecimiento por las madres parece parcialmente inducida por los propios servicios de salud. Dos factores parecen jugar un papel importante en ello: (i) el mal uso y la falta de comprensión de los objetivos del CSI por parte del personal; y (ii) la falta de explicaciones proporcionadas a las madres por este mismo personal a causa de las limitadas destrezas comunicacionales de éste último.

Los resultados sugieren, además, que las madres no están realmente motivadas a apropiarse de la curva de crecimiento. Como lo han demostrado otros estudios realizados en el marco del Proyecto, recurren a sus propios criterios para dar seguimiento al crecimiento y al desarrollo de su(s) hijo(s) (véanse Capítulos 4 [Rubín de Celis & Pecho *et al.*] y 5 [Suremain]). Esta preocupación legítima no implica de ninguna manera que deberían necesariamente estar interesadas en la herramienta biomédica que permite dar este seguimiento. Así, se pueden cuestionar los resultados de las investigaciones que relacionan la comprensión de la herramienta a nivel educativo, dado que se basan en el postulado muy criticable según el cual las madres estarían *a priori* interesadas en entender la herramienta.

Finalmente, la investigación indica que la importancia de la curva de crecimiento no solamente puede ser apreciada en sí, sino que debe ser reubicada en el contexto más global del funcionamiento de los servicios primarios. Mejorar la comprensión de los objetivos de la curva de crecimiento es una condición previa necesaria pero no suficiente. Debe ser acompañada, fundamentalmente, de un trabajo orientado a cambiar las actitudes y a mejorar las capacidades de comunicación del personal de salud. En el contexto boliviano, ésta es una condición indispensable para mejorar los programas de seguimiento del crecimiento.

Referencias bibliográficas

DAWSON, S. & MANDERSON, L.

1992 *The focus group manual*. Brisbane: Social and Economic Programme of the UNDP/World Bank/World Health Organization Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases.

DIXON, R.A.

1991 "Monitoring the growth of the world's children", *Annals of Tropical Paediatrics* 11: 3-9.

GARNER, P. & PANPANICH, R. & LOGAN, S.

2000 "Is routine growth monitoring effective? A systematic review of trials", *Archives of Disease in Childhood* 82: 197-201.

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

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

GEREIN, N.

1988 "Is growth monitoring worthwhile?", *Health Policy and Planning* 3(3): 181-194.

GEREIN, N. & ROSS, D.A.

1991 "Is growth monitoring worthwhile? An evaluation of its use in three child health programmes in Zaire", *Social Science & Medicine* 32: 667-675.

GOPALDAS, T. & CHRISTIAN, P.S. & ABBI, R.D. & GUJRAL, S.

1990 "Does growth monitoring work as it ought to in countries of low literacy?", *Journal of Tropical Pediatrics* 36(6): 322-327.

GRANT, K. & STONE, T.

1986 "Maternal comprehension of a home-based growth chart and its effect on growth", *Journal of Tropical Pediatrics* 32: 255-257.

KRUEGER, R.

1988 *Focus groups. A practical guide for applied research*. Beverly Hills: Sage Publications.

LEFEVRE, P. & SUREMAIN (de), C.-É.

2002 "Les contributions de la socio-anthropologie à la nutrition publique: pourquoi, comment et à quelles conditions?", *Cahiers Santé* 12(1): 77-85.

MORLEY, D. & ELMORE-MEEGAN, M.

2002 "Let's move growth monitoring out of limbo". En: *Promoting growth and development of under fives* (Kolsteren, P. & Hoérée, T. & Perez-Cueto E. ed.): 253-259. Antwerp: ITGpress.

NABARRO, D. & CHINNOCK, P.

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

SUREMAIN (de), C.-É. & LEFEVRE, P. & PECHO, I.

2000 "Les relations de genre soumises à l'épreuve de la maladie de l'enfant. Exemples boliviens et péruviens", *Recherches Féministes* 13(1): 27-46.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)

1986 *Growth chart. A tool for use in infant and child health care.* Geneva: World Health Organization.

Demanda de servicios de monitoreo del crecimiento.

Una investigación basada en el Carnet de Salud Infantil (Bolivia)

Tom Hoerée, Edgar Sejas & Edgar Ardúz

1. Introducción

Desde los años 60, en todo el mundo los servicios de vacunación y de monitoreo del crecimiento constituyen dos pilares de la mayoría de los Programas de prevención y promoción de la salud dirigidos a niños menores de cinco años. Mientras que existe un consenso sobre la rentabilidad económica de Programas de vacunación bien organizados, todavía se está debatiendo la necesidad de servicios de monitoreo del crecimiento.

Un Programa de monitoreo del crecimiento se define como la oferta de asesoramiento orientado al aumento del peso de niños menores de cinco años. Una curva peso/edad, incluida en el Carnet de Salud Infantil (CSI), es el instrumento que ayuda a brindar este servicio. Se recomienda registrar el peso en esta curva en intervalos regulares, aunque éstos difieren de país en país y a lo largo del tiempo, y compararlo con el estándar internacional para el crecimiento de niños menores de cinco años, tal y como está indicado en el CSI. La primera crítica a esta práctica data de finales de los años 80 y principios de los 90 (Cape 1988; Dixon 1991; Gerein 1988). Se resaltaron especialmente las deficiencias de la implementación del Programa en relación con los costos implicados, arrojando de esta manera dudas sobre la utilidad del Programa en su conjunto. Más

recientemente –en el año 2000– una *Cochrane Review* enfocó su análisis además en la idoneidad de la oferta frente a la demanda, planteando la pregunta si bajo condiciones controladas (teóricas), este tipo de Programas puede tener algún efecto positivo (Garner & Panpanich *et al.* 2000). A pesar de que sólo se pudieron señalar dos estudios al respecto y aunque en ellos no se pronunciaron recomendaciones claras, la tendencia de estos trabajos fue que ese tipo de intervenciones tiene muy pocos efectos positivos –si acaso los tienen–, socavando de esta manera su base de evidencia.

Sin embargo, un análisis del tema muestra que el aspecto de la demanda no tuvo un papel importante en este debate. Al margen de la suposición de que la gente debería tener voz y voto respecto a qué tipos de servicio de salud se le ofrece, un análisis de la evolución de la demanda por el monitoreo del crecimiento podría haber ayudado a entender los problemas respecto a la implementación del Programa. Los servicios que están solicitados normalmente se utilizan, siempre y cuando sean lo suficientemente accesibles y tengan una calidad aceptable. Los servicios no solicitados, sin embargo, requieren en una primera fase la creación de una demanda. Y si, después de suficientes esfuerzos, este procedimiento no tiene efecto, se debe cuestionar seriamente la idoneidad de la oferta. Después de más de treinta años de promoción del monitoreo del crecimiento como un servicio para la población, consideramos que ya es tiempo de verificar si la gente lo percibe como tal. No obstante, según nuestro conocimiento, la pregunta si este monitoreo responde a una demanda por parte de la población, nunca fue planteada.

El objetivo del presente estudio es investigar la relación entre la oferta y la demanda de servicios de monitoreo del crecimiento, empleando el uso de este servicio como un indicador global (véase Introducción General). La comparación entre el uso del monitoreo del crecimiento y el uso de los servicios de vacunación nos brinda información sobre la relativa fuerza de la demanda. Ambos servicios son ofertados al mismo tiem-

po y en los mismos lugares, y los padres tienen que hacer el esfuerzo de desplazarse al Centro de Salud correspondiente para recibirlos (las visitas a domicilio no forman parte del Programa). La tasa de utilización brinda información sobre los esfuerzos que los padres están dispuestos de realizar para recibir los servicios y, consecuentemente, sobre la demanda.

2. Metodología

Todos los CSI de niños nacidos entre enero de 1994 y diciembre de 1998 que son llevados en el Centro de Salud rural de Chimoré, en la región amazónica de Bolivia (véase Capítulo 1 [Suremain]), fueron analizados. Todas las fechas de visitas para el monitoreo de la vacuna y del crecimiento durante el primer año de vida fueron ingresadas en una base de datos electrónica. Después de realizar verificaciones

para encontrar errores y entradas duplicadas, se analizó un total de 135 registros. El análisis de los datos y los análisis descriptivos fueron realizados con la ayuda del software SPSS-10.

Como indicadores del uso de este servicio, se calculó la cobertura de vacunación, así como el ritmo en que se administran las vacunas. Se analizó la influencia de la residencia y de la edad en la cobertura de la vacunación y en el número de visitas de control del peso (utilizando el análisis factorial, no reproducido aquí). El número promedio de las visitas de control por niño fue calculado de acuerdo a su estado de vacunación (el único factor significativo no revelado).

El esquema de vacunación recomendado por el Ministerio de Salud fue utilizado como base para el cálculo de los retrasos en las vacunaciones (Secretaría Nacional de Salud 2000). El esquema básico comprende BCG después del nacimiento y DPT-polio a los dos, cuatro y seis meses, respectivamente. La vacuna contra el sarampión es recomendada para el noveno mes (véase también Cuadro 2 abajo).

En el Acápite Discusión, ahí donde es apropiado se presentan algunas observaciones de campo¹ (para mayores detalles, véase también el Capítulo 1 [Suremain]).

3. Resultados

3.1 Cobertura de vacunación según la residencia

La cobertura de vacunación en la población estudiada es muy baja (véase Cuadro 1). Apenas el 42% (57 niños) ha recibido todas las vacunas básicas (BCG, DPT-polio 1-3) y sólo el 20% tiene una inmunización completa (vacunas básicas, más sarampión). La residencia tiene una influencia significativa en el estado de vacunación: el 56% de los niños que viven en Chimoré han recibido todas las vacunas básicas, porcentaje que supera significativamente la cobertura de los niños que viven en otras partes (25%). Únicamente el 25% de los que viven cerca del Centro de Salud omitió una o varias dosis, frente a casi la mitad de los niños que viven fuera del pueblo. Sin embargo, es interesante constatar que la residencia no tiene una influencia significativa en el número de niños con una inmunización completa: el 21% de los que viven dentro del pueblo contra el 15% de los que viven fuera de él.

3.2 Incidencia de fechas de inmunización de los niños que han recibido las vacunas básicas

Para el 42% de los niños que han recibido las vacunas básicas, el momento en el que éstas se aplicaron ha sido óptimo (véase Cuadro 2). Mientras que cerca del 75% de los niños han recibido la vacuna DPT-polio 1 en la fecha indicada, en la mayoría de los casos todas las demás vacunas fueron aplicadas demasiado tarde. En el caso del DPT-polio 2, el 50% y en el caso

1 El primer autor realizó cuatro viajes de campo en el transcurso del Proyecto.

del DPT-polio 3 el 75% de los niños fueron vacunados demasiado tarde. En la mayoría de los niños, la vacuna contra el sarampión es administrada a aproximadamente un año de edad. La residencia no parece tener una influencia significativa en la fecha de administración de las vacunas. Exceptuando el BCG, se observan los mismos retrasos para niños que viven en Chimoré como para los que vienen de fuera.

Cuadro 1: Cobertura de vacunación según la residencia

	Fuera ^a	Dentro ^a	Valor p ^b	Total
N=	60	75		135
BCG	65%	75%	NS	70%
DPT-polio 1	55%	73%	< 0.05	65%
DPT-polio 2	42%	65%	< 0.001	55%
DPT-polio 3	30%	64%	<< 0.001	49%
Sarampión	17%	24%	NS	21%
Ninguna vacuna recibida	27%	19%	NS	22%
Perdió ≥ 1 dosis de vacunas básicas	48%	25%	0.005	36%
Vacunas básicas completas	25%	56%	<< 0.001	42%
Todas las vacunas completas (+ sarampión)	15%	21%	NS	19%

^aresidencia fuera / dentro del pueblo en el que se encuentra el Centro de Salud^b valores p: c²: Mantel Haenszel

Cuadro 2: Incidencia de fechas de inmunización de niños que han recibido las vacunas básicas

	Fuera ^{a,b,c}						Dentro ^{a,b,c}						Recomendado ^b
	N	10 ^e	25 ^e	50 ^e	75 ^e	90 ^e	N	10 ^e	25 ^e	50 ^e	75 ^e	90 ^e	
BCG	15	0.0	0.0	<u>0.4</u>	4.1	9.6	42	0.0	0.0	0.3	<u>1.7</u>	3.5	£ 1
DPT-polio 1	15	0.3	2.0	3.1	<u>3.8</u>	10.3	42	1.2	2.1	2.4	<u>3.5</u>	5.0	2-4
DPT-polio 2	15	3.3	4.0	<u>4.5</u>	6.0	13.9	42	3.1	4.1	<u>5.0</u>	7.1	7.9	3-5
DPT-polio 3	15	4.9	<u>6.1</u>	6.6	9.6	21.6	42	5.6	<u>6.3</u>	7.1	10.1	11.7	4-6
Sarampión	9	<u>9.3</u>	10.9	12.5	12.7	.	16	11.5	12.5	13.6	14.0	26.5	9

^aresidencia fuera / dentro del pueblo en el que se encuentra el Centro de Salud^b edad en meses^c percentiles

3.3 Visitas para el control del peso

Sólo el 40% (54) de los niños tienen registradas en sus CSI más de cuatro visitas para el control del peso, correspondientes a las visitas de vacunación. La residencia no tiene ninguna influencia en el número de estas visitas, mientras que el estado vacunal obviamente sí influye (véase Cuadro 3). Dos tercios de los niños que recibieron sus vacunas básicas registran visitas extras en un promedio de 3.4, con un mínimo de cinco y un máximo de 13 visitas registradas. Esto significa que cerca del 66% realizó en promedio 7.4 visitas para el control del peso. Los niños que viven cerca del Centro de Salud cuentan en promedio con un control adicional de peso más que los que viven más alejados (véase Cuadro 4). El 58% (78) de los niños no han completado sus vacunas básicas, cuentan con un promedio de 2.6 visitas para el control del peso, pero en promedio han realizado sólo 1.2 visitas para las vacunaciones (véase Cuadro 5).

Cuadro 3: Determinantes del número de visitas de control del peso

N = 135	n (%)	RR	CI 95%	P ^a
> 4 visitas de control del peso	54 (40%)	-	-	-
Residencia (dentro)	75 (55%)	1.26	(0.82 - 1.93)	NS
Estado de vacunación (vacunas básicas recibidas)	57 (42%)	3.25	(2.02 - 5.22)	<<0.001

^a valor p: χ^2 Mantel-Haenszel

Cuadro 4: Visitas extras de control del peso después de concluir las vacunaciones básicas (según la residencia)

	Fuera ^a	Dentro ^a	Total
Vacunas básicas completas	15	42	57
Más de 4 visitas de control del peso	11 (64%)	27 (73%)	38 (67%)
Número promedio de visitas (min-max)	7.5 (5 - 11)	7.3 (5 - 13)	7.4 (5 - 13)
Número promedio de visitas extras	2.5	3.3	3.4

^a residencia fuera / dentro del pueblo donde se encuentra el Centro de Salud

Cuadro 5: Número promedio de visitas para el control del peso versus vacunación de niños con un estado incompleto de vacunación (según la residencia)

	Fuera ^a	Dentro ^a	Total
Vacunas básicas incompletas	45	33	78
Más de 4 visitas de control del peso	10 (22%)	6 (18%)	16 (21%)
Número promedio de visitas (min-max)	2.7 (0 - 8)	2.5 (0 - 10)	2.6 (0 - 10)
Número promedio de vacunas recibidas (min-max)	1.2 (0 - 3)	1.2 (0 - 3)	1.2 (0 - 3)

^aresidencia fuera / dentro del pueblo donde se encuentra el Centro de Salud

4. Discusión

4.1 Uso de servicios de vacunación

4.1.1 Cobertura de vacunación y residencia

El análisis de la información contenida en los CSI muestra que en la zona de estudio, la residencia influye en el estado vacunal. Los niños que viven más cerca del Centro de Salud tienen posibilidades dos veces más altas de haber recibido las vacunas básicas que los que viven más lejos. Una posible explicación de esta diferencia podría ser el hecho de que durante las visitas de prevención –para vacunar a los niños que viven fuera del pueblo– normalmente no se llevan los CSI; sólo se usa el registro para anotar las vacunas aplicadas. Aunque el personal de salud afirma que copia los datos en los CSI después de haber regresado al Centro, no hemos podido comprobar si esto se hace de forma sistemática. Esta práctica podría haber causado información incompleta para niños que viven fuera del pueblo. Sin embargo, la información incompleta no puede explicar la baja cobertura en el primer grupo de niños, ya que los CSI son utilizados sistemáticamente cuando se vacuna en el Centro.

El uso de cualquier servicio está obviamente influido por su accesibilidad económica y geográfica. En los contextos en los que los servicios son gratuitos (costo directo), como es el caso de todos los servicios de salud para niños menores de

cinco años en Bolivia (véase Capítulo 3 [Illanes & Sejas *et al.*]), los costos indirectos del transporte o debidos a una pérdida de ingreso (costo de oportunidad) pueden ser determinantes. En la población estudiada, la relación entre la distancia y el uso de los servicios de vacunación es probablemente mediada por estos dos factores. Sin embargo, la baja cobertura de vacunación en los niños que viven más cerca del Centro de Salud es difícil de explicar dentro de este marco de referencia, excepto si tomamos en cuenta la distribución sociodemográfica de la población; esto no fue posible, ya que esta información no está registrada en el CSI.

Otra investigación, no obstante, revela que se deben considerar por lo menos cuatro diferentes grupos de usuarios a la hora de interpretar los datos (véase Introducción General y Capítulo 1 [Suremain]). El primer grupo son los "lugareños" de Chimoré y que perciben sus ingresos de actividades comerciales. El segundo grupo son los "viejos colonos"; algunos de ellos se asentaron en la zona hace aproximadamente 30 años cuando la región fue abierta a la explotación y el desarrollo. Estas personas viven cerca de Chimoré. Una parte significativa de los colonos, sin embargo, son nuevos en la zona. Estos "nuevos colonos" viven en tierras apartadas. El cuarto grupo está conformado por trabajadores migrantes; la mayoría son parientes de los colonos, sea de los antiguos o de los nuevos. Su fuente principal de ingresos son las cosechas. Entre los periodos de cosecha retornan a sus comunidades en el Altiplano boliviano.

Interpretando los datos a partir de la realidad sociodemográfica del área, aparece el siguiente cuadro. Un primer grupo de niños, que pertenece al grupo que vive en el pueblo, está adecuadamente vacunado. Sus padres viven cerca del Centro de Salud y tienen horarios flexibles de trabajo. No tienen muchos problemas de acceso a los servicios en términos de distancia o costos de oportunidad. Un segundo grupo de niños, que vive en los asentamientos de la zona, también está adecuadamente vacunado. Éstos pertenecen al grupo de los anti-

guos colonos. Sus padres están en una situación más favorable, por lo que tienen menos problemas de acceso a los servicios. Los nuevos colonos viven a una considerable distancia de los pueblos o asentamientos, razón por la cual tienen problemas geográficos de acceso y consecuentemente una menor cobertura de vacunación. El último grupo de migrantes vive con sus parientes en el pueblo o en zonas más alejadas. La cobertura de vacunación es baja a causa de su situación económicamente inestable, siendo los costos de transporte y de oportunidad factores limitantes para este grupo.

4.1.2 Incidencia de fechas de inmunización de los niños que recibieron todas las vacunas básicas

Una segunda observación sobre el uso de los servicios de vacunación es que las fechas de las inmunizaciones de los niños que han recibido todas las vacunas básicas, son inadecuadas. La distribución por edad de las vacunas administradas muestra que más de la mitad de estos niños recibieron la mayoría de las dosis con retraso, lo que implica que no están inmunizados de forma óptima. Parece que ni siquiera con la flexibilidad del esquema recomendado se cumple con las citas. Como indicamos antes, no es muy probable que para este grupo de niños la distancia o los costos de oportunidad jueguen un papel importante en los retrasos observados. Deben existir otras razones de por qué el personal de salud y los padres no respetan las citas.

Generalmente, una cita es un acuerdo entre diferentes personas para encontrarse en un determinado lugar a una hora definida por un motivo específico. La buena comunicación es un requerimiento básico para que este tipo de sistema funcione. Con seguridad se necesitarían investigaciones adicionales sobre este tema, pero sabemos por nuestras observaciones de los contactos entre el personal de salud y los usuarios del servicio, y por los grupos focales con padres, que la relación entre ambos es frecuentemente asimétrica (Suremain & Lefèvre *et al.*

2001). En el mejor de los casos, el personal de salud quiere ayudar y demuestra una actitud compasiva. En el peor de los casos, se comporta de manera despectiva y ofensiva. En todos los casos, los trabajadores de salud dan la impresión de ser los únicos responsables de la vacunación de los niños. Entrevistas con trabajadores de salud confirman estas observaciones, pues demuestran que no tienen mucha confianza en el sentido de responsabilidad de por lo menos una parte de los padres (véase Capítulo 9 [Hoerée & Zambrana *et al.*]).

Esta asimetría podría explicar parcialmente por qué el sistema de citas no funciona. En efecto, sólo se puede lograr un acuerdo mutuo si los actores pueden comunicarse unos con otros en pie de igualdad (Fehrsen & Henbest 1993). Tal como lo indica el fracasado sistema de citas, la provisión de los servicios de vacunación parece carecer de otra calidad –adicionalmente a su difícil accesibilidad–: una comunicación adecuada.

4.2 Uso de servicios de monitoreo del crecimiento

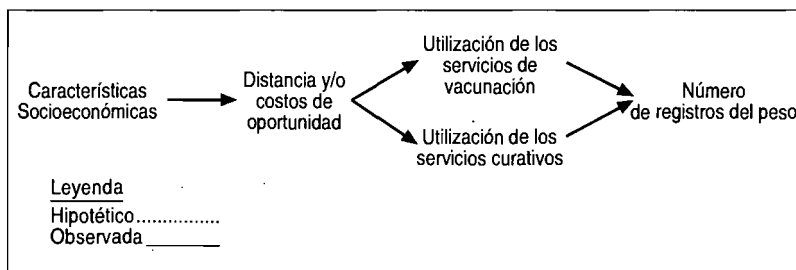
Una segunda serie de observaciones concierne al uso de los servicios de monitoreo del crecimiento. La participación en actividades de monitoreo del crecimiento parece directamente influenciada por el estado vacunal e indirectamente por la distancia hacia los Centros de Salud. Un análisis adicional indica que aquellos niños que han recibido sus vacunas básicas, presentan un promedio de aproximadamente 3.4 visitas extras para el control del peso. Consecuentemente, el uso de este servicio parece ser mayor que en el caso de las vacunaciones. También en el caso de los niños que no están adecuadamente inmunizados, el promedio de visitas para un control del peso excede las visitas por motivo de las vacunaciones. Esto implicaría, además, que el uso del servicio de monitoreo del crecimiento es mayor en este grupo.

Estas observaciones son paradójicas: sugieren que la demanda por el monitoreo del crecimiento supera a la demanda por los servicios de vacunación. Esto contradice los resultados

obtenidos en la misma zona con grupos focales de madres y con las entrevistas al personal de salud (véase Capítulo 7 [Lefèvre & Hoérée *et al.*]), los cuales indican que no existe una real demanda por el monitoreo del crecimiento. Consecuentemente, esperábamos que las visitas por motivo de la medición del peso se suspenderían después de la conclusión del esquema de vacunación y que la distancia hacia los servicios tendría una influencia significativa.

Sin embargo, observaciones adicionales de la provisión de los servicios en el Centro de Salud pueden echar luces sobre esta supuesta contradicción. Las enfermeras miden el peso de manera rutinaria cada vez que un niño llega al Centro de Salud. No podemos calcular el número de consultas de cada niño por razones de salud. Sin embargo, es muy probable que el número de registros adicionales del peso se debe al número de consultas por motivos curativos. Aunque se requiere de confirmaciones adicionales, esta hipótesis puede explicar la contradicción en los datos. El cuadro que surge, sería el siguiente (véase Gráfico 1).

Gráfico 1: Modelo explicativo del uso de servicios en la zona de estudio



El número de registros del peso en el CSI es determinado por el uso de los servicios de vacunación y de curación. El uso de estos servicios está influenciado por la residencia y la idoneidad de los horarios de atención del Centro de Salud en relación con los horarios de trabajo de los padres. Éstos, a su vez,

están determinados por variables socioeconómicas. Consecuentemente, el número adicional de registros del peso en los CSI de los niños de la zona de estudio se explica por el uso de servicios curativos y no por los servicios de monitoreo del peso en sí.

5. Conclusiones

Los datos registrados en los CSI sólo permiten una mirada limitada sobre lo que pasa durante las visitas entre los niños, los padres y los servicios de salud. A pesar de que se necesitarían mayores investigaciones para confirmar nuestra interpretación, proponemos dos conclusiones.

La primera conclusión es que no existe ninguna prueba, o sólo una prueba muy limitada, de la existencia de una demanda por los servicios de monitoreo del crecimiento. Las mediciones de peso se registran de manera rutinaria en los CSI si éstos están disponibles durante las consultas de curación, las sesiones de vacunación u otras actividades. Las tasas de uso de estos servicios están influenciadas por problemas de accesibilidad (costos de transporte y de oportunidad) que a su vez influyen indirectamente en el número de registros del peso en los CSI de los niños. El monitoreo del crecimiento nunca es la razón primordial para recurrir a los servicios de salud. Esto, sin embargo, no excluye que los padres no están interesados en recibir consejos y apoyo respecto al crecimiento de sus hijos (véase Capítulo 7 [Lefèvre & Hoérée *et al.*]).

La segunda conclusión, de carácter más general, es que los servicios de salud no llegan a los niños que más los necesitan. En su proceso racional de toma de decisiones, la gente prioriza de acuerdo a los medios disponibles (Helman 1994). Lo que probablemente guía su decisión en casos de enfermedad es la percepción de la gravedad de la situación y dónde esperan recibir una ayuda efectiva (véanse Capítulos 4 [Rubín de Celis & Pecho *et al.*] y 5 [Suremain]). En cuanto a las vacunaciones, la demanda no parece lo suficientemente fuerte como para justificar el

costo de obtenerlos. Consecuentemente, para conseguir consejos y ayuda con relación a la promoción del crecimiento, la gente probablemente se dirija a padres, vecinos, curanderos tradicionales o incluso a los medios de comunicación.

Corregir las desigualdades en el acceso a los servicios de salud no es una tarea fácil. Requiere inversiones en una infraestructura de salud que sea más accesible para la población, repensar la organización actual de los servicios, pero también modificar las actitudes del personal de salud. No solamente existe una necesidad por mayores fondos. Existe una necesidad de escuchar más atentamente las demandas de los padres, con el fin de poder tomar en cuenta las dificultades que éstos enfrentan al criar a sus hijos y mantenerlos en buena salud.

El proceso de descentralización actualmente en curso en Bolivia, mediante el cual la responsabilidad para el desarrollo local es transferida progresivamente a los políticos elegidos a nivel local, podría ser una oportunidad para organizar este proceso consultivo y participativo (Van der Venett 1999). Bajo la condición, por supuesto, que el total del presupuesto para la prevención y promoción de la salud se mantenga –o mejor, aumente– y que los mecanismos de redistribución de este tipo de democracia local puedan funcionar adecuadamente.

Referencias bibliográficas

CAPE, N.

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

DIXON, R.A.

1991 "Monitoring the growth of the world's children", *Annals of Tropical Paediatrics* 11: 3-9.

FEHRSEN, G.S. & HENBEST, R.J.

1993 "In search of excellence. Expanding the patient-centred clinical method: a three-stage assessment", *Family Practice* 10(1): 49-54.

GARNER, P. & PANPANICH, R. & LOGAN, S.

2000 "Is routine growth monitoring effective? A systematic review of trials", *Archives of Disease in Childhood* 82: 197-201.

GEREIN, N.

1988 "Is growth monitoring worthwhile?", *Health Policy and Planning* 3(3): 181-194.

HELMAN, C.G.

1994 *Culture, Health and Illness. An Introduction for Health Professionals*. Oxford: Butterworth-Heinemann.

SECRETARIA NACIONAL DE SALUD (SNS)

2000 *Carnet de Salud Infantil*. La Paz: Secretaría Nacional de Salud.

SUREMAIN (de), Ch.-É. & LEFEVRE, P. & SEJAS, E. & ZAMBRANA, E.

2001 "L'alimentation comme rituel ordinaire. Réflexions sur les implications opérationnelles d'une recherche sur la croissance et le développement de l'enfant en Bolivie", *Ethnologies Comparées* 3: <http://alor.univ-montp3.fr/cerce/revue.htm>.

VAN DER VENNET, J.

1999 "La participation populaire en Bolivie évite-t-elle l'écueil du populisme ?", ponencia en el Coloquio 'Anthropologie des systèmes de santé', Paris, doc. mimeo.

La práctica de la promoción de la salud por parte del personal en un Centro de Salud rural de Bolivia

Tom Hoerée, Emilio Zambrana, Edgar Sejas & Pierre Lefèvre

1. Introducción

Desde los años 60, el Carnet de Salud Infantil (CSI) ha sido asignado y promovido como instrumento principal para registrar todas las actividades en torno a la promoción de la salud destinadas a niños menores de cinco años en los países en vías de desarrollo. En general, este CSI contiene información de aproximadamente tres Programas de salud. El primero es el "Programa Ampliado de Inmunización" (PAI) reconocido por su eficacia en la reducción de la morbilidad y mortalidad infantiles. El segundo es una mezcla de Programas de suplementación de vitaminas y micronutrientes, en los que se promueven especialmente suplementos de hierro y de vitamina A—como es el caso en Bolivia—por su conocido efecto en la salud infantil. El tercero es el Programa de monitoreo y promoción que consiste en medir y registrar el peso de los niños en una curva peso/edad, actividad que debería incitar al personal de salud a adecuar los consejos nutricionales a las necesidades de cada niño o estimular a los padres a dar un seguimiento activo al crecimiento específico de cada niño. Es por esta curva que en los primeros tiempos de su introducción, el CSI fue llamado "Camino hacia el Carnet de Salud" o sencillamente "curva de crecimiento". Sólo cuando los otros Programas estuvieron mejor establecidos y los registros para su

seguimiento fueron introducidos en el CSI, este nombre se cambió por "Carnet de Salud Infantil".

Aunque es evidente que una mejor nutrición tiene un profundo impacto en la salud del niño, este complejo tercer Programa ya está bajo examen por más de dos décadas (Cape 1988; Dixon 1991; Gerein 1988). Aunque no se cuestionan los consejos a favor de un amamantamiento prolongado y de prácticas adecuadas de destete como parte esencial de cualquier programa de promoción de la salud infantil, se está discutiendo la práctica de medir y registrar rutinaria y regularmente el peso (que se recomienda realizar una vez por mes). La primera crítica es que el Programa casi nunca se ejecuta de acuerdo a las recomendaciones, lo que conduce a un escaso cumplimiento y, consecuentemente, al incremento de los costos de oportunidad (Gopaldas & Christian *et al.* 1990). La segunda crítica es que por lo menos una de las partes previstas en el Programa, los padres, frecuentemente no son capaces de usar la curva como una herramienta para dar seguimiento a la salud de sus hijos porque no la entienden o no saben interpretarla (Aden & Brännström *et al.* 1990; McAuliffe & Falcao *et al.* 1993; Owusu & Lartey 1992). Finalmente, la tercera crítica cuestiona la suposición fundamental de que la medición regular del peso tenga de alguna u otra forma un efecto positivo en el crecimiento de los niños. En el único estudio controlado sobre este tema, el aumento de peso advertido después de una observación de 30 meses de duración, no pudo ser atribuido al uso de la curva de crecimiento, indicándose que fueron las otras partes del Programa de promoción de la salud –vacunación, suplementación y asesoramiento nutricional– las que produjeron los resultados positivos (George & Latham *et al.* 1993).

Después de varias décadas de inversión en el monitoreo del crecimiento, parece que –por lo menos desde el punto de vista de los académicos– ya no existen muchos argumentos para continuar con su promoción. A partir de los debates científicos, está claro que la ejecución del Programa de monitoreo del crecimiento es fortuita, que las madres no lo entienden –ni lo aplican– (véase Capítulo 7 [Lefèvre & Hoérée *et al.*]) y que

no tiene un valor agregado en la promoción de la salud en general. El único argumento que quedó para mantener la medición del crecimiento del niño en el CSI, es que una serie de mediciones en el pasado puede facilitar la evaluación del crecimiento de un niño en un momento dado. Sin embargo, entonces se debería dar prioridad a los parámetros talla/edad y peso/talla antes que al peso/edad, ya que son indicadores más específicos del estado nutricional pasado y presente, y que su interpretación no depende de mediciones regulares (Hoerée & Kolsteren *et al.* 2002).

Estas conclusiones no nos deberían sorprender, puesto que no son las herramientas utilizadas las que determinan los impactos del asesoramiento. Es la relevancia del contenido y la calidad de la interacción durante el asesoramiento lo que en última instancia influye en el comportamiento de la gente. Por esta razón, no tiene mucho sentido evaluar la eficacia de una herramienta de comunicación, a no ser que se controle el contenido y la interacción. Ahí donde es posible estandarizar, hasta cierto punto, el contenido del mensaje mediante el entrenamiento y la supervisión, el control de la interacción es mucho más difícil, si es que es posible del todo. Los factores relacionados tanto con los actores involucrados como con el contexto en el que la interacción se lleva a cabo, son innumerables y diversos, y todos tendrán una influencia sobre qué aspectos y en qué dimensión el asesoramiento se llevará a la práctica (Mead & Bower 2000). El estatus socioeconómico y el nivel educativo son reconocidos como factores relacionados al paciente. Las preferencias personales, la profesión, la universidad o la escuela de graduación son conocidas como factores relacionados al trabajador de salud. Y, finalmente, la disposición de tiempo y la privacidad sólo son algunos de los factores relacionados al contexto. Como todos estos factores se combinan de forma diferente en cada encuentro, es imposible ofrecer directrices estandarizadas de cómo hacer frente a cada interacción específica. Lo que se necesita es un enfoque comprensible y fácil de transmitir.

Se reconoce que un enfoque comunicativo que sea receptivo, caracterizado por la empatía o centrado en el paciente, es el más efectivo para cambiar el comportamiento de la gente. En este enfoque, la interacción se caracteriza por escuchar activamente los problemas con los que se enfrentan los padres al criar a sus hijos. En este caso, los consejos impartidos se adaptan a las necesidades identificadas (Fehrsen & Henbest 1993). Esta forma de interacción es claramente bidireccional, aunque probablemente algo paternalista, pero nunca autoritaria y jamás censura. Pero, incluso cualquier persona completamente convencida de los beneficios de este enfoque, coincide en que, por las particularidades de cada situación, no es posible una comunicación adecuada en cada encuentro. Entender hasta qué punto el personal de salud actúa con empatía e identificar los problemas con los que se enfrenta, proporcionaría información valiosa a instructores y supervisores de cómo fortalecer la habilidad de los trabajadores de salud en el ámbito de la comunicación efectiva.

Un objetivo del Proyecto fue entender mejor la práctica del personal de salud en el campo de la promoción de la salud. Con este fin, se realizaron entrevistas semiestructuradas con todo el personal de salud que se ocupa de la asistencia a los niños en un Centro de Salud rural en la zona tropical del Chapare en Bolivia (véase Capítulo 1 [Suremain]). Las siguientes fueron algunas preguntas específicas de la investigación: “¿Cómo y cuándo brinda el personal de salud asesoramiento o consejos de salud y de nutrición?”; “¿Cuáles son las oportunidades y los obstáculos con los que se enfrenta el personal de salud al brindar asesoramiento o consejos de salud o de nutrición centrados en los pacientes?”; “¿Tiene el CSI un valor agregado para el desempeño del personal?”.

2. Población y Metodología

Se entrevistó al conjunto del personal de salud involucrado en la atención a los niños en el Centro de Salud público rural

de Chimoré, en el Distrito del Chapare en Bolivia. Se trata de tres enfermeras auxiliares (EA1, 2 y 3: *referencias en las citas*), una enfermera licenciada (EL) y dos médicos (MD y DIR). Todo el equipo ha sido recientemente nombrado para sus puestos. Al momento de la investigación, las enfermeras auxiliares estaban trabajando desde hace tres, cuatro y doce meses, respectivamente, después de haber recibido su formación básica. Tanto la jefa de enfermeras como el MD habían cumplido tres meses de su contrato de un año de duración y el Director del Centro de Salud diez meses de su contrato de tres años.

Las preguntas formuladas en la entrevista sondearon los conceptos y las prácticas de estos profesionales con relación a la promoción de la salud, del crecimiento y del desarrollo de niños menores de cinco años. Una pregunta indagó además cómo el CSI les ayuda en la promoción de la salud. De las transcripciones de las entrevistas semiestructuradas se extrajeron temas claves. Éstos se organizaron en un libro de códigos y luego todas las entrevistas fueron codificadas correspondientemente. A continuación, se sintetizaron resúmenes de fragmentos de texto por código (Miles & Huberman 1994; Patton 1990). El manejo de los datos se realizó con ayuda del paquete de software QSR*NUDIST.

Las entrevistas consistieron en dos bloques temáticos:

Tema 1: La percepción del personal acerca de la salud, el crecimiento y el desarrollo de los niños	Tema 2: Comprensión, uso y apropiación del CSI por el personal de salud
<p>¿Qué significa la salud del niño para usted? ¿Y qué son los factores que influyen en la salud del niño? ¿Según usted, existe una diferencia entre salud, crecimiento y desarrollo de los niños? ¿Discute usted sus ideas sobre este tema con sus colegas en el trabajo? ¿Discute usted sus ideas con las madres que acuden a usted? ¿Qué son, según usted, las ideas de las madres sobre la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño?</p>	<p>¿Qué hace usted durante su trabajo cotidiano para mantener o promover la salud del niño? ¿Cuándo y cómo usa usted el CSI? ¿Podría usted referir detalladamente cómo y cuándo usó por última vez el CSI? ¿Según usted (y su experiencia), en qué consiste la utilidad del CSI? ¿Según su experiencia, facilita el CSI la comunicación con los padres? ¿Le ahorra tiempo? ¿Qué piensan sus colegas de la utilidad del CSI? ¿Se podría mejorar el contenido o el diseño del CSI? ¿Cómo?</p>

3. Resultados

3.1 La práctica de la promoción de la salud: ¿qué, cuándo y cómo?

Los tópicos de la promoción de la salud mencionados por todo el personal proporcionaron explicaciones sobre enfermedades, especialmente el sarampión, la malaria y la diarrea, y sobre cómo prevenirlas con medidas de higiene o vacunación. En segundo lugar se mencionaron consejos nutricionales sobre los requerimientos de energía, el número de comidas y la importancia de las vitaminas:

Bueno, damos charlas a las comunidades, puede ser de las enfermedades de sarampión, de malaria, damos charlas así [EA3]; Cuando estoy haciendo la vacunación al niño, es a la madre que la comparto [la importancia de las vacunas] [EA1]; Más en consulta externa [curativa], yo con las madres cuando sus niños que tienen problemas, siempre doy una orientación, así, no como quisiera, pero una nutrición, la parte psicológica y a nivel higiene, todo eso; de acuerdo a la situación económica de la familia, doy cierta información básica, no para hacer el seguimiento más que entonces... dando una orientación una concientización a la gente; se orienta bastante a las madres la importancia de las vacunas, la importancia de la salud del niño, pero tampoco no entramos así, digamos en concreto, ¿no ?, lo que es nutrición [DIR].

La promoción de la salud se realiza individualmente o en forma de conferencias con un grupo de gente. Tiene lugar dentro del Centro de Salud –durante “*well baby clinics*” (“clínica del niño sano”) preventivas o servicios curativos– y fuera de él, especialmente durante campañas de vacunación:

Bueno, salimos a las comunidades a hacer campañas de vacunación, dar charlas. Cuando de cualquier epidemia que aparece, vacunamos, hacemos peso y talla [EA2]; Bueno, damos charlas a las comunidades, puede ser de las enfermedades de sarampión, de malaria, damos charlas así [EA3].

La promoción de la salud es entendida primordialmente en términos de educación impartida al público sobre diferentes temas relacionados con la salud infantil. En la mayoría de los casos, las mujeres o madres constituyen el público principal:

Sí, a las madres hay que, hay que enseñar a las madres ¿no? que su hijo está creciendo, desarrollando más y va ser más, más crecido, más desarrollado poco a poco ¿no? [EA2]; Entonces cuando ella dice 'sí, usted me dijo que el crecimiento y el desarrollo de mi hijito es así', así entonces ya estoy segura y bien segurísima de que esa madre me ha llegado a entender' [EA3].

La idea de tener que educar a las madres y transmitirles mensajes sobre la salud que deben ser entendidas, es muy fuerte y parece basarse en cierto grado de desconfianza en las capacidades de las madres de proporcionar un buen cuidado a sus hijos. El personal de salud justifica su actitud remitiendo parcialmente al bajo nivel educativo de la población el que haría que no sepa cómo cuidar adecuadamente la salud de sus hijos:

A veces no lo comprenden ¿no? lo que es crecimiento y desarrollo, entonces hay esa laguna; entonces sería bueno resolverla, ¿no? [DIR]; De desarrollo creo que [las madres] no tienen una base conceptual de lo que debería ser [EL].

Sin embargo, para algunos existe una causa más profunda: están convencidos de que los padres no se preocupan por el bienestar de sus hijos. A pesar de que todos mencionan la difícil situación socioeconómica en la cual los niños de la zona son criados (véase más abajo), cuando se les pregunta qué factores afectan a la salud de los niños, nadie demuestra comprensión por las dificultades con las que se enfrentan los padres. El hecho de que éstos generalmente recurren al Centro de Salud sólo cuando la enfermedad de su hijo ya está en un estado muy avanzado o de que su asistencia a las "well baby clinics" preventivas es frecuentemente irregular, no se atribu-

ye a la falta de tiempo o de recursos monetarios, sino que se considera como una falta de comprensión y de preocupación:

Es raro ¿no?, raro que la madre así deje todo, deje su chaco, se preocupe por su niño y, digamos, haga caso lo que el médico le dijo [DIR]; Ellas más traen a sus hijos cuando ya están bien enfermos, a último no se preocupan de la salud de su hijo, algunas madres, ¿no? [EA2].

Cualquiera que sea la razón de esta actitud "educacionista", la forma que adopta se parece a las prácticas que encontramos en el ámbito de la enseñanza primaria y que se caracterizan por una actitud más bien paternal. La solicitud por parte del personal de repetir los mensajes transmitidos parece asegurarles que éstos fueron comprendidos e integrados por los padres. La información o la falta de información en el CSI frecuentemente provoca esta forma de asesoramiento:

Entonces muestro a la madre que si está bajando, entonces le digo que 'tu niño está bajando, que no está bien, que no lo estás alimentando bien, tienes que mejorar!'"[EA1]; Bueno este, cuando uno, o sea cuando yo les digo a las mamás: '¿me han entendido?', entonces ellas dicen: 'sí, he entendido, me ha dicho esto, esto'. Entonces, cuando ella repite, o sea dice lo que yo le he dicho, entonces hasta yo misma me aseguro que esa madre llegó a entender [EA3].

Existen, sin embargo, algunos indicios de que el personal de salud contesta las preguntas adecuando sus consejos a las situaciones de las madres. Especialmente el equipo médico, la enfermera licenciada y una de las enfermeras auxiliares [EA3] dan claros ejemplos de este tipo de comunicación:

Siempre me andan preguntando, y a veces me siento y hablo con ellas sobre cómo tiene que ser, más que todo esto hablo con las puerperas, de la alimentación de la leche marterna; tiene que ser hasta los seis meses estrictamente [EL]; Le voy preguntando sobre salud, si alguien [las enfermeras auxiliares] le ha hablado sobre

vacuna, le han hablado sobre crecimiento y desarrollo de su hijo, si alguien le explicó; ella me va explicando y así voy argumentando las pautas que ellas no tienen [EL]; Hemos conversado, hemos tenido en dos comunidades reuniones con las madres, ¿no?, y entonces ellas nos han comentado de que, que podían ellos, este, ser, ser..., digamos, en una diarrea que tienen sus niños; entonces ellas nos han dicho que será por el agua sucia o no sabemos por qué, pero hay veces que por temporadas nos llega que los niños se enferman con diarrea, entonces nosotros le hemos orientado ¿no?, de que ellos deberían de hacer sentar primero el agua del río, que... porque más consumen agua del río ¿no?, y luego esa agua tienen que hacer hervir, ¿no?, y esperar que se asiente bien y todo, eso para que ellos la puedan consumir y no consumirla ya del río porque en los turbiones sabemos que el agua es sucia [EA3].

Este estilo de comunicación, no obstante, se practica de manera espontánea y sorprendentemente fuera del tiempo oficialmente previsto para ella ("*well baby clinics*"). La jefa de enfermeras y los médicos proporcionan ejemplos que están ligados a la práctica médica (parto y consulta curativa), donde responden a las preguntas de las madres o a las necesidades inmediatas de un niño relacionadas a una enfermedad concreta:

Entonces ellas mismas a veces parece que se les abre la mente y empiezan a sugerir (...) entonces tiene que irse acomodar. ¡Uno nota cuando hay interacción con la madre! [MD]; Entonces le digo, referente a eso, de acuerdo al problema con que vienen. Si vienen con diarrea, le digo que se laven las manos, que no se dejen a los niños, pero se le digo de acuerdo a la patología que vengán, trato de orientarlo [MD].

Aunque la mayor parte del personal de salud no se hace muchas ilusiones sobre los efectos de sus esfuerzos de promoción de la salud de los niños, reconocen la importancia de la educación, comunicación y el diálogo:

Entonces, dando una orientación, una concientización a la gente para que vuelva a traer a su niño al control (...) a veces resulta, a

veces no [DIR]; Por medio la informacion que le damos, ya ellas ya no rehusan, ¿no? Entonces ellas mismas quieren que se les vacunen, entonces es importante, ¿no?, para entre el personal de salud y la mamá y poder dialogar ¿no? [EA3].

3.2 Factores que influyen en la práctica receptiva

Los médicos parecen tener una relativa ventaja en comparación con las enfermeras, ya que en la privacidad del consultorio disponen de algo más de tiempo para escuchar y contestar las preguntas de las madres o para dar consejos de cómo determinada enfermedad puede ser prevenida en el futuro. Aunque se quejan –o más bien se culpan a sí mismos– de no practicarla lo suficientemente, la promoción de la salud está mucho más integrada en su principal actividad que en las de las enfermeras.

Éstas parecen tener menos oportunidades para contactos de persona a persona y se quejan de la falta de tiempo para la promoción de la salud. También parece que no consideran el asesoramiento y los consejos como una parte de sus funciones, ya que su principal responsabilidad consiste en la administración y el registro de las vacunas, la medición y el registro del peso y de la talla de los niños, así como en la actualización de los registros del Ministerio de Salud:

Bueno, en este viaje que hemos ido abajo, sí hemos tenido conversación, porque hemos ido a dos [enfermeras] a hacer trabajo abajo de atención. Entonces hemos conversado, hemos tenido en dos comunidades reuniones con las madres [EA3]; Hum, se utiliza, pero a veces es más la parte de enfermería la que lleva todos los datos, porque hay varios datos que hay que llenar; entonces, la parte de enfermería llena y, digamos, peso, talla, peso, eh la edad de cuando se le pesa, hay un esquemita, ¿no? donde se anota el peso por consulta, ¿no?, por meses, y atras es la cuestión del PAI, entonces es más que todo la parte de enfermería que lo lleva eso, ¿no? [DIR]; Porque el peso y talla los tengo que tomar y anotar, tanto en la historia como en el Carnet y las vacunas en mi libro de PAI, en el Carnet y el gráfico para

cuando vaya al médico, el médico abre el Carnet y el gráfico si está subiendo, bajando o si está en el medio [EL].

Cuando se usa el CSI, su principal propósito es comprobar si el estado vacunal del niño está actualizado, y en segunda instancia, dar seguimiento al crecimiento (utilizando la curva de crecimiento como un indicador). Aunque cuando se le pide al personal recordar la última vez que usaron el CSI, la mayoría indica que constituye un excelente resumen del estado de salud de los niños, su utilización para este propósito no es del todo sistemático. La mayoría de las veces parece funcionar como un carnet de identidad para copiar datos administrativos:

El Carnet me dice 'el PAI' ... [EL]; No sé, bueno, yo misma estaría ciega, ¿no?, cómo está el niño, cómo está creciendo, cómo está desarrollando, si el niño está con sus vacunas completas o no [EA1]; Así como la persona mayor tiene carnet de identidad, entonces es igual un Carnet de Salud para un niño ¿no? [EA3]; Servía para el nombre y saber su número de historia clínica o saber su número de seguro básico [DIR]; Si la madre trae el Carnet recién ven, [las enfermeras] anotan [las informaciones], si no trae, pasa así nomás, ¿no?, entonces no dan realmente, no dan importancia y a veces yo también, me incluyo [DIR].

4. Discusión

Cuando se pregunta a los trabajadores de salud sobre su práctica respecto a la promoción de la salud, algunos mencionan en primer lugar la actualización del esquema de vacunación. Sin embargo, todos están convencidos de tener un papel importante en la proporción de información y en el asesoramiento a los padres sobre cómo cuidar bien a sus hijos, y todos quisieran hacerlo más a menudo y tener más tiempo para ello.

En lo que concierne al concepto de la comunicación receptiva o caracterizada por la empatía, parece que el personal con mayor formación –los médicos y la enfermera licenciada– y

los que son de la comunidad local –la enfermera auxiliar [EA3]– tienen mayor capacidad de practicarla. Sólo estas cuatro personas proporcionan claros ejemplos de cómo contestaron las preguntas formuladas por las madres. Los médicos brindan este asesoramiento durante las consultas curativas realizadas por motivo de una enfermedad que afecta al niño, la jefa de enfermeras señala ofrecerlo especialmente después de los partos y la facilitadora de salud durante las reuniones de la comunidad. Sin embargo, se debe resaltar que en ninguna de estas ocasiones se indica que el CSI ha iniciado o apoyado la comunicación. Además, todos los ejemplos presentados fueron realizados fuera de las actividades de promoción de la salud asignadas “oficialmente”, especialmente las “*well baby clinics*” o Programas de prevención y promoción. Consecuentemente, podemos concluir que la comunicación receptiva se practica más bien excepcional que sistemáticamente.

En efecto, exceptuando los pocos ejemplos presentados arriba, en gran parte de la práctica señalada por el personal de salud, todavía se divisa una actitud verdaderamente paternalista o “educacionista” hacia la población. El personal parece realmente convencido de que debe educar –u “orientar”, en sus propios términos– a la gente, postura ilustrada por su estilo de comunicación que se parece al de la “enseñanza primaria”. Además, tienen dificultades para tomar en cuenta la totalidad del contexto específico en el que viven los niños de la zona. Especialmente su percepción de la contribución de los padres es ambigua. Algunos dudan explícitamente de la capacidad de cuidado y de la preocupación de los padres, aunque otros factores –como la dificultad de encontrar medios de transporte– podrían explicar la asistencia irregular. Estas generalizaciones contrastan fuertemente con las respuestas cuando se les pregunta acerca de los determinantes de la salud del niño. En este caso sí se menciona el contexto socioeconómico. Sin embargo, cuando hablan de comportamientos inesperados por parte de los padres, reinciden en las generalizaciones, como la ignorancia, la incapacidad o incluso el descuido. Parece que el

personal de salud considera a los padres principalmente como un potencial obstáculo, desestimando el papel central que juegan en el cuidado de la salud de los niños, además de mostrar más empatía hacia los niños que hacia los padres.

En lo que concierne al CSI, el personal afirma que le ayuda en las actividades de promoción de la salud, aunque en la mayoría de los ejemplos señalados no mencionan usarlo. No obstante, puede existir una confusión en la terminología, ya que la expresión "promoción de la salud infantil" es usada para todas las intervenciones que tienen un efecto positivo en la salud del niño, como también en el sentido mucho más restringido de informar, educar y comunicar. El personal de salud claramente emplea esta expresión en el sentido amplio, ya que vincula el uso del CSI con el control del estado vacunal o con situaciones en las que utiliza la historia clínica de un niño durante una consulta por motivo de una enfermedad.

Preguntas específicas para indagar si y cómo el CSI les ayudó en la comunicación con las madres revelaron, sin embargo, que el CSI –al igual que en el caso de impartir consejos con mayor empatía– es más bien contraproducente. El uso del CSI acentúa claramente su actitud ya en sí–"educacionista". Dan notables ejemplos de cómo reprendieron a las madres por no cumplir con el cronograma de vacunación o, peor, por no alimentar lo suficientemente a sus hijos.

A pesar de que existe la voluntad de comunicar y educar, el desempeño de estas actividades se ve restringido por la falta de tiempo y las definiciones del trabajo del personal de salud, especialmente en el caso de las enfermeras. Éstas atribuyen su falta de tiempo principalmente al hecho de que son responsables de las tareas de carácter más técnico y administrativo en la promoción de la salud: vacunar, pesar, registrar y actualizar los registros del Ministerio de Salud. El Director del Centro coincide con esta definición restringida del trabajo y parece considerar la interpretación de los registros y la comunicación con los padres como una tarea del médico. Sin duda, esta división de las tareas es fomentada por la alta jerarquía del Ministerio de Salud: du-

rante las visitas de supervisión, Gerentes de Programas controlan los registros y en las reuniones de Distrito sólo se revisan las estadísticas. Por otro lado, a pesar de que en la privacidad de sus consultorios los médicos tienen numerosas oportunidades de comunicación y asesoramiento, admiten que no se dedican lo suficientemente a esta actividad. Aunque no especifican las razones, es muy posible que su práctica comunicativa esté limitada por la percepción de sus propias funciones. Al igual que la mayoría de los médicos, probablemente ven su tarea primordial en la cura, concediendo menos importancia al cuidado y el dar consejos o a la promoción de la salud propiamente dicha.

5. Conclusiones

Para el personal de salud de la zona de estudio, el CSI está destinado a monitorear la participación en los Programas de prevención y promoción de la salud del niño. El CSI constituye principalmente un instrumento para registrar y, consecuentemente, controlar la asistencia de los niños. Es por esta razón que el personal usa el CSI como una herramienta de control y no como una oportunidad para dar consejos.

Esto, sin embargo, no debería sorprender, ya que un instrumento para apoyar la comunicación no puede llenar los vacíos conceptuales o de actitud. Cualquier instrumento se basa en un enfoque conceptual y de actitud, y es el enfoque el que define cómo se usa el instrumento. En el área de estudio, la falta de un enfoque conceptual para la comunicación efectiva se manifiesta, además, por el hecho de que la comunicación con empatía sólo se practica fortuitamente. Sin embargo, el hecho de que una parte del personal de salud es capaz de practicar este tipo de comunicación, indica que existe un potencial para introducir las habilidades y técnicas correspondientes.

Lo que se requiere para lograr esta comunicación es el estímulo y el fortalecimiento a través del entrenamiento, así como la supervisión. No obstante, para la promoción de la salud in-

fantil –en el sentido restringido de brindar asesoramiento y consejos– se necesita más que simplemente un concepto y una comunicación diaria efectiva, también el contenido debería ser elaborado con mayor detalle. Pero también en este aspecto, el personal de salud carece de algunos conceptos fundamentales.

Los niños no viven aislados, su familia constituye el entorno en el que “se desarrollan bien” o no se desarrollan. A pesar de que el personal de salud admite las dificultades generadas por el entorno socioeconómico de la población, no trabaja lo consideran. Con demasiada frecuencia consideran la situación familiar –especialmente si es problemática– como un obstáculo en vez de percibir las oportunidades que brinda para mejorar las posibilidades de un mejor crecimiento y desarrollo. Deben aprender que tienen que adoptar un enfoque mucho más centrado en los padres o la familia, lo que significa que en cada contacto deberían tomar en cuenta la totalidad de la situación del niño. Sólo cuando hayan asumido este enfoque más holístico, en el que cada contacto es considerado como una oportunidad, el CSI puede convertirse en un instrumento más efectivo de la promoción de la salud infantil.

¿Cómo se puede mejorar esta situación? Nuestros resultados indican claramente lo que se debe hacer para cambiar la situación actual. El personal de salud debería adquirir una comprensión más profunda de cómo el entorno influye en las oportunidades de crecimiento y desarrollo de los niños menores de cinco años. A nivel micro, es la familia y, especialmente, los padres que son de primera y directa importancia. A nivel meso, es la comunidad en la que vive la familia que determina las posibilidades de crecimiento y desarrollo del niño. Por lo tanto, el primer reto es hacer entender esta situación al personal de salud. El segundo reto consiste en encontrar un enfoque estratégico adecuado que el personal de salud pueda aplicar con confianza para influir en estos importantes determinantes del entorno para la salud del niño.

Se pueden proponer tres diferentes enfoques para lograr estos retos.

El primero está centrado en los padres o la familia y se lleva a cabo en la privacidad del consultorio (Fehrsen & Henbest 1993; Lewin & Skea *et al.* 2001; Mead & Bower 2000). En este enfoque, los trabajadores de salud aprenden cómo escuchar atentamente las preocupaciones de los padres. Partiendo de las necesidades del niño específico, aprenden cómo adecuar su asesoramiento a la situación concreta de los padres. La capacitación en destrezas de comunicación y asesoramiento ayuda a los trabajadores de salud a adquirir una comprensión mejor y más respetuosa de los problemas con los que se enfrentan los padres al criar a sus hijos y les ayuda a contestar de forma más adecuada. Durante este tipo de entrenamiento, los trabajadores de salud también deberían aprender a apreciar las dificultades que atraviesan los padres en sus intentos de preservar la salud de sus hijos. Este enfoque probablemente se ajuste mejor a la identidad profesional de la mayoría de los trabajadores de salud, ya que gran parte de entre ellos considera la educación respecto a la salud como parte de sus tareas, como indica nuestra investigación. Otra condición es que la jerarquía en el sistema de salud admita este enfoque, cambiando su forma de supervisión. Ésta debería estar menos dirigida al control y más orientada hacia una oportunidad continua de capacitación. Estos cambios pueden requerir modificaciones sustanciales en la forma actual de operar de los sistemas de salud, aunque sólo constituyen el primer paso de una ayuda más adecuada a los padres.

El segundo enfoque se centra en el entorno más amplio y está orientado hacia la participación comunitaria. Este enfoque puntualiza el concepto de estrategias de supervivencia y de la teoría del aprendizaje social (Elmer 1997). Partiendo de la observación que dentro de los obstáculos del mismo contexto algunas familias logran mejores indicadores de resultados de la salud del niño (como por ejemplo la tasa de desnutrición) que otras, surgió la idea de que estos "desviantes positivos" podrían ayudar a las familias menos exitosas (Berggren & Burkhalter 2002). La tarea principal del trabajador de salud es identificar a estas familias exitosas y ponerlas en contacto con

las menos exitosas. El aprendizaje y la difusión de estas destrezas de supervivencia en sí se basan en la participación y en la comunidad. Para poner a los trabajadores de salud en condiciones de facilitar los intercambios, requieren una comprensión suficiente de las dinámicas de grupo y adquirir destrezas en dirigir debates y el trabajo en grupo. En este enfoque, los trabajadores de salud ya no son los únicos expertos, las competencias de la comunidad son valoradas de igual manera. Consecuentemente, el personal de salud debería compartir una parte de su estatus social con por lo menos algunos miembros de la comunidad, lo que podría provocar resistencias. Además, la cultura de la mayoría de los sistemas de salud –incluyendo el sistema educativo– no favorece este enfoque; se necesitan definitivamente inversiones adicionales y tiempo para lograrlo.

El tercer enfoque está orientado a influir en los procesos políticos locales, a fin de mejorar la provisión del servicio y las condiciones de vida locales. A pesar de que numerosos proyectos exitosos han demostrado su viabilidad, lo que perjudica muchos esfuerzos es que esta estrategia apunta esencialmente a la participación política. Está claro que para lograr esta última, se necesita más que algunos trabajadores de salud con buena voluntad, especialmente si aquellos que deberían participar son familias pobres desfavorecidas que normalmente están excluidas de ese tipo de participación. Uno puede plantear la pregunta si el grupo de trabajadores de salud profesionales es el más adecuado para iniciar estos procesos, ya que requieren de un compromiso que presupone una visión política clara. Como lo ilustra el Director del Centro de Salud, quizás no sea algo que se pueda pedir a todo el personal de salud: *"Si hay un problema familiar, si hay un problema económico, tratamos siempre de apoyar a la familia. Entonces tratamos de apoyar en todo sentido pero eso es [una] gran limitante. No podemos así abarcar y hacer seguimiento de todos los problemas"*.

Cualquiera que sea el enfoque elegido, un buen entendimiento de las necesidades de los niños, una mayor comprensión de los mecanismos que permiten enfrentar situaciones di-

fíciles y mayores destrezas en la comunicación efectiva son los requerimientos básicos para cualquier mejora en la práctica de la promoción de la salud. Es evidente que la mayoría de los currículos de las escuelas de salud o las facultades de medicina, actualmente no se ocupan lo suficientemente de las condiciones para adquirir estas destrezas. Su introducción requeriría de adaptaciones del currículo en programas básicos de capacitación y, para los que ya las practican, cursos de actualización dentro de programas continuos de educación. Además, la evaluación del personal durante las visitas de supervisión y control en los Ministerios de Salud se debería adaptar y pensar más como oportunidades continuas de capacitación.

Referencias bibliográficas

- ADEN, A.S. & BRÄNSTRÖMM, I. & MOHAMUD, K.A. & PERSSON, L.A. & WALL, S.
1990 "The growth chart-a road to health chart? Maternal comprehension of the growth chart in two Somali villages", *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 4: 340-350.
- BERGGREN, W.L. & BURKHALTER, B.R.
2002 "Introduction". En: *Hearth Nutrition Model: applications in Haiti, Vietnam and Bangladesh* (Wollinka, O. & Keely, E. & Burkhalter, B. & Bashire, N. ed.): 1-7. Arlington: BASICS.
- CAPE, N.
1988 "Growth charts: help or hindrance? Observations from rural Bangladesh", *Health Policy Planning* 3(2): 167-170.
- DIXON, R.A.
1991 "Monitoring the growth of the world's children", *Annals of Tropical Paediatrics* 11: 3-9.
- ELMER, M.I.
1997 "Hearth model's use of social learning theories and adult learning practices". En: *Hearth Nutrition Model: applications in Haiti, Vietnam and Bangladesh* (Wollinka, O. & Keely, E. & Burkhalter, B. & Bashire, N. ed.): 9-12. Arlington: BASICS.

FEHRSEN, G.S. & HENBEST, R.J.

1993 "In search of excellence. Expanding the patient-centred clinical method: a three-stage assessment", *Family Practice* 10(1): 49-54.

GEORGE, S.M. & LATHAM, M.C. & ABEL, R. & ETHIRAJAN, N. & FRONGILLO, E.A.

1993 "Evaluation of effectiveness of good growth monitoring in south Indian villages", *The Lancet* 342(8867): 348-352.

GEREIN, N.

1988 "Is growth monitoring worthwhile?", *Health Policy and Planning* 3(3): 181-194.

GOPALDAS, T. & CHRISTIAN, P.S. & ABBI, R.D. & GUJRAL, S.

1990 "Does growth monitoring work as it ought to in countries of low literacy?", *Journal of Tropical Pediatrics* 36(6): 322-327.

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

2002 "La prise en charge de la malnutrition chez les enfants préscolaires: le rôle des services de santé", *Cahiers Santé* 12(1): 94-99.

LEWIN, S.A. & SKEA, Z.C. & ENTWISTLE, V. & ZWARENSTEIN, M. & DICK, J.

2001 "Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations (Cochrane Review)", *Cochrane Database Syst. Rev.* 4: CD003267.

MCAULIFFE, J.F. & FALCAO, L. & DUNCAN, B.

1993 "Understanding of growth monitoring charts by literate and illiterate mothers in northeast Brazil", *Journal of Tropical Pediatrics* 39(6): 370-372.

MEAD, N. & BOWER, P.

2000 "Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature", *Social Science & Medicine* 51(7): 1087-1110.

MILES, M.B. & HUBERMAN, M.A.

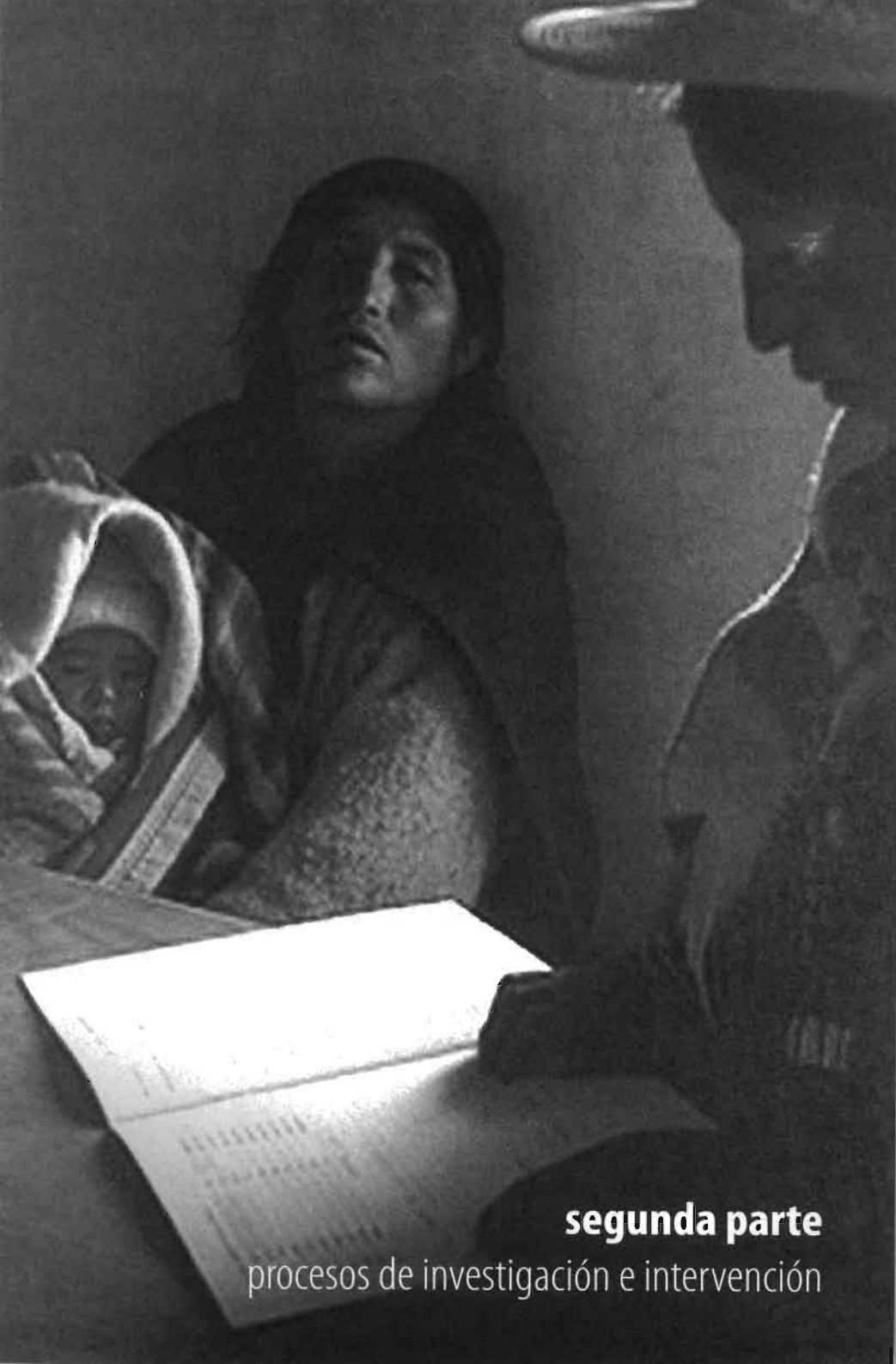
1994 *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Thousand Oaks: Sage Publications.

OWUSU, W.B. & LARTEY, A.

1992 "Growth monitoring: experience from Ghana", *Food and Nutrition Bulletin* 14(2): 97-100.

PATTON, M.Q.

1990 *Qualitative evaluation and research methods*. Beverly Hills: Sage Publications.



segunda parte
procesos de investigación e intervención



Hacia el cuidado global del niño. Una intervención en una zona urbano-marginal de Lima (Perú)

*Iris Pecho, Emma Rubín de Celis, Ruth Velarde,
Charles-Édouard de Suremain, Tom Hoérée & Patrick Kolsteren*

1. Introducción

En la zona urbano-marginal de Independencia (Lima), el problema del cuidado de la salud del niño menor de cinco años fue identificado por las promotoras de salud de la zona quienes, desde su labor de vigilancia nutricional domiciliaria, fueron las primeras en plantear las siguientes interrogantes: ¿Por qué algunos padres no valoran el estado nutricional de sus niños bajo los parámetros del peso y la talla? ¿Por qué los padres no llevan regularmente a sus hijos al Centro de Salud para su control de crecimiento y desarrollo? ¿Por qué cuando el niño enferma, no deciden llevarlo en primera instancia al Centro de Salud? El trabajo conjunto de las promotoras, los servicios de salud del Ministerio de Salud (MINSA), las Organizaciones No Gubernamentales, la Universidad y las Organizaciones Sociales de Base dieron origen a la fase de investigación exploratoria del Proyecto, orientada a conocer con mayor profundidad las explicaciones de los cuidadores acerca del crecimiento y desarrollo del niño antes de planificar cualquier proceso de intervención (véase Introducción General)¹.

1 Los actores sociales que trabajan por la salud en el Distrito participan en el Comité de Gestión de Salud del Distrito de Independencia, espa-

Las deficientes condiciones de vida de los pobladores de Independencia, entre las que destacan viviendas inadecuadas e insuficientes servicios básicos y de salud, reforzaron la necesidad de organizarse, con el fin de demandar y gestionar recursos para mejorar estas condiciones (véase Capítulo 1 [Suremain]). Como consecuencia, se han formado Organizaciones Vecinales y Organizaciones de Base; estas últimas constituyen redes sociales de amplia base que abarcan casi todo el Distrito².

La mayoría de los cuidadores de la salud del niño convocados a participar en la experiencia de intervención que se presenta en este Capítulo, pertenecen a estas Organizaciones de Base. Algo más del 50% de los participantes son promotoras de salud que vienen trabajando desde hace varios años como delegadas de salud o dirigentes de sus organizaciones en los Comités de Salud y de la Mujer de su zona y a nivel distrital.

El objetivo de la intervención desarrollada en el Proyecto es contribuir a mejorar el cuidado integral de la salud del niño por parte de los cuidadores de la zona de Ermitaño Alto del Distrito de Independencia.

El objetivo específico de la intervención apunta a lograr la integración de los conocimientos a partir de la iniciación y continuación de un proceso de reflexión sobre los conceptos y prácticas del cuidado de la salud del niño en todos los actores participantes. Los indicadores de éxito son la aceptabilidad, la voluntad y la continuidad de las acciones; la toma de iniciativas y decisiones por parte de los actores; y la energía y el entusiasmo para movilizar a otros miembros de la comunidad. La

cio de socialización, articulación y planificación conjunta de acciones de salud en base a los problemas identificados por sus integrantes, con Programas y Proyectos institucionales y de la comunidad organizada.

- 2 Vaso de Leche, Comedores Populares, Clubes de Madres, entre las principales. Son organizaciones dirigidas por mujeres que trabajan solidariamente para satisfacer la necesidad de subsistencia de los grupos más vulnerables, como los niños menores de cinco años, las madres gestantes y lactantes, y los ancianos.

intervención tendrá como efecto una nueva conceptualización y práctica en todos los actores (madres, personal de salud y científicos).

Presentaremos en este Capítulo el marco conceptual, la metodología, el desarrollo y los principales resultados de la intervención, poniendo énfasis en el proceso de intercambio e interacción entre los actores, y en los nuevos saberes generados. Los indicadores de que el proceso ha tenido efecto, se describen al final del presente Capítulo.

2. Marco conceptual de la intervención

2.1 El enfoque del desarrollo a escala humana

Para desarrollar la propuesta de intervención, asumimos el enfoque del “desarrollo a escala humana” (Max Neef & Elizalde *et al.* 1986) que se centra: (i) en la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales; (ii) en la generación de crecientes niveles de autodependencia; (iii) en la articulación orgánica de los seres humanos con la naturaleza y la tecnología; y (iv) en las relaciones entre los procesos globales con los comportamientos locales, entre lo personal con lo social, la planificación con la autonomía y la sociedad civil con el Estado. En este enfoque, el desarrollo humano es el protagonismo real de las personas en la diversidad y en la autonomía de espacios.

2.2 Las necesidades humanas

Las necesidades humanas, vistas en sus dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, económicas y políticas, nos permiten valorar la vida del niño como “sujeto”, pues el desarrollo se refiere a las personas y no a los objetos, donde lo relevante es elevar la calidad de vida, siempre y cuando exista la posibilidad de satisfacer adecuadamente las necesidades.

Este enfoque nos permite combinar dos categorías de necesidades: las existenciales (ser, tener, estar y hacer) y las axiológicas (subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad), e identificar los satisfactores, que son todo lo que representa ser, tener, hacer y estar y contribuye a la realización de las necesidades humanas. Por ejemplo, tener alimentación significa satisfacer la necesidad de subsistencia, ser solidario significa satisfacer la necesidad de subsistencia, protección y afecto, como sucede con las organizaciones sociales de base cuando gestionan recursos para los grupos más vulnerables de la comunidad o cuando las promotoras de salud unen sus esfuerzos a los servicios de salud para mejorar el acceso de la población a éstos. Las acciones de cuidar, prevenir o curar satisfacen la necesidad de protección que todo niño o persona requiere; la estimulación precoz satisface la necesidad de entendimiento del niño; y la lactancia materna satisface simultáneamente las necesidades de subsistencia, protección, afecto e identidad.

2.3 Los satisfactores

En la intervención se trabajan diversos satisfactores, reconocidos por las cuidadoras con el nombre de "*necesidades*", ubicándolas en tres espacios en los cuales tienen lugar sus relaciones sociales: la familia, la comunidad y el país, sin dejar de considerar el sistema socioeconómico mundial. Los resultados de la investigación exploratoria permiten reconocer que los satisfactores están determinados culturalmente y que el proceso de intervención debe estar enfocado a facilitar una gradual integración entre los saberes tradicionales y modernos, promoviendo la creación de una nueva cultura en el cuidado de la salud del niño. Ésta llevaría a mejorar su calidad de vida, respetando su cultura, pero con autonomía suficiente como para enriquecerla, transformarla o cambiarla (véanse Capítulos 4 ([Rubín de Celis & Pecho *et al.*] y 6 [Rubín de Celis & Vidal *et al.*]).

2.4 La sensación de carencia y la movilización de potencialidades

Otro concepto que sostiene el proceso de intervención es entender las necesidades humanas sentidas, como la sensación de carencia o de "falta de algo", pero principalmente como movilizadoras de las potencialidades de las personas para conseguir recursos de manera continua y renovada, estimulando su creatividad y autonomía suficientes para seleccionar los satisfactores más apropiados, observándose en el proceso de socialización de las experiencias de las participantes la identificación de satisfactores acordes a las necesidades reales y concretas del cuidado de sus niños en el contexto sociocultural y económico en el que viven. De este modo, se verificó que las necesidades humanas son estables y universales; lo que cambia son los satisfactores, debido a las relaciones dinámicas en las diferentes redes sociales que la persona establece durante su vida.

2.5 El niño como "sujeto"

Con relación al desarrollo del niño como "sujeto", como persona, el análisis de sus necesidades y derechos resulta ser el eje central en torno al cual giran todos los conocimientos, actitudes y prácticas de madres, promotoras de salud y del equipo técnico (Universidad y Ministerio de Salud), puesto que la necesidad, interpretada como fuerza que promueve el desarrollo de las potencialidades del ser humano para crear los satisfactores que permitan vivir las necesidades, cambia las estrategias de desarrollo de un asistencialismo dependiente hacia una participación creativa y autodependiente (véase Capítulo 6 [Rubín de Celis & Vidal *et al.*]). Esta concepción, trasladada a la intervención, nos lleva a desarrollar estrategias que estimulen la creatividad y autodependencia en la creación o recreación de satisfactores adecuados a la realidad local de las familias y de los niños de la zona.

2.6 El concepto de "autodependencia"

El proceso de intervención está guiado por el concepto de "autodependencia", generada por el protagonismo real de las personas en los distintos espacios y ámbitos, contraponiéndose a las pautas de consumo impuestas por la economía globalizante, la cual agudiza la dependencia y amenaza la identidad cultural de la población. De esta manera, la autodependencia en el plano individual estimula la identidad propia, la capacidad creativa, la autoconfianza y la demanda de mayores espacios de libertad. En el plano social, refuerza la capacidad de subsistir, la protección frente a fuerzas exógenas, la identidad cultural y la conquista de mayores espacios de libertad colectiva. La autodependencia, percibida en el trabajo de la promotora de salud en su barrio o de la madre de familia en el espacio de su hogar, son espacios menos burocráticos y más eficientes en la combinación entre crecimiento personal y desarrollo social. Es en estos espacios donde el desarrollo a escala humana cobra mayor nitidez. Es en los espacios grupales, comunitarios, locales (Asociación de Promotoras de Salud, Comités del Vaso de Leche, Comedores Populares, Comité de Salud local) donde se observa que lo social no anula lo individual, sino que lo individual potencia lo social. Es en estos espacios donde se generan los satisfactores sinérgicos, se estimulan los procesos de identidad sociocultural, de autonomía política y de autodependencia económica.

3. Metodología de la intervención

3.1 Marco conceptual de la metodología de la intervención

3.1.1 El enfoque constructivista

Para desarrollar los talleres educativos, tratamos de aplicar el enfoque constructivista de la educación, tomando conceptos de las teorías que le dieron origen. Así, de la teoría de

Piaget (Capella Riera & Sánchez Moreno Izaguirre 1999: 83), recogimos el concepto de que en el aprendizaje la persona no reproduce el universo o se acomoda al mismo, sino que construye "formas" que le permiten conocer el mundo y transformarlo. De la teoría de Bruner (Capella Riera & Sánchez Moreno Izaguirre 1999: 92), tomamos que el aprendizaje se produce por manipulación concreta y conceptual por parte de la persona y no por la exposición del profesor. El conocimiento se produce por "descubrimiento", siendo la recompensa haber resuelto un problema. De ahí que en los talleres educativos, las exposiciones fueron reemplazadas por la elaboración de hipótesis, formulación de preguntas, investigación y adquisición de capacidades que lograran motivar a las participantes a aprender sobre sí mismas y su ambiente. Se partió de las experiencias de las participantes ya que, según Ausubel (1973), la estructura cognitiva de una persona es el factor que decide sobre el significado del material nuevo, su adquisición y retención. El aprendizaje es significativo cuando la nueva información puede relacionarse con lo que la persona ya sabe, y el aprendizaje es funcional cuando puede utilizar esta información en una situación concreta para resolver un problema determinado.

3.1.2 La noción de aprendizaje

Para comprender el proceso de desarrollo de las personas a través del aprendizaje, Vigotsky (Capella Riera & Sánchez Moreno Izaguirre 1999: 99) explica la relación entre los procesos de desarrollo y de aprendizaje. Dice que éste se debe al contacto del individuo con un determinado ambiente cultural, que despierta los procesos internos de desarrollo y que el proceso de enseñanza / aprendizaje incluye al que aprende, al que enseña y la relación entre ambos. El "alguien" que enseña, no ha de ser necesariamente una persona. Pueden ser objetos, situaciones, formas de organización de la realidad y en la propia lengua. El desarrollo de una persona sigue al aprendizaje

que posibilita el área de desarrollo potencial, con la mediación social e instrumental del alguien que enseña. De ahí la importancia de tomar en cuenta las relaciones de la familia, sus condiciones de vida, las características de la comunidad y cómo resuelven sus problemas para identificar el área de desarrollo potencial que puede ser movilizado con las experiencias de los talleres.

La teoría del aprendizaje social de Bandura (Capella Riera & Sánchez Moreno Izaguirre 1999: 100) nos dice que éste se desarrolla a través de modelos y que la conducta es aprendida, negando los rasgos de personalidad y el desarrollo de etapas evolutivas fijas. Según esta teoría, el ser humano tiene la propiedad de crear sus propios estímulos. Podemos comprender esto cuando pensando logramos excitarnos, estimularnos; el sujeto puede crear el estímulo exterior que a su vez le estimulará. De esta manera, el hombre con su conducta transforma el mundo, y el mundo así transformado influye sobre el sujeto. Entonces, el sujeto, a través de su acción, produce las condiciones ambientales que afectan su conducta de forma recíproca. Las condiciones internas (concepciones, creencias, autopercepciones) y la conducta actúan como determinantes unas de otras. De este modo, podemos deducir que el sujeto no puede atribuir su conducta a causas externas, sino a su propio poder, a su propia capacidad o a la realización de su conducta. Consecuentemente, las experiencias de los talleres ofrecen la oportunidad de que las participantes analicen sus condiciones internas y expliquen sus conductas en el cuidado del niño, así como las diversas maneras en que transformaron sus condiciones externas para lograr solucionar los problemas en el cuidado del niño, llegando a conclusiones sobre la mejor manera de solucionarlos a través de otros recursos y formas de acción, que a su vez transforman sus condiciones internas y externas, produciéndose nuevas conductas incorporadas en el desarrollo de sus vidas cotidianas. Se utiliza el pensamiento reflexivo, a través del cual empleamos símbolos para solucionar problemas, sin tener que verificar todas las alternativas de

solución de los problemas en discusión. De este modo, también podemos comprender que las etapas de desarrollo del ser humano se deben a procesos aprendidos y no a procesos pre-determinados biológicamente.

3.1.3 El desarrollo de la personalidad

La importancia de la autoestima en el proceso de desarrollo de la personalidad del ser humano es un aporte importante para desarrollar el proceso de aprendizaje. Para ello, las participantes del taller se exponen a un proceso de cambio inteligente, fundamentado y flexible, donde lo aprendido tiene significado porque guarda relación con sus expectativas y propósitos. Así participan con responsabilidad, sintiendo que lo que aprenden es lo que necesitan y quieren y, por tanto, las comprometen como persona en lo cognitivo, afectivo y volitivo, para que finalmente se conviertan en una nueva práctica. No reciben el conocimiento, sino que lo producen. Le dan la sensación de un descubrimiento desde el interior, incorporando el significado de lo que aprenden en su experiencia total.

3.2 Los talleres educativos como espacios de convivencia

Los talleres crean espacios humanos de convivencia social en los cuales se experimenta la formación humana como persona en un contexto sociocultural y económico. Crean espacios de acción en los que las participantes ejercitan las habilidades que desean desarrollar en la realidad de sus vidas como madres, mujeres y ciudadanas con relación al cuidado de la salud del niño. Para lograr estos procesos de análisis metacognitivo compartido que flexibilizan los pensamientos, se aprovechan las diversas experiencias de las participantes, multiplicando los puntos de vista y las soluciones en la resolución de problemas. Esto permite un aprendizaje constructivo, más profundo y crítico, lo que significa que las personas no reciben pasivamente información, sino que construyen sus propios

conocimientos y habilidades a través de actividades significativas que demandan esfuerzo por parte de las participantes. El aprendizaje se basa en lo que ya saben y pueden hacer, derivando nuevos significados y adquiriendo nuevas habilidades en el contexto en que se adquieren (promotoras de salud), y es autorregulado porque la participante monitorea, retroalimenta y emite juicios acerca de su propio proceso de aprendizaje. Por otra parte, el aprendizaje es colaborativo y cooperativo porque es un proceso social en el cual las participantes interactúan, negocian y cooperan en la construcción de nuevos conocimientos y habilidades. Sin embargo, el aprendizaje individual varía entre las participantes por las diferencias de sus experiencias previas, el interés, la autoestima y, sobre todo, la disposición afectiva de cada una.

El proceso de intervención realizado a través de talleres educativos se centró en el desarrollo personal y no sólo en el aspecto cognoscitivo, reconociendo el carácter activo del aprendizaje que es producto de una construcción personal en la que intervienen los sujetos que aprenden en un contexto cultural integrado en la enseñanza y el desarrollo. De este modo, la formación humana y la capacitación son procesos que se complementan en una concepción de desarrollo integral del ser humano.

3.3 Metodologías utilizadas

3.3.1 Metodología dialéctica

Partimos de la concepción metodológica dialéctica que concibe la realidad como una creación de los seres humanos quienes, con sus pensamientos, sentimientos y acciones, transforman la naturaleza y construyen la historia dándole sentido. La realidad es un todo integrado en el que lo económico, social, político, cultural, individual, local, nacional, internacional, lo objetivo y lo subjetivo no se pueden entender aisladamente, sino en su relación con el conjunto. La articulación interna de

los componentes está en permanente movimiento, generando tensiones, contradicciones y confrontaciones que producen el cambio.

Consiguientemente, las participantes (cuidadoras y facilitadoras) en el proceso de intervención son sujetos y objetos de conocimiento y transformación, porque nos aproximamos a la comprensión de los fenómenos o hechos relacionados con el cuidado del niño desde el interior de la dinámica, como sujetos partícipes en la construcción de los conocimientos y prácticas, involucrados en forma activa en el proceso de enseñanza / aprendizaje.

En la percepción de los hechos relacionados con el cuidado del crecimiento y desarrollo del niño intervienen nuestros pensamientos, sentimientos y motivaciones, implicándonos como personas en los acontecimientos de la vida cotidiana, para luego pasar a un proceso de abstracción que permite encontrar las explicaciones de los mismos, analizando y desagregando los elementos, para luego encontrar sus relaciones o contradicciones que, a través de la síntesis, generan la construcción de conceptos y juicios que sean válidos para varios hechos o situaciones.

Por medio del proceso de análisis de los hechos, desagregamos sus componentes hasta ubicar la estructura interna, las características particulares de cada elemento. Mediante el proceso de síntesis, se obtienen conclusiones basadas en la relación entre los componentes encontrando los puntos comunes y sus diferencias; de este modo se ubican las partes en el todo, estableciendo prioridades y diferenciando lo fundamental de lo secundario.

3.3.2 Metodología inductiva

Utilizamos el método inductivo cuando partimos de los hechos que podemos observar y que luego analizamos hasta llegar a conclusiones. Es decir, partimos de lo concreto de las experiencias en el cuidado del niño hasta llegar a conocimien-

tos generales. También partimos de formulaciones teóricas, conceptos o leyes establecidas para ir deduciendo conclusiones específicas. Es decir, pasamos de lo abstracto a lo concreto. Pero es el pensamiento abstracto que permite encontrar las relaciones entre los componentes de la realidad como un todo, en este caso el cuidado integral de la salud integral del niño.

El pensamiento abstracto surge de la implicación en situaciones concretas, que permite interpretar la realidad desde la práctica, entendida como la manera de vivir de las personas, su cotidianidad en la que expresan toda su subjetividad como persona: sus pensamientos, sentimientos, creencias, valores y expectativas que dan a cada uno el sentido de vivir, una orientación, una razón de ser. El reconocimiento de lo subjetivo de cada uno y su relación con la sociedad permite decidir entre seguir la corriente y mantener la situación establecida o impulsar la propia creatividad e imaginación para transformar los propios pensamientos, valores y formas de vivir como individuo y en sociedad. En otras palabras, permite crear una nueva realidad.

3.4 Técnicas utilizadas

Las técnicas de trabajo utilizadas fueron varias.

- Lluvia de ideas: en cada tema, para identificar las percepciones, sentimientos y prácticas de las participantes, con la finalidad de descubrir el cuerpo de conocimientos básicos de las participantes sobre los cuales se deconstruirán y reconstruirán los nuevos saberes y prácticas;
- Grupo focal: para tratar las expectativas, motivaciones, roles, valores, profundizar conceptos y significados, y evaluar los talleres;
- Debate en grupo: para analizar y reflexionar los temas tratados y encontrar las semejanzas y diferencias que permitieran llegar a puntos de consenso y enriquecer los temas con los aportes individuales y de grupo;

- Plenaria: para socializar los debates en grupo y llegar a un consenso sobre la situación del cuidado del niño y a conclusiones;
- Juego de roles: cambio de roles para que las promotoras compartan procesos comunicacionales de educación con otras madres y sus familiares;
- Juegos de mesa: creados por el conjunto de participantes y el equipo técnico para que las promotoras de salud trabajen en primer lugar con sus familias y luego con otras madres de niños pequeños;
- Tareas de experimentación en casa: compartiendo con la familia para deconstruir y reconstruir con sus aportes nuevos conocimientos, actitudes y prácticas acerca del cuidado del niño;
- Demostraciones: para aquellos temas que requerían “hacer cosas”, como por ejemplo elaboración de juguetes y preparación de alimentos para los niños.

3.5 Los actores sociales de la intervención

3.5.1 *Las cuidadoras de los niños*

En la familia, la madre es identificada como la principal cuidadora de los niños, ya se trate de una familia nuclear o de una familia extensa, con o sin la presencia del padre. En la familia extensa, la abuela o la suegra, dependiendo si la familia vive en casa de los padres de la madre o del padre, es la que decide sobre la forma de criar al niño, aunque la ejecutora del cuidado sea la madre. Sólo en caso de que la madre trabaje fuera del hogar, el niño queda al cuidado de la abuela o algún familiar, incluyendo al hijo o la hija mayor que puede estar en edad escolar.

Por otra parte, en Ermitaño Alto existe una larga trayectoria de mujeres / madres organizadas que participan en programas sociales de base comunitaria, como el Vaso de Leche y los Comedores Populares, que les han permitido establecer redes

sociales en el ámbito del barrio, facilitando la comunicación con otras madres. Las mujeres participan en sus organizaciones como dirigentes a nivel de distrito, en el ámbito local. Otras lo hacen como socias o beneficiarias. Es relevante observar que forman grupos generacionales que van desde madres adolescentes, madres adultas (madres de hijos adolescentes) hasta madres adultas mayores (abuelas y suegras), lo que hace que sus experiencias generacionales como madres sean diversas y a la vez que conserven algunas costumbres y creencias debido a la influencia de sus culturas de origen (migrantes de la Costa, Sierra y Selva, hijas de migrantes, hasta la segunda generación).

Esta situación permitió convocar a dos grupos de participantes: las madres con experiencia como delegadas de salud de sus organizaciones o promotoras de salud de la localidad y las madres socias o beneficiarias de las organizaciones que, por lo general, son más jóvenes y tienen niños menores.

La existencia de diferentes generaciones, así como la diversidad de experiencias de acuerdo a los roles sociales dentro y fuera del hogar, permitió identificar las prácticas, costumbres y valores locales acerca del cuidado del niño.

Los dos grupos de participantes tuvieron como escenario de análisis, reflexión y práctica sus propios ámbitos familiares y, en la fase de experimentación del aprendizaje obtenido, las madres promotoras de salud trabajaron con otras madres del barrio a razón de cinco madres por promotora. En el grupo de madres con niños menores, el ámbito de la fase de experimentación fue su propio hogar, los miembros de su familia y, en algunos casos, vecinas amigas que compartían con ellas el ser madres de niños pequeños. Esto produjo una mayor cobertura del Programa de intervención y un medio favorable para reforzar la autoestima de las participantes, las cuales experimentaron una mayor valoración de sus acciones en el cuidado de sus hijos frente a sus parejas y otros miembros de la familia, así como una nueva valoración por parte de los vecinos y madres de familia de su comunidad, pertenecientes algunos de ellos a sus organizaciones sociales de origen.

3.5.2 *El equipo técnico*

El equipo de facilitadoras (equipo técnico) estuvo conformado por profesionales de la Universidad y de los servicios de salud del primer nivel de atención de la zona. Entre las y los profesionales de salud participaron cuatro enfermeras, una enfermera-psicóloga, dos nutricionistas, un médico y, entre los profesionales de ciencias sociales, una antropóloga, una asistente social y un comunicador social.

El aporte de los profesionales de la Universidad fue la coordinación de los talleres de trabajo, brindando el soporte teórico y metodológico, además de la experiencia de trabajo comunitario en la zona y la participación activa en las organizaciones comunitarias de salud a nivel local y distrital. El conocimiento de la situación de salud de la zona, especialmente de la situación de salud de los niños (investigación socio-epidemiológica y sociocultural) fue la primera condición para desarrollar la propuesta. Pero el elemento decisivo para armar el equipo de trabajo entre comunidad y técnicos fue la participación como actores sociales en los comités de salud de la zona y del Distrito, participación que venimos desarrollando desde hace ocho años para "*comprometernos*" en un trabajo conjunto (promotoras de salud de la comunidad, servicios de salud y Universidad) en un clima de confianza mutua, de respeto a los valores culturales y con una visión común de mejorar la calidad de vida de los niños y sus familias que ha permitido manejar los conflictos propios de las relaciones humanas y las situaciones coyunturales como son los procesos de elecciones políticas nacionales y distritales o los cambios de dirigentes de las organizaciones o de funcionarios de los servicios de salud.

El equipo técnico realizó múltiples reuniones de trabajo para prepararnos como facilitadores a la luz del enfoque constructivista de la educación y manejar las técnicas participativas que nos permitieran facilitar el trabajo en los talleres. Fue básico el manejo de técnicas, como la lluvia de ideas, juego de roles, debates en grupo, entrevistas en profundidad, reuniones plenarias, visitas do-

miliarias y la supervisión del trabajo de campo. Se realizaron constantes reuniones de autoevaluación y reflexión de los facilitadores para ir rompiendo el paradigma vertical y autoritario de la comunicación entre emisor y receptor, entre el profesional que "sabe" y la comunidad que "no sabe". La técnica de la exposición fue prácticamente eliminada; sólo se utilizó como técnica complementaria a las técnicas participativas.

El personal del Centro de Salud brindó el soporte técnico y normativo de la oferta de servicios de salud del Estado a través de los Programas de salud del niño, los que se caracterizan por brindar una atención de salud con un enfoque biomédico, en la que la relación que se establece es entre "sujeto" y "objeto", entre los que "saben" y los que "no saben", entre los que "enseñan" y los que "aprenden", con el manejo de recursos tecnológicos de la medicina occidental al servicio de la comunidad (vacunas, rehidratación oral, antibioticoterapia, detección del estado nutricional del niño y de problemas del desarrollo infantil).

Las coordinaciones entre el Centro de Salud y las promotoras estuvieron marcadas por el objetivo de difundir las atenciones preventivas (inmunizaciones) y recuperativas (abandono del tratamiento de la tuberculosis) del establecimiento de salud en la comunidad, charlas informativas sobre las medidas preventivas y recuperativas de enfermedades respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas, con la finalidad de mejorar el acceso oportuno al establecimiento de salud donde la promotora de salud se convierte en una persona clave para realizar la referencia de pacientes.

El Centro de Salud, sede del Comité de Salud de Ermitaño Alto, puso a disposición sus instalaciones físicas para desarrollar algunas actividades de los talleres.

3.5.3 *Las instituciones religiosas*

Las promotoras de salud, miembros de las comunidades religiosas de la localidad, gestionaron la utilización de los am-

bientes físicos para el desarrollo de los talleres. La Parroquia Católica cedió sus ambientes para los talleres sobre el desarrollo del niño. La Iglesia Mormona prestó sus ambientes físicos para el taller sobre la alimentación del niño. De esta manera, se comprobó que la salud del niño es un tema que convoca y estimula la participación de los grupos religiosos que brindan sus recursos a favor del trabajo con la comunidad.

3.5.4 Las organizaciones vecinales

Las promotoras de salud que participan en las organizaciones vecinales de su localidad, son portavoces del trabajo a favor de la salud de los niños (que forman parte importante de la comunidad) y gestionaron el apoyo de la organización, la cual prestó los ambientes del local comunal de Ermitaño para algunos eventos que requirieron mayor espacio.

En conclusión, podemos afirmar que la salud y la niñez son temas que convocan a trabajar coordinadamente entre instituciones y organizaciones en una comunidad en la que las mujeres organizadas y promotoras de salud son capaces de gestionar y motivar el apoyo de los recursos comunitarios a favor de un trabajo articulado a favor de la niñez de su comunidad.

4. El proceso de intervención

4.1 El proceso de sensibilización y motivación

4.1.1 Con los servicios de salud local

La devolución de los resultados de la investigación sociodemográfica y epidemiológica, así como los de la investigación socioantropológica acerca de la percepción del crecimiento y desarrollo de los niños por parte de los cuidadores, se realizó en dos instancias:

- Los servicios básicos de salud de Comas, cuya función es administrar y distribuir los recursos que llegan del nivel regional al nivel local u operativo (Centro de Salud), así como supervisar y monitorear las acciones de salud realizadas a través de los programas de salud de atención a las personas y al medio ambiente;
- El Centro de Salud de la zona de Ermitaño Alto, que ejecuta los programas de salud, brindando servicios preventivos y recuperativos de salud a la población de acuerdo a la demanda.

Los profesionales de la salud de ambas instancias tuvieron la oportunidad de conocer los diversos significados que los cuidadores atribuyen a la salud y la enfermedad, así como las razones por las cuales deciden o no utilizar los servicios. Asimismo, reconocieron el tipo de "comunicación unidireccional" que mantienen en la atención individual y colectiva, lo que les impide conocer la racionalidad del otro (paciente o cliente) o de los otros (grupo de madres o de promotoras de salud), reflejada en el comentario de una funcionaria que dice: *"Ahora me doy cuenta por qué la madre no regresa a la consulta de control; es porque para ella esos signos no representan que el niño está enfermo con una infección"*.

La reacción del personal en ambas instancias fue analizar las posibles causas que hacen que no toman en consideración la racionalidad del paciente. El escaso tiempo para cada consulta y la necesidad de cubrir un número adecuado de consultas por hora y día (producción y productividad de los servicios) para ser eficientes y generar mayores ingresos económicos al Centro de Salud, son indicadores con los que evalúan su trabajo y de ello depende la renovación de los contratos del personal. También se analizó la formación profesional, que cuenta con vacíos curriculares en ciencias sociales, comunicación y educación.

En conclusión, encontraron pertinente buscar alternativas de solución para mejorar el acceso a los servicios de salud, pero

sobre todo mejorar la salud de la población infantil, pues la desnutrición, la anemia, las enfermedades diarreicas y respiratorias agudas que afectan con frecuencia a la niñez de la zona, son consecuencia de los cuidados por parte de los cuidadores que finalmente tienen el poder de decisión, y de las condiciones socioeconómicas y culturales de las familias en las que viven los niños.

4.1.2 Con el Comité Zonal de Salud de Ermitaño Alto

El Comité Zonal de Salud es una instancia de coordinación del trabajo interinstitucional con la comunidad, representada por las dirigentes y delegadas de salud de las organizaciones sociales de la comunidad, los servicios de salud representados por la jefa de médicos del Centro de Salud, la asistente social responsable del trabajo con la comunidad (Programa de Participación Comunitaria) y la Universidad, que desarrolla actividades de docencia e investigación en la zona. La presentación de los resultados de las investigaciones mencionadas en este espacio tuvo como finalidad elaborar una propuesta de intervención, con un nuevo papel para la promotora de salud, cuya misión sería “promover la salud” en su comunidad, en este caso la salud del niño y la familia, contribuyendo a mejorar la calidad de vida del niño.

El resultado fue la organización de las dirigentes para convocar a las promotoras de salud existentes y a las madres, con el fin de realizar talleres de formación sobre “la promoción del cuidado de la salud del niño menor de cinco años”, debido a la mayor vulnerabilidad de los más pequeños a sufrir daños provenientes de su ambiente familiar y comunitario.

4.1.3 Con las promotoras de salud y madres de niños menores

La convocatoria de las promotoras de salud de Ermitaño Alto fue realizada por líderes de las promotoras de salud de las organizaciones de Vaso de Leche y Comedores Populares.

Muchas de ellas habían participado en un Programa de vigilancia nutricional de niños menores de cinco años. Por lo tanto, conocían la situación de salud de los niños y sobre todo la situación familiar en el cuidado de los mismos, motivo por el cual tenían algunas interrogantes acerca de las razones del porqué algunos niños tenían problemas de salud, y sobre todo habían participado en la selección de los niños para el estudio socioantropológico en la etapa exploratoria de la investigación, visitando los hogares conjuntamente con las investigadoras de campo.

La presentación de los resultados de la investigación sobre las percepciones del crecimiento y desarrollo del niño las llevó a identificar y reflexionar sobre sus propios conocimientos y experiencias acerca de la salud y la enfermedad, pero también acerca de algunas diferencias o dudas, que generaron debates, llegando en algunos momentos a tomar consenso. En otros momentos surgieron interrogantes que condujeron a la necesidad de organizar reuniones de intercambio y discusión de temas "significativos" en la vida de las participantes, es decir, "talleres formativos", con la finalidad de compartir conocimientos y experiencias para encontrar las mejores alternativas de solución a los problemas de salud del niño en Ermitaño Alto.

4.2 Resultados del proceso de sensibilización: el pensamiento de los actores

La devolución de los resultados de la investigación exploratoria a los actores sociales permitió identificar la línea de base de los pensamientos, sentimientos y prácticas de las cuidadoras en el cuidado de la salud del niño, la cual condicionó la organización de los talleres: la secuencia de los temas, las técnicas a ser utilizadas y los resultados que podíamos esperar.

Perciben al niño como un ser que necesita cuidado, protección y cariño, pero les es difícil reconocer la posición que tiene como "sujeto", con sus propias percepciones y necesida-

des de acuerdo a la edad, que puede expresar sus sentimientos, pensamientos y voluntad; más bien establecen relaciones de poder, de dominio de los más fuertes (los adultos) sobre los más débiles: *"ellas que saben y los niños que no saben"*. En la cotidianidad de las relaciones con el niño, cuanto más pequeño (menor de cinco años), es considerado un objeto cuyas conductas son *"naturales"* o propias de su edad, pero que son interpretadas por los cuidadores desde el punto de vista de sus propias necesidades y no las del niño; por ejemplo, cuando dicen:

Yo fajo [envolver al niño desde los hombros hasta los pies, lo que les impide mover sus brazos y piernas] a mi niño desde que nace, para que no se asuste con el movimiento de sus manos [reflejo del moro] y no se despierte y llore; entonces no me va a dejar hacer mis cosas (Carmen 2000).

Las prácticas del cuidado del niño son explicadas sobre la base de creencias, costumbres, valores, transmitidos de generación en generación, que permanecen vigentes por la influencia de las abuelas, suegras y hermanos/as mayores, sobre todo si viven con las cuidadoras formando familias extensas: *"Cuando nació mi hijita, mi mamá me dijo que le ponga una cinta roja en su muñeca, porque hay personas que tienen el ojo fuerte y la pueden ojear y entonces se va a enfermar"* (Linda 2000).

La valoración cultural y económica desigual favorece la subordinación femenina a lo masculino, haciendo que la niña esté en desventaja frente al varón, atribuyéndole roles tradicionales que invisibilizan sus potencialidades de desarrollo. Aceptan que el hombre tenga el rol productivo y público, mientras que la mujer tiene el rol reproductivo y privado. Sin embargo, cuando la mujer trabaja fuera del hogar para obtener ingresos que mejoren la satisfacción de las necesidades de los hijos y de la familia, o porque el varón no consigue trabajo, no se distribuyen las tareas del hogar: siguen siendo de su responsabilidad, incluyendo el cuidado de los hijos:

Cuando llego de mi trabajo [empleada doméstica], así esté cansada tengo que ponerme a cocinar; en cambio, mi marido cuando llega del trabajo quiere descansar, que le sirva su comida y que los chicos no le hagan bulla (Delia 2000).

La información recibida sobre salud a través de los medios de comunicación social (radio, televisión) y del personal de los servicios de salud forma parte de la red explicativa individual y colectiva acerca del proceso salud/enfermedad, junto a sus creencias, valores y experiencias particulares: *“A mi hijo le ha dado diarrea porque comió cebolla y se le pegó en el estómago; eso me dijo mi suegra, pero también porque juega en el suelo y come con sus manos sucias”* (Miriam 2000).

La vida afectiva del niño en su desarrollo como persona es esencial porque tiene que ver con su bienestar, su confianza en sí mismo y en los demás. Es una necesidad que la madre, el padre y los demás familiares deben satisfacer:

El niño cuando nace necesita sus vacunas, su control en el Centro de Salud y bastante afecto, cariño” (Juana 2000); La madre que le da cariño a su hijo; ese niño va a tener confianza, cuando sea grande le va a contar sus cosas y va a ser seguro en hacer las cosas, porque al niño que uno no le da cariño, es un niño que va a ser inseguro, tímido; también demora en desarrollár sus habilidades, pero aquel que uno le demuestra cariño, es más seguro el niño (Amelia 2000).

4.3 Etapas del proceso para desarrollar los talleres

Para desarrollar los talleres, se organizó un proceso de trabajo concebido como una sucesión de momentos de análisis, reflexión, elección de cambios, prueba y retorno al análisis para la toma de decisiones individuales y colectivas, respetando los consensos y las diferencias. Se pueden sintetizar en los siguientes momentos:

- Proceso de deconstrucción y análisis grupal: se expresan las experiencias vividas acerca del tema que se va a tratar

en los talleres, deconstruyendo los saberes y sentimientos. Luego se comparte en el grupo, se analizan las semejanzas y diferencias;

- Proceso de re-construcción: se produce la etapa de confrontación para llegar al consenso y luego construir colectivamente el nuevo conocimiento acompañado de nuevos sentimientos que incluyen cambios en ambos actores del proceso (facilitadores y participantes);
- Proceso de experimentación: se ponen a prueba los nuevos conocimientos y sentimientos dentro del entorno familiar y vecinal, volviendo a deconstruir y construir colectivamente los nuevos saberes y sentimientos, iniciándose la experiencia de probar la viabilidad y factibilidad de las propuestas de acción acerca del cuidado del niño;
- Proceso de evaluación y síntesis: se presenta la síntesis, explicando los procesos vividos al poner a prueba los nuevos conocimientos, sentimientos y acciones, evaluando los logros y dificultades de manera individual y colectiva, reafirmando o modificando los nuevos conocimientos y prácticas.

En el caso del equipo técnico, su labor de “facilitador” significa que es un participante más porque realiza el mismo proceso de deconstruir y reconstruir durante los talleres y luego entre el grupo técnico propiamente dicho, evaluando los logros y dificultades, de manera que permanentemente se están elaborando propuestas con los enfoques conceptuales y metodológicos adoptados para la intervención, estimulando la creatividad, capacidad de autocrítica y construcción de equipo.

4.4 Desarrollo del proceso según temas

4.4.1 *Los derechos y necesidades del niño*

El tema de inicio fue el taller sobre “derechos y necesidades del niño” para posicionarlo como “sujeto” protagonista de

su desarrollo, con participación de los padres, de la familia y de la comunidad. Al abordar esta temática, se pretendió revalorar el rol de la maternidad de la mujer que, por tradición, asume la responsabilidad directa en el cuidado de los hijos, pero a la vez la tarea más importante de la sociedad: formar a un nuevo ser o a un nuevo ciudadano. También se revaloriza la función de los padres (hombre y mujer) como progenitores y responsables de la creación de un ambiente familiar saludable en el que crecerán y se desarrollarán los niños, resaltando que *"la familia"* es el primer espacio social en el que el niño aprende a conocer el mundo y donde comienza a ejercitar el desarrollo de sus potencialidades físicas, psicológicas, sociales y afectivas para transformar con creatividad y autodependencia la realidad que lo rodea. Es fundamental la intervención de *"la comunidad"* como sistema organizado de vecinos, instituciones y organizaciones sociales, cuya misión es crear un ambiente comunitario saludable, con calidad de vida para sus ciudadanos, entre ellos los niños, reconociéndolos como sujetos que tienen derechos. En este espacio se revaloran los derechos y deberes de los ciudadanos.

4.4.2 El proceso de deconstrucción de saberes

Para llevar a cabo el proceso de *"deconstrucción"* de saberes y experiencias con relación al tema de los derechos y necesidades del niño, planteamos las siguientes preguntas.

4.4.2.1 ¿Qué necesidades tiene el niño menor de cinco años?

Mediante la lluvia de ideas y el debate en grupo, los participantes presentaron desde sus propias experiencias todo lo que conocían acerca de las necesidades de los niños, identificando la *"alimentación"* como una necesidad básica para que el niño crezca sano y fuerte, necesita *"vacunarse"* para que no contraiga enfermedades como la polio, necesita una *"vivienda"* para vivir con su familia; *"vestido"*, *"salud"*, referida a la

atención que necesita el niño cuando se enferma; "educación", "recreación" que, si bien son reconocidas como necesidades, vienen a ser satisfactores de las necesidades de subsistencia, protección, entendimiento que conjugan con las necesidades de tener y de estar.

Reconocieron que el niño necesita "jugar" para entretenerse (necesidad de ocio), observando que el niño tiende a imitar en sus juegos las actividades que realizan los mayores. Por ejemplo, quieren barrer, lavar y cuidar a un niño, actividades que no son identificadas como la necesidad de participar que tiene el niño y que también aprende a través del juego a desempeñar los diferentes roles que la sociedad asigna tanto al hombre como a la mujer (véase Capítulo 5 [Suremain]). Asimismo, la curiosidad del niño que desarma su juguete o el reloj de papá, es interpretada como que el niño es "destructor" o "malcriado", siendo muchas veces castigado por esta razón, limitando su necesidad de entendimiento, de hacer, de desarrollar su creatividad y autonomía que le permiten descubrir el mundo y transformarlo:

Mi hija que tiene tres años, cuando me ve lavar la ropa, ella también quiere lavar; yo a veces le dejo lavar sus medias, pero que no se moje no más, porque sino le da tos, los bronquios (Edith 2001); Un día mi hijo desarmó el reloj de la casa; cuando lo encontré le di en las manos y le dije que cuando venga su papá se va a molestar y seguramente lo castigaría (Norma 2001).

Todas estas necesidades fueron discutidas, utilizando la evocación de vivencias infantiles de las participantes, lo que llevó a que sacaran sus propias conclusiones, como por ejemplo que el juego es para el niño lo que el trabajo es para el adulto y que el niño aprende lo que ve hacer a los adultos.

Otro tema que concitó la atención de las participantes fue que el niño necesita mucha "paciencia", "dedicación", "comprensión", "estimulación" y "comunicación", lo que significa "necesidad de amor": "Si el niño siente que lo quieren, lo apoyan con paciencia, entonces se va a sentir alegre, feliz" (Rosa 2001). De esta manera,

expresan el desarrollo de la autoestima del niño, es decir, que satisface su necesidad de "ser" una persona digna de ser amada, ser escuchada, tolerada, tomada en cuenta, llegando el grupo a acuñar la frase: "*el niño y niña necesitan amor, tiempo y paciencia*", explicando que cuando hay amor, uno se da tiempo y tiene paciencia para con el niño.

La necesidad del niño de "vivir en un hogar armónico" se refiere a un ambiente sin peleas, donde los padres se llevan bien, conversan para solucionar sus problemas, no se gritan, insultan o golpean delante de los niños. Entonces, el niño tendrá seguridad y confianza en sus padres, lo que no siempre sucede en su hogar, donde los conflictos llegan a situaciones de agresión física o psicológica delante de los niños o a una agresión hacia ellos. Reconocen que el maltrato hacia los niños a veces es consecuencia del maltrato entre los padres. En este tema, mediante las experiencias de las participantes, se llegó a recomendar que cuando surge un conflicto, se tiene que buscar el mejor momento para conversar entre los padres y escuchar las razones de ambos, para luego ponerse de acuerdo.

La necesidad de tener una identidad, expresada como la necesidad de "*tener nombre y apellido*", es analizada por la experiencia de que a veces los padres no quieren reconocer a sus hijos, es decir, darles su apellido y registrarlos en la municipalidad, lo que trae como consecuencia que el niño tenga dificultades para ser inscrito en el seguro de salud o en un centro educativo por no contar con su partida de nacimiento. Esto afecta su autoestima y sus derechos a la alimentación y seguridad física y emocional. Al mismo tiempo, esta situación afecta la autoestima de la mujer, debido a que el hombre duda de la paternidad del niño.

La igualdad de derechos del niño en la familia es otra necesidad bastante analizada por las participantes, quienes refirieron varias experiencias de discriminación por "*raza*", género y parentesco: "*Como mi hijo nació más oscurito que sus hermanos, mi esposo y mis suegros le decían '¿este negro, hijo de quién será?'*". Cuando los suegros manifiestan una clara preferencia por los

hijos de sus hijas frente a los hijos de sus hijos, como si dudaran que fueran sus nietos, o cuando los papás prefieren tener hijos varones, insinuando que son más fuertes e inteligentes que las mujeres, son situaciones que no satisfacen la necesidad de afecto de la niña, produciéndose una discriminación por género.

El reconocimiento de las necesidades de los niños, realizado desde la perspectiva de las participantes y expresado con sus propias palabras, permitió no sólo revelar los principales problemas de los niños en la zona, sino identificar los principales espacios de actuación de los responsables del cuidado de los niños y de la satisfacción de sus necesidades.

4.4.2.2 *¿Quiénes son los responsables de satisfacer las necesidades de los niños?*

Todas las participantes coincidieron en señalar en un primer momento a la madre como la responsable principal de satisfacer las necesidades del niño, porque ellas han traído a sus hijos al mundo. Mientras tanto, consideran al padre como un proveedor de recursos que no se involucra en el cuidado directo del niño, sobre todo cuando es pequeño. Incluso cuando el padre no puede manejar la conducta de los niños, tiende a librarse del cuidado diciéndole a la madre: *“¡Mira lo que tus hijos están haciendo!”* (Delia 2001), como si no fueran también sus hijos. Esto nos llevó al análisis de la concepción del niño, que es producto de la relación física y afectiva del hombre y la mujer, poniéndolos a ambos en igualdad de condiciones en cuanto a derechos y deberes en el cuidado de los hijos. Sin embargo, la mujer tiene el privilegio de ser la única persona que puede gestar una nueva vida, por lo que llegan a decir: *“Si no fuera por las mujeres, no existirían los hombres...”*, expresión que ratifica el poder de la mujer en la vida familiar y social.

La consecuencia de este análisis condujo a las participantes a mejorar su sentimiento de autoestima, reflejado en la valoración de su maternidad y en la concepción de la igualdad de responsabilidades con el varón frente al cuidado de los hijos.

Cuando analizaron las razones de por qué a veces era difícil satisfacer algunas necesidades del niño en el ámbito de la familia, señalaron que había otros responsables (llamémoslos indirectos), personas e instituciones que están fuera del hogar, es decir en la comunidad y aún en el ámbito del país. Por ejemplo, señalaban que a veces no había suficiente dinero para adquirir alimentos, por falta de empleo o porque estaban muy caros y fuera del alcance de la economía familiar; reconocieron que la falta de carreteras influye en el encarecimiento de algunos productos, porque los transportistas suben el precio debido a las dificultades para sacarlos desde el campo a las ciudades.

Identificaron que el maltrato y la negligencia del personal de los servicios de salud en la atención de los niños atentan contra sus derechos, al igual que la discriminación que a veces sufrían en los colegios por no contar con recursos económicos suficientes para ir uniformados y con útiles escolares completos. Señalaron al gobierno local y a la policía como responsables de satisfacer las necesidades de salud, protección y recreación de los niños, por ejemplo cuando no recogen la basura, no cuidan los parques y no brindan vigilancia policial para evitar accidentes o el robo de menores. Con relación a las Organizaciones de Base como el Vaso de Leche y los Comedores Populares, reconocieron que prestan un gran apoyo a las familias con escasos recursos económicos porque satisfacen en parte la necesidad de alimentación de los niños.

4.4.2.3 ¿Cuáles son los espacios o ámbitos en los cuales se satisfacen las necesidades de los niños?

El tratamiento del tema de las necesidades y derechos del niño y los responsables permitió identificar los espacios de intervención (véase Cuadro 1): la familia, la comunidad y el Estado/país, analizados a través de los hechos observados, los actores sociales involucrados y las normas y valores que rigen las instituciones y organizaciones sociales.

Cuadro 1: Las necesidades del niño y los espacios donde se satisfacen

Prioridades	Familia	Comunidad	Estado/País
1. Lactancia Materna	X	X	
2. Vivir en hogar armónico	X	X	
3. Comunicación	X	X	
4. Educación	X	X	X
5. Confianza	X	X	
6. Seguridad	X	X	X
7. Protección	X	X	X
8. Unión Familiar	X	X	
9. Alimentación	X	X	X
10. Estimulación	X	X	
11. Ser respetado	X	X	X
12. Comprensión	X	X	
13. Nombre y apellido (Padre)	X	X	X
14. Amor	X	X	
15. Orientación adecuada	X	X	X
16. Vivir feliz	X	X	
17. Vestido	X	X	
18. Apoyo	X	X	X
19. Alegría	X	X	
20. Vivienda	X	X	X
21. No ser maltrato	X	X	
22. Dedicación	X	X	
23. Recreación	X	X	
24. Paciencia	X	X	
25. Salud	X	X	X
26. Socialización	X	X	
27. Juego	X	X	
28. Valores	X	X	X
29. Vacunas	X	X	X
30. Control de CRED	X	X	X
31. Limpieza	X	X	X

4.4.3 El proceso de construcción de nuevos conocimientos

La construcción de nuevos conocimientos se fue produciendo a lo largo de los debates en grupo, en los cuales se comparaban las experiencias y conocimientos de las participantes, trabajados a través de las siguientes preguntas: ¿Cuál es la situación del cuidado del niño y la satisfacción de sus necesida-

des en los tres espacios (familia, comunidad y país)? ¿Cómo creen que deberían ser esos espacios y cómo se relacionan? ¿Qué hacer para acercarnos al ideal en cada espacio?

Con relación a la necesidad de "comunicación" al interior de la familia, las participantes reconocieron que los padres se comunican con los hijos para dar indicaciones, aconsejar, sin preguntar qué piensan o sienten ellos. Cuanto más pequeño es el niño, menos importancia tiene lo que él diga o exprese:

Yo siempre le decía lo que debía hacer, sin preguntar qué piensa él; a veces cuando no encontraba hecho algo que había ordenado que hagan, entonces de frente les castigaba, sin preguntar que había pasado; ahora comprendo que uno tiene que escuchar lo que piensa el niño, para comprender mejor a los hijos; antes nos criaron así, uno calladita no más tenía que hacer lo que nos habían ordenado, sino nos castigaban (Norma 2001).

En la comunidad, los vecinos repiten la misma conducta que los padres en el hogar. En las instituciones públicas como el Centro de Salud, no acostumbran a buscar un diálogo con el niño y con el padre o la madre. Se comunican para recibir información sobre el niño y darle indicaciones o recetas para que cumpla.

Con relación a cómo deberían ser estos espacios, concluyeron que hay que aprender a escuchar a los niños. Es parte del respeto que merecen y del cariño ("*amor*") que le brindamos, tanto en el hogar como en la escuela, el Centro de Salud y en cualquier lugar donde se encuentre el niño.

Para acercarse a ese ideal, señalaron que los padres, los maestros, los médicos y todos los que traten con los niños, deben en primer lugar reconocer los derechos y las necesidades del niño para poder comprender y apoyar su desarrollo normal. De este modo, el conocer los derechos y necesidades del niño se convierte en una necesidad.

Con el propósito de afianzar la importancia de la construcción de los nuevos conocimientos sobre las necesidades y derechos del niño, hicieron una comparación entre las necesi-

dades y derechos trabajados por ellas y la Declaración Universal de los Derechos del Niño, producto de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Ginebra, Asamblea General de las Naciones Unidas, 1942). En el ejercicio encontraron muchos puntos de coincidencia entre ambos, lo que repercutió en el mejoramiento de la autoestima de las participantes.

4.4.4 La experimentación o puesta en práctica

La fase de experimentación fue realizada a través de la construcción conjunta de un juego de mesa sobre las necesidades de los niños, en base a los resultados del análisis de las participantes. Éstas jugaron con sus familiares y con madres de niños de su vecindario u organización. Esta experiencia permitió afianzar sus conceptos y actitudes frente a las necesidades y derechos del niño, así como compartir sus vivencias, conocimientos y actitudes con los demás, estableciéndose una nueva forma de relacionarse de las madres y promotoras de salud con su propia familia, así como con su comunidad. Además, la cobertura del Proyecto se extendió de 50 promotoras a 250 miembros de sus familias y a 150 madres de niños que participaron en los talleres organizados por las promotoras de salud, beneficiándose un promedio de 200 familias con niños menores de cinco años.

Los resultados obtenidos fueron que cada promotora sintió que era capaz de dirigir una reunión educativa con su familia y con sus pares (otras madres) sobre temas tan importantes para ellas como el cuidado de sus hijos, con un enfoque más amplio al que estaban acostumbradas a tratar:

Me sentí nerviosa, pero fui perdiendo el miedo, porque al inicio se reían de mí, pero luego fueron tomando en serio lo que les pedía que pensarán sobre las necesidades de nuestros niños; mi suegro me dijo 'nunca te había oído hablar de estos temas, te felicito' (Rosa 2001); Yo ensayé antes, sola en mi cuarto; cuando vinieron mis hermanos mayores y sus esposas, les pedí que nos reuniéramos para conversar sobre un tema que les va a intere-

sar; en un inicio no me prestaron mucha atención, pero luego fueron participando más hasta que me felicitaron por conversar esos temas tan importantes que nunca antes los habían escuchado (Edith 2001).

De estas citas podemos deducir que el conocimiento construido por las promotoras sirvió para mejorar su imagen personal ante sus familiares, su pareja y los vecinos, iniciándose un proceso de liderazgo tanto en su familia como en la comunidad.

4.4.5 Seguimiento y evaluación

Para finalizar esta primera etapa del taller sobre el desarrollo del niño, se realizaron dos actividades: (i) el seguimiento a través de visitas domiciliarias para entrevistar a las personas (familiares, vecinos o socias de las organizaciones sociales a las que pertenecen las promotoras) que habían participado en el juego; y (ii) preguntar qué les había parecido la experiencia. Además de la opinión acerca de la actividad realizada por la promotora, comenzamos a recoger la observación de los cambios de comportamiento que venían produciéndose en las participantes en relación con sus parejas y con sus hijos:

Yo le dije, 'qué tienes, por qué le hablas al bebé, si él no te entiende'; ella me contestó que era la forma de transmitirle cariño y atención; ahora conversamos más; ya no grita; por eso le digo que no falte a sus clases, porque veo que ahora está de mejor carácter, más tranquila, más comprensiva (Carmen 2001).

En otro caso, la hermana manifestó su asombro al decir: *"Ya no reniega mucho; antes renegaba y paraba gritándole o pegándole a su hijo; ahora veo que le pregunta y conversa con Miguelito"*.

En la evaluación grupal del taller sobre las "necesidades y derechos del niño", identificaron que habían empezado a *"mirar con otros ojos a sus hijos"*, refiriéndose al respeto que merecen como personas: *"Cuando no quiere ponerse la ropa que le al-*

canzo, le pregunto por qué o qué quiere ponerse; antes yo me amargaba, le ponía a la fuerza y hasta le pegaba para que obedezca". Escuchan antes de ordenarles a los niños, observan sus juegos con más tolerancia, porque el niño necesita entretenerse, aprender, investigar, y no lo consideran mal criado: "Cuando me quiere ayudar a barrer, le doy otra escoba, claro me demoro más, pero ella se siente feliz y yo también".

4.4.6 Actividades complementarias de soporte: reflexión del decálogo del desarrollo

Simultáneamente, se desarrolló el taller sobre el "decálogo del desarrollo"³, con la finalidad de reflexionar desde las experiencias de las participantes los valores que dirigen el comportamiento humano y que son necesarios para el desarrollo como personas, miembros de una familia y ciudadanos. Consideramos que para valorar la vida de los niños desde una perspectiva de desarrollo humano, era necesario hacer un análisis de nuestros comportamientos y de los valores que transmitimos en nuestra vida cotidiana personal, familiar, laboral, comunitaria y como nación, para llegar a conclusiones acerca de qué y cómo modificar nuestros comportamientos individuales y sociales que son modelos para el niño en formación.

La revisión paralela de los valores del "decálogo del desarrollo" reforzó la actitud positiva de las participantes frente a la creación de un ambiente "armónico" de buenos modelos para el desarrollo del niño. Se identificaron aquellos valores

3 El "decálogo del desarrollo" fue un encarte preparado por un Organismo No Gubernamental (Instituto de Desarrollo Humano) con colaboración del diario "El Comercio" (Lima) y varias empresas peruanas e internacionales publicado a lo largo de diez semanas en el año 2000. El objetivo de esta publicación fue difundir las actitudes y principios de comportamiento para salir del subdesarrollo y la pobreza. Estos son: orden, limpieza, puntualidad, responsabilidad, deseo de superación, honradez, respeto al derecho de los demás, respeto a la ley y los reglamentos, amor por el trabajo y afán por el ahorro y la inversión.

que son trastocados cotidianamente en el hogar, el trabajo, la comunidad, las instituciones y las organizaciones, como son la honestidad, la veracidad, la responsabilidad, la puntualidad, entre otras, dando testimonios de la vida diaria donde se vivían dichos valores, y otros donde se ponía de manifiesto la necesidad de cambiar. Reconocieron que los valores son los cimientos sobre los cuales se construye la vida familiar y social de la persona, en otras palabras, su bienestar y felicidad.

4.4.7 El nuevo concepto de desarrollo

Después de haber situado al niño como "sujeto" con necesidades y derechos, se trabajó el tema del "desarrollo del niño menor de cinco años" para construir, desde las experiencias, intereses y conocimientos previos de las participantes, el concepto de desarrollo que permitió integrar, modificar y establecer relaciones entre los diferentes esquemas de conocimiento de las promotoras y facilitadoras.

En un primer momento, asociaron el desarrollo del niño con el control del crecimiento (medición de peso y talla), la aplicación de vacunas, la lactancia materna y la buena alimentación. Sin embargo, durante el análisis, fueron agregando otros elementos como la educación, el juego, la recreación, la socialización, la comunicación con la familia y con los que rodean al niño, y la necesidad de darle amor y comprensión para que crezca feliz. Como dice una participante: "*¿De qué vale darle de todo si no es feliz en el hogar?*", explicando que la felicidad se logra en "*un hogar bien formado*", lo que significa que entre la pareja y los miembros de la familia con los que vive el niño, debe haber comunicación y comprensión para que no tenga problemas, no sea receloso o tímido, concluyendo que los niños se desarrollan bien cuando ven a los padres alegres y tranquilos. En estas explicaciones sobre el desarrollo del niño, vemos la importancia que atribuyen a las relaciones familiares como creadoras de un ambiente tranquilo y afectuoso en el que el niño se sienta seguro y feliz. Integran el contexto de la

vida familiar como medio para un desarrollo deseable del niño en lo social y en cuanto a su autoestima, expresada como seguridad y falta de timidez.

El concepto de evolución, de pasar etapas en el desarrollo, está presente cuando dicen: *“El desarrollo del niño se puede decir que es un crecimiento o un adelanto del niño a una nueva etapa de su vida, que es lo que todos hemos pasado desde niños”*. La idea de *“adelanto”* refleja que el niño mejora en sus capacidades de aprendizaje, ligadas a la capacidad de desarrollar su autonomía, expresada en la siguiente cita: *“La estimulación física se refiere a que el niño aprende lo que se le enseña; por ejemplo, si desde pequeño se le enseña el aseo y la limpieza, entonces él va a crecer así y más adelante él solo va a asearse y a ser limpio”* (Berta 2001).

Explican el proceso de socialización del niño desde el momento en que la madre está embarazada, señalando como ejemplo que cuando la madre se acaricia la barriga y conversa con el niño, éste responde por medio de las *“pataditas”*, o se contrae cuando escucha la voz del padre que le toca la barriga a la madre para acariciarlo. Dan mucha importancia a la relación afectiva que el niño recibe primero en el hogar y luego en la vecindad, en el nido (centro de educación inicial) o en instituciones como los *“Wawa Wasi”*⁴. Concluyen que esto hará al niño confiado y seguro.

A través del proceso de reflexión y de compartir sus experiencias, las promotoras construyeron un concepto más amplio del desarrollo del niño con un enfoque integral, desde la alimentación para su buen desarrollo, hasta la afectividad y la socialización iniciada en el hogar y continuada en la comunidad a través de las instituciones para niños. La integración de lo físico y psicológico en el desarrollo es notoria en la siguiente cita:

4 Wawa Wasi es un Programa de casas para niños menores de cinco años del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Humano. Cuando la madre trabaja, el local es la casa de una mujer de la comunidad que es capacitada y acepta cuidar niños de su comunidad por una remuneración mínima (la alimentación es subsidiada por el Estado).

Para mí, el desarrollo de un niño es el crecimiento tanto físico como emocional, psicológico; es la transformación tanto de los huesos como de los sentimientos, desde que el niño nace, más claro desde la gestación del niño hasta la muerte... Va cambiando físicamente como psicológicamente; uno de los requisitos o necesidades para que un niño tenga un buen desarrollo físico es tener una buena alimentación; para el desarrollo psicológico, brindarle amor, confianza, tener una buena comunicación (Irma 2001).

La experiencia de cuidar a sus hijos las lleva a reconocer que el desarrollo del ser humano se inicia en un estado de total dependencia y que gracias al cuidado que le ofrece su familia, progresa gradualmente como un ser único, diferente de los demás. Esto se expresa en la siguiente cita:

Estimular física y mentalmente es bañarlo y enseñarle que cuando entre a una casa salude, que digan gracias, que se le tenga paciencia al enseñarle y no mandarlo al diablo como hay veces lo hacemos; estar pendiente de él y el niño aprende lo que ve. Al año más o menos ellos no pueden hablar, pero te miran y hay veces con una sonrisa te dicen todo; el niño se da cuenta desde que está en el vientre de la madre; el niño se da cuenta, por ejemplo, cuando hay peleas en el hogar; el niño está que llora y llora (Samita 2001).

Finalmente, podemos interpretar que la estimulación en la concepción del desarrollo del niño es comprendida por las promotoras de salud como un proceso de humanización en la que el niño se convierte en una persona digna e inteligente, que adquiere símbolos y formas para lograr comunicar sus ideas y sentimientos, valores y normas de convivencia. Dan importancia al medio en el cual se desarrolla el niño. Es el proceso de interacción social lo que posibilita el desarrollo de su inteligencia, de sus habilidades y capacidades, lo que fundamentalmente le permite aceptar a los otros y ser aceptado por ellos.

4.4.8 Las etapas del desarrollo y su estimulación

Sobre la base la construcción colectiva de las necesidades y derechos del niño, así como del concepto de desarrollo y de las condiciones básicas para este proceso en la vida del niño, se trabajaron las diferentes etapas evolutivas del niño menor de cinco años.

Se partió de la observación directa y del recuerdo del cuidado de los hijos para ubicar las diferentes etapas del desarrollo. Analizaron sus observaciones de lo que hace un niño según su edad, cómo se comunica con su familia y con su madre, y cómo se relaciona con su familia. Este recordatorio y la observación directa de los niños en sus diferentes edades permitió socializar conocimientos, actitudes y prácticas en el cuidado del niño.

Reconocieron el desarrollo psicomotor a través de la observación de los movimientos y conducta del niño, así como el desarrollo del lenguaje (desde los sonidos que emite un recién nacido hasta las palabras y oraciones que producen los niños de cinco años de edad) y el proceso de socialización a través de la manera de relacionarse con su madre, padre y demás familiares de su entorno.

Como productos del trabajo colectivo, se elaboraron dos juegos educativos para que las promotoras pudieran utilizarlos en su trabajo con otras madres o familiares: uno se refiere al desarrollo del niño y las condiciones favorables y desfavorables para el desarrollo; el otro se refiere a la estimulación del desarrollo en cada etapa del niño.

Actualmente, estamos elaborando los "módulos del desarrollo del niño", utilizando las palabras y significados que las madres les atribuyen, integrando los conocimientos y prácticas de ambos saberes, el tradicional y el moderno (técnico).

En los talleres sobre el desarrollo del niño, las participantes elaboraron juguetes apropiados para el desarrollo de los niños de acuerdo al desarrollo de sus habilidades y edades, utilizando materiales de reciclaje a muy bajo costo, explicando

ellas mismas qué habilidades podían desarrollar sus hijos mediante el uso de estos juguetes.

La fase de experimentación también fue realizada con sus familiares y vecinas, que llegaron a fabricar sus propios juguetes, según las edades de sus hijos.

Aún no ha terminado la ejecución de los talleres, pues falta desarrollar los talleres sobre alimentación y sobre la prevención de frecuentes problemas de salud en los niños menores de cinco años, los que se realizarán siguiendo los mismos enfoques conceptuales y metodológicos.

5. Conclusiones

A manera de conclusión, podemos subrayar los siguientes puntos.

- El análisis de las necesidades y derechos del niño a partir de las vivencias de las participantes resulta central para dar inicio a los talleres sobre el cuidado de la salud del niño con un enfoque de desarrollo humano, porque se consigue que valoren la vida del niño como "persona" e identifiquen a los actores responsables en el ámbito familiar, comunitario y del país, estableciendo los límites y las relaciones entre cada espacio, así como la capacidad de intervención en cada uno de ellos;
- La identificación de la responsabilidad "compartida" entre el padre y la madre sobre el cuidado del niño es clave para "empoderar" a la mujer, cambiando la actitud sumisa frente al varón por una actitud más autónoma y segura para solicitar apoyo de la pareja, para brindar atención al niño y, por tanto, compartir las tareas del hogar;
- El reconocimiento de los derechos y necesidades del niño por todos los actores que tratan con los niños, sitúa al niño en la posición de "persona", sujeto de atención en los diferentes espacios sociales (la familia, la comunidad, el país) en los que transcurre su vida hasta hacerse adulto;

- El tema de los derechos y necesidades del niño sitúa mejor el concepto de cuidado “integral”, pues considera al niño en su totalidad, como un ser biológico, psicológico, social y espiritual;
- Tratar el tema de los valores desde las experiencias de la vida cotidiana, resalta la importancia práctica de los mismos en la construcción de modelos de vida familiar y social que lleven a mejorar la calidad de vida de manera individual y social;
- La construcción colectiva de nuevos conocimientos, actitudes y prácticas en el cuidado de la salud del niño garantiza cambios “desde adentro” de los sujetos, siendo reforzados en la interacción con los otros, encontrando puntos de encuentro entre lo cultural y lo técnico-científico, integrándose en un nuevo conocimiento basado en saberes anteriores;
- Los escenarios de aprendizaje experimental y continuo son: el ámbito familiar y el comunitario, espacios en los que se desarrolla la vida cotidiana de las participantes y los niños;
- La elaboración de instrumentos y estrategias educativas son la consecuencia de un proceso de interacción social entre participantes y equipo técnico;
- El enfoque constructivista de la educación permite un encuentro más humano, más real entre la comunidad y la Academia, produciendo un crecimiento personal en todos de manera continua y dinámica, porque el contexto social no es estático y la vida cotidiana se enfrenta a estos cambios, frente a los cuales hay que estar permanentemente poniendo a prueba nuestra capacidad de aprendizaje y la oportunidad de poder experimentar soluciones viables y factibles.

Referencias bibliográficas

AUSUBEL, D.P.

1973 *La Educación y la estructura del conocimiento*. Buenos Aires: Editorial El Ateneo.

- BARRETO, L. & SOTO, J. & RAMÍREZ, E.
1997 "Las huellas de la violencia", *Centro Proceso Social* (CEDIB/ UNICEF/ Terre des Hommes Independencia Lima), número especial: 139-140.
- CAPELLA RIERA, J. & SÁNCHEZ MORENO IZAGUIRRE, G. (ed.)
1999 *Aprendizaje y constructivismo*. Lima: Ediciones Massey y Vanier.
- MAX NEEF, M. & ELIZALDE, A. & HOPENHAYN, M.
1986 *Desarrollo a escala humana*. Estocolmo: Edición Cepaur/ Fundación Daghammerkjöld.
- MINISTERIO DE SALUD (MINSA)
2000 *Boletín epidemiológico servicio básico de salud Comas - Documento interno*. Lima: Ministerio de Salud.

Un nuevo Manual de Salud como estrategia para el seguimiento del crecimiento y del desarrollo (Bolivia)

Edgar Sejas, Edgar Ardúz, Daniel Illanes, Tom Hoérée & Patrick Kolsteren

1. Introducción

La experiencia puesta en marcha en el marco del Proyecto tuvo el propósito de desarrollar y aplicar un enfoque global y comprensivo de la salud del niño a través del cual los servicios de salud pudieran racionalizar su prestación de servicios. En este sentido, se realizó una investigación cualitativa en una zona rural y en otra urbana (véase Introducción General y Capítulo 1 [Suremain]), dirigida a las dinámicas socioculturales de la salud del niño y de la responsabilidad sobre ella (véase Capítulo 5 [Suremain]). La investigación, además, estaba orientada al conocimiento de las percepciones de los responsables del niño acerca del Carnet de Salud Infantil (CSI) (véase Capítulo 7 [Lefèvre & Hoérée *et al.*]).

Los resultados obtenidos muestran en particular: (i) la falta de participación de los responsables del niño en el seguimiento de su crecimiento y desarrollo con el apoyo del CSI; (ii) que el CSI no es utilizado como un medio de comunicación entre el personal de salud y los responsables; y (iii) que existe una comprensión tan sólo parcial del CSI por parte de los responsables del niño y un uso inadecuado por el personal de salud.

Partiendo de estos resultados, se concibió la idea de elaborar un Manual (*Aprendiendo a cuidar la salud de nuestros niños*)

que permitiera desarrollar las aptitudes comunicacionales de los profesionales de la salud, por un lado, y aumentar el conocimiento técnico de los responsables del niño respecto a su crecimiento y desarrollo, por otro. En este Capítulo, presentamos la estrategia de elaboración y aplicación de esta nueva herramienta en las zonas de investigación. También hablaremos de las condiciones de permanencia a largo plazo del Manual en estos contextos específicos.

2. Elaboración, difusión y seguimiento de un nuevo Manual como estrategia de intervención

2.1 Objetivos y elaboración

El objetivo general del Manual es sensibilizar a los diferentes actores (población y profesionales de la salud) y lograr que asuman la responsabilidad del seguimiento del crecimiento y desarrollo de los niños menores de cinco años, con el fin de mejorar la calidad de su salud.

Tras numerosas reuniones de intercambio de ideas y de actividades entre el equipo de investigación, los responsables de los niños y el personal de salud en Chimoré y Chávez Rancho, el Manual fue estructurado en base a cuatro aspectos fundamentales: (i) la alimentación y la nutrición; (ii) el crecimiento; (iii) el desarrollo psicomotor; y (iv) el contenido de la consulta médica.

Los objetivos específicos eran los siguientes:

- Implementar el Manual como instrumento de educación en salud que facilite la relación entre los servicios de salud del primer nivel y los usuarios de los mismos;
- Lograr una participación mayor y más activa de las madres y mujeres embarazadas en el cuidado de la salud de los niños, ofertando un documento educativo a fin de motivar cambios de comportamiento respecto al crecimien-

- to del niño y que además sea utilizado por los servicios de salud;
- Coordinar las acciones con los diferentes grupos de actores de la población (Municipios, Federación de Coccaleros, Sindicatos y Organizaciones de Base) para la aplicación del Manual en los servicios de salud;
 - Analizar las condiciones de implementación y utilización del instrumento dirigido a los responsables, y su efecto sobre las actividades de los servicios de salud.

2.2 Justificación de la intervención

Desde el inicio del proceso de Descentralización en Bolivia (1994), a nivel del sistema de salud (MSPS 1998), los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) tienen las siguientes funciones a través de los Distritos Sanitarios: coordinación, capacitación y supervisión. A su vez, los Distritos Sanitarios son descentralizados y están encargados de la operación de la red de servicios a nivel municipal. En este marco, la descentralización buscó dos efectos: (i) el desarrollo autónomo de los Distritos Sanitarios; y (ii) la participación ciudadana en el proceso de gestión y desarrollo de los servicios.

Estas medidas se justificaban por el hecho de que a partir de 1938, con la creación del Ministerio de Higiene y Salubridad, se inició el proceso de construcción de un Sistema Boliviano de Salud dirigido y organizado desde el Estado (véase Capítulo 3 [Illanes & Sejas *et al.*]). En esta época y hasta hace poco, los programas nacionales se organizaban de manera vertical y se llamaban Ligas (como las Ligas de lucha contra la malaria, tuberculosis, etc.).

Recientemente, el Seguro Social Boliviano se desarrolló en un marco eminentemente urbano y sectorial, rompiendo desde su inicio con los tres principios básicos: la unidad de gestión, la universalidad y la solidaridad, lo que queda reflejado en el documento del Ministerio de Salud y Previsión Social:

Actualmente las políticas públicas de salud se sustentan en el Seguro Social de corto plazo que cubre al 25% de la población, de los cuales el 50%, acude regularmente y utiliza los servicios, el 50% restante, a pesar de estar asegurado, no acude a los servicios por falta de oferta principalmente y también por falta de calidad de atención (MSPS 1998: 22-23).

Este documento (MSPS 1998: 23) también señala que el sistema público de salud atiende entre el 34 y el 40% de los bolivianos. Se estima que entre el 9 y el 11% de la población recurre a la automedicación y el resto a la medicina tradicional, aunque cada vez en menor proporción. Las limitantes o barreras que impiden que el conjunto de los bolivianos acuda a un sistema de salud son de índole económica, geográfica, cultural y de calidad.

El equipo de investigación del Proyecto realizó investigaciones en diversos Centros de Salud (Chávez Rancho, Chimore), las cuales demostraron que: (i) el CSI no se encontraba disponible; (ii) no se realizaba la educación dirigida al responsable del niño respecto a los diferentes mensajes del CSI; y (iii) el responsable del niño no estaba involucrado en las actividades de crecimiento y desarrollo del niño. Por otra parte, se notó que este instrumento servía sobre todo al personal de salud como medio de información dentro del sistema de salud (véanse Capítulos 7 [Lefèvre & Hoérée *et al.*] y 8 [Hoérée & Sejas *et al.*]).

Por lo mencionado, además de las dificultades operativas de implementación de los programas de salud, especialmente en la zona rural, el equipo de investigación, que incluye a varios pediatras, inició una reflexión para buscar una estrategia de cómo involucrar a todos los actores con mayor responsabilidad en el control de crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años. Como resultado se ha propuesto un instrumento educativo para motivar y crear interés por parte de los responsables de los niños y del personal de salud.

2.3 Estrategia de intervención

La intervención estuvo dirigida a los responsables del cuidado de los niños menores de cinco años y al personal de salud de las dos zonas de investigación (Chávez Rancho y Chapare; véase Capítulo 1 [Suremain]).

La estrategia de intervención incluyó:

- La utilización de un instrumento sencillo para el seguimiento del crecimiento y desarrollo, la nutrición y las actividades básicas de la consulta en pediatría general;
- La sensibilización de los actores identificados;
- La supervisión y el monitoreo del proceso, en coordinación con los equipos de salud locales.

2.3.1 Primera fase: difusión

La difusión del Manual siguió las siguientes etapas:

- Preparación, discusión y elaboración del protocolo de intervención;
- Preparación, discusión y elaboración del Manual;
- Validación inicial del instrumento en las zonas de trabajo seleccionadas (en coordinación parcial con los investigadores en socioantropología).

El Manual fue entregado por un día a los responsables para que lo pudieran revisar en casa, para luego recoger sugerencias (mediante entrevistas) para su corrección y elaboración definitiva.

Una vez finalizado el Manual, se inició su implementación a través de la capacitación del personal de salud y de las madres en el manejo del instrumento.

La capacitación del personal de salud fue realizada en un seminario taller, con la participación de las autoridades municipales y de las Organizaciones No Gubernamentales locales.

Esta capacitación incluyó el conocimiento, los fundamentos técnicos y científicos del Manual, la discusión de casos y técnicas de comunicación, y la educación.

Mediante reuniones de información y discusión en diferentes niveles (municipal, reuniones ordinarias de la comunidad, etc.), paulatinamente se logró la sensibilización de los actores identificados y que asumieran la responsabilidad del seguimiento de los aspectos centrales señalados en el Manual.

Al inicio, la implementación de la estrategia en las zonas seleccionadas fue dirigida a madres con niños menores de un año y a mujeres embarazadas en su último trimestre. La muestra fue adaptada por cada servicio de salud de acuerdo a su propia organización y disponibilidad de recursos humanos. Por ejemplo, la distribución, acompañada de explicaciones detalladas, fue realizada primero por el personal de enfermería y posteriormente por parte de los médicos durante las consultas. El personal de enfermería se encargó también de la distribución a domicilio.

2.3.2 Segunda fase: seguimiento y supervisión

El equipo de investigación realizó el seguimiento al personal de salud a través de un entrenamiento continuo en forma de supervisiones. Consideradas como un factor importante de la calidad de la implementación, éstas se realizaron quincenalmente durante los primeros tres meses.

Para el personal de salud fue un desafío responsabilizarse de la difusión del Manual, lo que implicaba conocer y dominar su contenido. En este proceso, se fue logrando una "especialización" en las actividades y una adecuada distribución de la carga de trabajo. En muchos casos, la difusión de los mensajes fue realizada en forma segmentada, de acuerdo a las necesidades observadas por el personal de salud durante los contactos con los responsables.

Por iniciativa del mismo personal de salud, la difusión del Manual se extendió hacia los grupos organizados de las co-

munidades y a través de la utilización de medios de comunicación masiva (radio y televisión locales). Los contenidos del Manual fueron traducidos al idioma quechua. Además, se fueron detectando nuevas ideas para una mayor y mejor difusión (como, por ejemplo, la elaboración de cartillas de capacitación que rescatan los mensajes del Manual y que son útiles cuando se trabaja con grupos mayores).

En el área rural, se logró inclusive involucrar en el proceso de difusión a otros organismos de cooperación (Médicos Sin Fronteras). También participó el Gobierno Municipal, dando un apoyo financiero a la edición masiva de los Manuales.

En las diferentes supervisiones de entrenamiento, el personal de salud solicitó capacitaciones complementarias respecto a diferentes aspectos del Manual, lo que favoreció una difusión más sistemática de la información durante la consulta.

Por su lado, los responsables pidieron a los médicos que examinen a los niños de acuerdo a lo que muestra el Manual. También pidieron que se les dé mayores explicaciones sobre la alimentación de sus hijos. Para dar una respuesta correcta a los responsables, el personal de salud tuvo que mejorar sus conocimientos y dominar completamente el contenido del Manual.

3. Discusión

3.1. El monitoreo del crecimiento

El término "monitoreo y promoción del crecimiento" usualmente se refiere a una estrategia operacional para el cuidado y seguimiento del crecimiento y desarrollo de los niños menores de cinco años. Las actividades y acciones en el monitoreo del crecimiento tienen un importante potencial para el desarrollo de la comunicación entre madres y trabajadores de salud, facilitando la educación nutricional y la interacción entre ambos (Gerein 1988).

El monitoreo del crecimiento ha sido, desde hace tres décadas, un aspecto importante de muchos Programas de salud infantil en países en vías de desarrollo. Fue promovido, además, por académicos y por agencias internacionales, principalmente UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) y la OMS (Organización Mundial de la Salud). Globalmente, se trata de:

- Una forma de *screening*¹ para identificar a los niños que están en riesgo de malnutrición, enfermedad o muerte;
- Un medio de promoción y educación en salud infantil dirigido a las madres y/o responsables del niño;
- Un medio para incrementar en la comunidad la asistencia y participación en la atención primaria de salud;
- Una estrategia para incrementar la asistencia de los niños a los servicios de salud.

Tal como fue concebido, el control del crecimiento y desarrollo debería ayudar a detectar tres problemas principales: (i) dificultades en la alimentación, particularmente en los niños más pequeños; (ii) enfermedades que causan un crecimiento deficiente (tuberculosis, malaria, etc.); y (iii) la situación social precaria que puede determinar una mala nutrición.

El monitoreo del crecimiento fue y es considerado como la base de los cuidados primarios de salud en los países en vías de desarrollo (véase Introducción General). Fue una de las principales estrategias de UNICEF en los años 80. Sin embargo, varios estudios (Meegan & Morley *et al.* 1994) demuestran que existen por lo menos dos deficiencias importantes en este Programa:

- No se considera la participación de los responsables;
- Existe una tendencia en el personal de salud de percibir el monitoreo del crecimiento como una medida curativa más que preventiva.

1 Método de identificación de la malnutrición infantil.

3.2 Limitaciones y potencialidades del CSI

El uso del CSI en los servicios de salud de países en vías de desarrollo fue inicialmente introducido por Morley (George & Latham *et al.* 1993) y luego difundido por UNICEF en el marco del Programa GOBI (*Growth Monitoring, Oral Rehydration, Breastfeeding and Immunization*-Monitoreo del Crecimiento, Rehidratación Oral, Amamantamiento e Inmunización). En muchos casos, el CSI fue objeto de modificaciones y adecuaciones a las necesidades y características locales. Este instrumento se ha convertido en una carta de presentación de los Programas de crecimiento y desarrollo infantil.

En 1994, UNICEF apoyó varios estudios para mejorar el CSI, cuyos resultados no lograron modificar la estrategia y el funcionamiento actual de los Programas de control y monitoreo del crecimiento.

Al inicio, los objetivos del CSI eran los siguientes:

- Apoyar al personal de salud en el diagnóstico de los niños que sufren o están en riesgo de desnutrición;
- Seleccionar a aquellos niños que son seriamente mal nutridos y que necesitan atención en un nivel de referencia;
- Evaluar el impacto de los Programas de nutrición;
- Apoyar al personal de salud en acciones educativas acerca del crecimiento y la nutrición, dirigidas a las madres.

La investigación reveló que el CSI, tal y como ha sido usado, no cumple con los cuatro propósitos mencionados (véanse Capítulos 7 [Lefèvre & Hoérée *et al.*] y 8 [Hoérée & Sejas *et al.*]). En este sentido, su utilización fue cuestionada considerando los importantes recursos financieros y humanos que son necesarios para llevar adelante el monitoreo con este instrumento.

En muchos Programas de salud infantil se está discutiendo actualmente un gran número de estrategias alternativas para el *screening* de los niños en riesgo y mejorar la educación en salud y la participación de las comunidades. Por ejemplo, los niños en

riesgo pueden ser identificados simplemente a través de preguntas y un examen para detectar una enfermedad reciente. O pueden ser identificados sobre la base de criterios socioeconómicos, la edad del último hermano y el nivel de educación de las madres.

En Bolivia, el Programa de control del crecimiento y desarrollo como oferta de atención en los servicios de salud dirigida a los niños menores de cinco años, ha estado bajo la tutela y apoyo de organismos de la cooperación internacional, especialmente UNICEF. Su estructuración respondió desde un principio a un modelo de "programa vertical", ya que sus responsables trabajaban en el nivel central (Ministerio de Salud), con una escasa descentralización hacia los servicios de salud, lo que en muchos casos dificultó la integración del Programa en las actividades de estos últimos (véase Capítulo 3 [Illanes & Sejas *et al.*]).

Varias instituciones que apoyan los programas de salud han creado una serie de instrumentos para el seguimiento del crecimiento y desarrollo, generalmente dirigidos al personal de salud y no a los responsables, situación que no ha permitido que éstos participen de forma más activa en el seguimiento a sus niños.

En Bolivia, en los últimos años el CSI ha sufrido muchas modificaciones, tanto en su presentación como en aspectos técnicos (elevación del punto de corte de las líneas correspondientes), lo que posiblemente haya creado aún mayor confusión en el personal de salud y en los responsables del niño.

Este instrumento, integrado actualmente en la estrategia del Programa AIEPI², no proporciona una respuesta a los niños severamente desnutridos ni a los que sufren de una desnutrición moderada. Por el contrario, por las características de la baja estatura en Bolivia, muchas veces se realizan intervenciones en los casos de "falsos positivos"³.

2 Programa de "Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia" promovido por la OMS (Organización Mundial de la Salud)/OPS (Organización Panamericana de la Salud).

3 En este caso, son niños de baja estatura para su edad, pero con un buen peso para su estatura.

Estudios previos (Senanayake & Gunawardena *et al.* 1997) indican la escasa participación de los responsables de los niños menores de cinco años en el Programa de control del crecimiento y desarrollo del Ministerio de Salud. Subrayan, además, la falta de instrumentos y habilidades de comunicación por parte del personal de salud, lo que dificulta la relación entre los dos grupos. El Programa actual de crecimiento y desarrollo tiene varias dificultades técnicas y una influencia negativa que impide su integración en las actividades de los servicios de salud. Entre las dificultades se pueden mencionar las siguientes:

- El insuficiente conocimiento del personal de salud sobre el significado del crecimiento y la importancia de un apropiado monitoreo del desarrollo psicomotor infantil (lenguaje, movimientos, etc.);
- La insuficiente importancia otorgada a la frecuencia y densidad adecuadas en la alimentación de los niños menores de cinco años;
- La escasa importancia dada al CSI como instrumento de monitoreo del crecimiento, ya que sólo fue utilizado para el control de inmunizaciones o como un requisito de acceso a los servicios de salud; de ahí sus deficiencias como medio de comunicación entre los responsables y el personal de salud (véase Capítulo 7 [Lefèvre & Hoérée *et al.*]).

3.3 Limitaciones, logros y futuro de la experiencia

3.3.1 Limitaciones del Manual

Entre las limitaciones en el uso del Manual se identificaron:

- La falta de tiempo para explicarlo a las madres y/o responsables en el servicio de salud, dado que los pacientes acuden a éste para recibir una atención específica;

- El dominio insuficiente del idioma quechua por parte del personal de salud, lo que impide la comprensión por parte de los responsables;
- Pese a que los mensajes del Manual son muy concretos, se considera difícil poder explicarlos en forma completa; en muchos casos se utilizó principalmente el mensaje “Alimentación y Nutrición” (primera sección del Manual), ya que en este tema se lograba una mejor comprensión y atención por parte de los responsables;
- El grado de instrucción influye en el grado de comprensión del Manual; a veces, la información fue dirigida a los hijos en edad escolar para que ellos puedan explicarlo a los padres;
- El mensaje sobre desarrollo infantil no es explicado sistemáticamente durante las consultas; el personal de salud ha reconocido en varias oportunidades que el desarrollo del niño no es evaluado durante la consulta, sea por falta de tiempo o por falta de instrumentos; además, los responsables expresan algunas preocupaciones con relación a ciertos logros de sus niños, que el personal de salud no comprende.

3.3.2 Logros del Manual: la participación comunitaria en salud

- La intervención ha demostrado la factibilidad de estrategias participativas; se ha logrado movilizar a los actores involucrados en la relación entre los servicios de salud y la población (personal de salud, Gobierno Municipal, sindicatos y usuarios);
- La distribución de la muestra ha permitido recoger sugerencias y observaciones que enriquecieron el Manual;
- Después de haber recibido el Manual, las madres demandan mayor información aclaratoria sobre sus diferentes mensajes (véase Capítulo 12 [Méjean & Maire *et al.*];
- La iniciativa de apoyo financiero tomada por el Gobierno Municipal en Chimoré representa un importante compro-

miso de participación; a futuro, puede convertirse en una garantía de sostenibilidad de la intervención;

- Se ha evidenciado un gran interés por parte de los profesores de escuela de usar y aplicar el Manual; éste es un instrumento muy difundido, por lo que los profesores lo solicitaron para usarlo como material educativo (especialmente en Chimoré);
- Los responsables de los niños cuidan y utilizan el Manual con mayor interés que el CSI; durante las supervisiones, los informes del personal de salud señalaron que por sus dibujos y colores, el Manual es más atractivo que el CSI, lo que motiva a los responsables a retornar al Centro de Salud para aclarar dudas; esto también se comprobó hablando con las madres en sus casas.

3.3.3 El futuro del Manual

Esta experiencia, realizada en dos zonas diferentes, ha sido bien entendida y aceptada por las poblaciones. Ha permitido identificar nuevas áreas de intervención a nivel de los grupos organizados de las comunidades (incluidas las escuelas). Los medios de comunicación masiva podrían favorecer su extensión.

En los contactos con el personal de salud, éste ha expresado que el Manual suple de alguna manera la falta de disponibilidad de materiales e instrumentos de educación y comunicación. Existe la posibilidad de extender esta experiencia a toda la red de servicios del Chapare.

Sin embargo, existen tres aspectos fundamentales a ser incluidos en el futuro:

- El desarrollo de un mayor compromiso y una mayor participación en estrategias similares por parte de los Gobiernos Municipales;
- La incorporación de estas actividades a nivel de las escuelas;
- La continuación de la supervisión con capacitación del personal de salud como una verdadera estrategia de motivación,

orientación y apoyo; la integración de los niveles directivos de la red de servicios (Equipos de Gestión Distrital) aumentaría las posibilidades de una verdadera integración de la estrategia en las actividades diarias de los servicios de salud.

4. Conclusión

Atendiendo a la experiencia desarrollada, la puerta de entrada para mejorar la participación de los responsables en el Programa de crecimiento y desarrollo fue el contacto entre los servicios de salud y la mujer embarazada a través de la utilización del Manual. En el Chapare, esta experiencia hizo que las organizaciones de las comunidades, a través de sus líderes comunitarios (los Secretarios de Salud), aumentaran la demanda de este instrumento para poder trabajar en la tarea de educación directa hacia los responsables de los niños.

La implementación de esta experiencia a nivel de un Distrito de Salud, el cual incorpora en sus actividades el trabajo de los Comités de Análisis de la Información de Centros de Salud y / o de Distrito (CAIs), garantizaría la sostenibilidad del Programa. Esta actividad debería ser responsabilidad compartida entre los servicios de salud y los Municipios, ya que éstos juegan un rol importante en el suministro de insumos y recursos materiales (véase Capítulo 3 [Illanes & Sejas *et al.*]). Al mismo tiempo, la difusión de la información tendría que dirigirse hacia la comunidad a través de los responsables de salud de las Organizaciones de Base.

Referencias bibliográficas

GEORGE, S.M. & LATHAM, M.C. & ABEL, R. & ETHIRAJAN, N. & FRONGILLO, E.A.

1993 "Evaluation of effectiveness of good growth monitoring in south Indian villages", *The Lancet* 342 (8867): 348-352.

GEREIN, N.

1988 "Is growth monitoring worthwhile?", *Health Policy and Planning* 3(3): 181-194.

MEEGAN, M. & MORLEY, D.C. & BROWN, R.

1994 "Child weighing by the unschooled: a report of a controlled study of growth monitoring over 12 months of Maasai children using direct recording scales", *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Higiene* 88: 635-637.

MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL (MSPS)

1998 *Estadísticas en Salud*. La Paz: Ministerio de Salud y Previsión Social.

SENANAYAKE, M.P. & GUNAWARDENA, M.K.S. & PEIRIS, D.S.P.

1997 "Maternal comprehension of two growth monitoring charts in Sri Lanka", *Archives of Disease in Childhood* 76: 359-361.

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?).

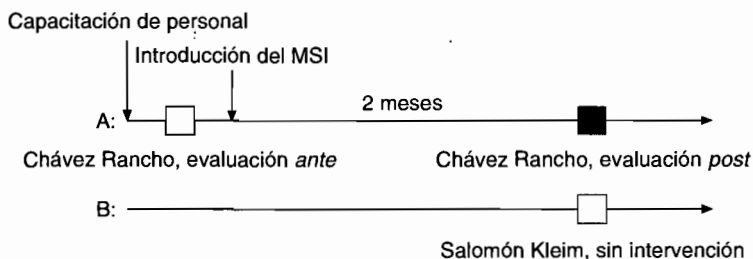
2.1 Metodología de evaluación

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.

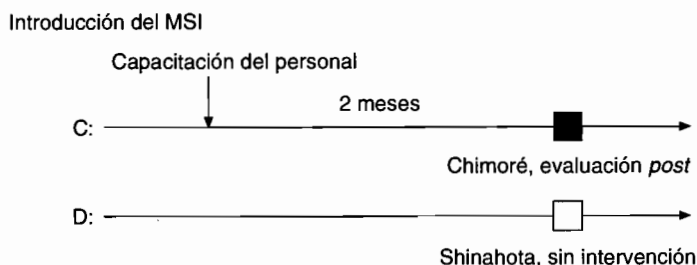
Gráfico 1: Esquema de evaluación adoptado en Cochabamba



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.

Las entrevistas fueron grabadas y luego transcritas primero en papel y después en computadora. Posteriormente, se realizó la codificación y el análisis con ayuda del Programa QSR*NUDIST, que es particularmente apto para este tipo de análisis (Lewando-Hundt & Beckerleg *et al.* 1997).

3. Resultados de las observaciones

3.1 Características de las sesiones de seguimiento del crecimiento

Los dos Centros periurbanos son dirigidos por médicos, uno especializado en pediatría, otro en ginecología. En cada Centro trabajan cuatro a cinco personas (pediatras, médicos generales, enfermeras licenciadas o auxiliares), a tiempo completo o parcial. Es interesante notar que aunque los dos Centros poseen materiales razonablemente adecuados (en cuanto a precisión, exactitud y edad) para medir el peso y la talla de los niños pequeños, la documentación respecto a la nutrición es escasa (afiches sobre la diarrea y las vacunas).

En Chávez Rancho participan 150 niños en las sesiones, repartidos en cinco sesiones por semana. En Salomón Kleim participan 170 niños, repartidos igualmente en cinco sesiones por semana. Las mediciones de peso y de talla se realizan en una sala de enfermería, en la cual se efectúan también las vacunaciones y las cirugías primarias. Durante las mediciones antropométricas, los niños enfermos nunca son separados de los niños sanos. El agente de salud realiza estas mediciones solo.

En las zonas rurales, los Centros disponen de equipos más reducidos que en la ciudad: tres personas en Chimoré (un médico y dos enfermeras), además de un promotor de salud en una Posta aislada, y dos personas en Shinahota (el médico, Director del Centro, y un enfermero). Mientras que el material disponible en el Centro de Chimoré es adecuado, es más rudimentario en el Centro de Shinahota. También aquí, la docu-

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-

nera, la madre no tiene los medios para visualizar en el soporte los progresos de su hijo. La intervención, que tiene principalmente por meta proporcionar a las madres los medios de interpretar ella misma la curva, ha insistido, en el marco de la capacitación del personal, en la necesidad de registrar y anotar el peso en la curva. En Chávez Rancho, mientras que desde el inicio el registro no planteó problemas reales, la capacitación no ha permitido mejorar significativamente el resultado.

En el medio rural se constatan importantes diferencias entre los dos Centros con relación al conjunto de las variables representadas (véase Cuadro 1). Sin embargo, en Chimoré llama la atención la frecuente ausencia del MSI durante las visitas. El personal no pide a las madres llevar este soporte a las consultas. Esto demuestra que el personal de salud no siente la necesidad de utilizarlo para realizar las diferentes actividades ligadas a la medición del peso y de la talla (véase Capítulo 8 [Hoérée & Sejas *et al.*]).

En los Centros comparados, los problemas encontrados respecto a la calidad de las actividades realizadas son frecuentemente idénticos, pero están más marcados en los Centros que no se han beneficiado de la intervención. Se puede concluir que en el medio urbano, después de un tiempo de adaptación de varios meses, la capacitación ha permitido influir en la calidad de las medidas. Ésta también es buena en Chimoré, pero desastrosa en Shinahota, donde se indican prácticas negligentes. Se puede pensar que esta calidad divergente entre los dos Centros ya existía desde el inicio y que la capacitación probablemente la haya acentuado.

3.3 Las actividades y las recomendaciones de promoción

La evaluación antes-después de las actividades y recomendaciones sobre la promoción del crecimiento indica claras divergencias al interior del Centro de Chávez Rancho respecto a los comentarios sobre el peso y la manera en que los médicos proporcionan explicaciones a la madre (véase Cuadro 2 abajo).

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

reforzar la comprensión por parte de las madres mediante mensajes concordantes.

Cuadro 2: Resultados de las observaciones.
Análisis de las acciones y recomendaciones de promoción

	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
Comentario sobre el peso	81%	47.6%	95.2%	0%	60%
Explicaciones	81.1%	66.7%	94.7%	81.5%	89.7%
Consejos acerca de la alimentación	51.4%	61.1%	63.2%	25.9%	69.2%
Consejos acerca del desarrollo	5.4%	11.1%	15.8%	0%	5.1%
Utilización del soporte (CSI/MSI)	18.9%	17.7%	26.3%	0%	53.8%
Cita dada a la madre	31.5%	8.6%	55.3%	0%	23.1%
Duración de la consulta (16 a 20 minutos)	2.7%	11.5%	10.5%	0%	25.6%

Por lo demás, se puede notar que la duración de la consulta es mayor en los Centros que se han beneficiado de la intervención, a pesar de que la duración del examen en promedio sigue siendo muy corta, de hecho independientemente de si se trata de un pediatra o de un médico general. El MSI dedica una sección al examen físico durante la consulta. Aunque de este modo, las madres podrían ser motivadas a pedir un examen más profundo, los médicos no cambian sus costumbres en este campo. Por otra parte, durante la consulta se dan pocos consejos sobre el desarrollo del niño, a pesar de que el MSI permite dar seguimiento a sus principales etapas². Por último, sólo se puede constatar la mala calidad del trabajo del personal del Centro de Shinahota. En los Centros de ese tipo, probablemente se requeriría de una capacitación más larga y más extensa

2 No obstante, el MSI no precisa cómo se debería estimular el desarrollo del niño de manera práctica.

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.

5. Debate

La evaluación tenía por objetivo medir la influencia de la intervención (introducción del MSI y capacitación del personal de salud) en la interacción entre los dos principales actores (las madres y el personal de salud) en el marco de las actividades de seguimiento y promoción del crecimiento del niño. Esta evaluación fue realizada a partir de observaciones sobre las condiciones de realización de las mediciones antropométricas y el desarrollo de las consultas pediátricas, por una parte, y a partir de entrevistas realizadas con las madres a la salida de las consultas, por otra.

La capacitación del personal de salud ha conducido a una mejora en la calidad de las actividades relacionadas con las mediciones de peso y de talla. Ha permitido al personal de salud comprender mejor su significado como indicador de un crecimiento satisfactorio. Como consecuencia, también las madres han tomado conciencia del papel de la medición de la talla. Sin embargo, se percibe claramente uno de los peligros de esta evolución si los médicos no la enmarcan con mayor énfasis en explicaciones adecuadas: las madres se interesan sobre todo por el hecho de que su hijo esté o no dentro de la "norma" que se les presenta. Aquí existe el riesgo de una fijación en la noción de fracaso o de éxito por su parte y, consecuentemente, en el primer caso de una culpabilización exagerada, como ha sido demostrado en Brasil (Behague 1993).

Sin embargo, se debe destacar la fuerte ausencia del soporte durante las consultas. En ausencia del soporte concreto para visualizar el crecimiento de su hijo, estas actividades de medición podrían, poco a poco, parecerles inútiles a las madres. Considerando la inversión realizada en este soporte y en su uso en tanto herramienta favorecida de diálogo y de explicación, existe una insuficiencia a nivel de la capacitación del personal de salud que habría que corregir lo más pronto posible. Manifiestamente, no dan ninguna recomendación a las madres para que lleven el Manual a la consulta.

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,

si se pretende observar razonablemente algún impacto posterior. El reto sobrepasa aquí la simple actividad de seguimiento y promoción del crecimiento. Sin embargo, en el marco de esta única evaluación hasta ahora, no es posible establecer en qué medida este Centro es representativo o no de los otros Centros de la región.

6. Conclusión

Dos meses después de la intervención, el personal de salud todavía no había integrado totalmente los objetivos de la intervención respecto a los aspectos preventivos (promoción del crecimiento y del desarrollo) y a la mejora de la comunicación con las madres. El personal en su conjunto considera el MSI como un instrumento que deben utilizar las madres para responder a sus expectativas en materia de información sobre la salud de sus hijos en el transcurso del crecimiento, pero no como un medio de promover este crecimiento a través de mejores relaciones y de un diálogo de mayor calidad. Al final, el impacto de la intervención dependerá del nivel de integración y utilización del MSI por parte del personal de salud en los Centros.

La intervención ha permitido mejorar las actividades de medición. También ha podido responder a las expectativas de las madres acerca de la difusión de información básica sobre el crecimiento, el desarrollo, las vacunas y la alimentación del niño. Sin embargo, existe un desfase entre los objetivos de promoción y de comunicación esperadas, y la aplicación de la intervención en los Centros de Salud.

No obstante, recordemos que el lapso entre las intervenciones en los Centros experimentales y las evaluaciones ha sido muy corto. Esta evaluación ha permitido tener una idea preliminar de los resultados justo después de la fase de introducción. Constituye una valiosa ayuda para mejorar la capacitación inicial y reforzar los diferentes elementos de la intervención.

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

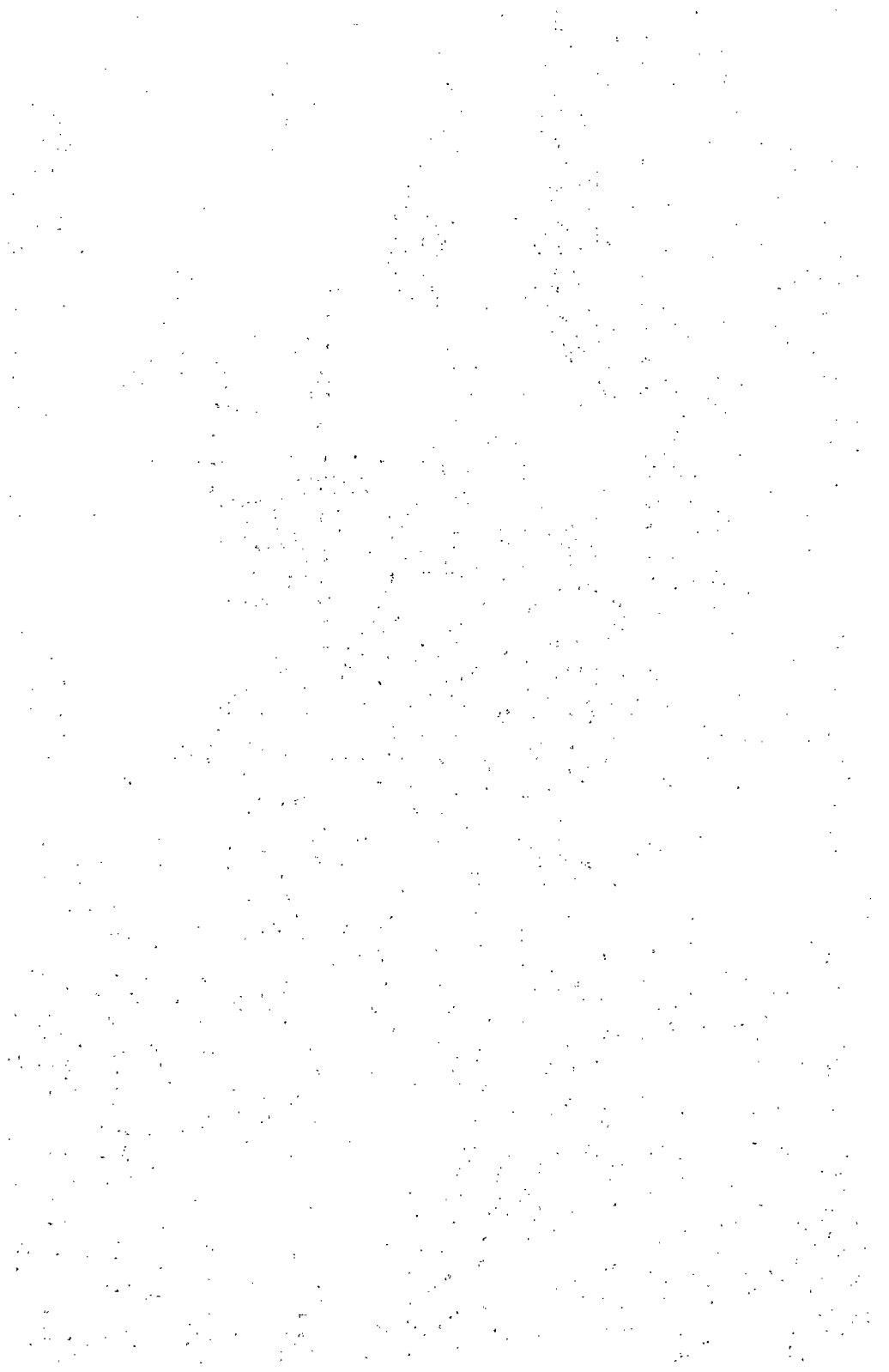
- ARBORIO, A.-M. & FOURNIER, P.
1999 *L'enquête et ses méthodes: l'observation directe*. Paris: Nathan Université 'collection 128'.
- BEHAGUE, D.
1993 "Growth monitoring and the promotion of breastfeeding", *Social Sciences & Medicine* 37(12): 1565-1578.
- BLANCHET, A. & GOTMAN, A.
1992 *L'enquête et 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.



tercera parte

balance de las experiencias



Experiencias adquiridas en el Proyecto. El punto de vista de profesionales en enfermería (Perú)

Ruth Velarde & Nancy Suárez

1. Introducción

Al inicio del Proyecto traíamos como enfermeras un diagnóstico particular de los problemas de salud del niño. Pensábamos conocer cuáles eran las causas de un posible retraso en su crecimiento y desarrollo. Por la literatura y los conocimientos impartidos en nuestra formación, teníamos nuestra idea sobre la responsabilidad de las madres, de los cuidadores y de los otros miembros de la familia, aunque no sabíamos con exactitud qué rol y funciones cumplían en la práctica.

La participación en el Proyecto¹ ha ampliado nuestra visión, la de entender y considerar a las personas responsables del cuidado de la salud del niño como actores, con su "sabiduría", fortalezas y debilidades. Los niños también son personas a quienes primero debemos conocer para luego definir si intervenimos o no, sin desmerecer su capacidad como sujetos. Por el contrario, debemos proponer alternativas de solución a

¹ Agradecemos a las madres y responsables de Ermitaño Alto y Bajo (Independencia) y a las/los de Chocas Medio y Alto, y Río Seco (Carabaylo). Agradecemos también a Iris Pecho por habernos dado la oportunidad de participar en el Proyecto y a Emma Rubín de Celis por su apoyo en la redacción de este texto.

los problemas de salud que les aquejan. Hemos llegado a comprender que lo más importante es promover la salud con participación comunitaria y percibir con una nueva visión las necesidades sentidas por la población.

Después de participar en la investigación socioantropológica en el Perú, mediante entrevistas en profundidad y grupos focales conformados por los cuidadores del niño (madres y padres), descubrimos sus conocimientos y comprendimos las lógicas de sus comportamientos. También hemos tratado de comprender por qué se dan los problemas sociales que aquejan a las familias de estas zonas urbanas marginales.

A través de este Capítulo, pretendemos difundir nuestra experiencia de trabajo comunitario y mostrar que es posible utilizar nuevas metodologías y estrategias para la educación de los responsables del niño sin ser verticales y sin la pretensión de saberlo todo. En estas metodologías, la experiencia de cada una de las participantes es considerada como un hecho concreto y el resultado de una adaptación inteligente a los múltiples condicionantes sociales, culturales y económicos.

2. Descubriendo nuevos roles y funciones para el personal de salud

Antes de esta experiencia, después de un diagnóstico desde afuera, posiblemente hubiésemos establecido desde la oficina un plan de solución de los problemas encontrados, intentando luego estimular y motivar a las madres a que se adhieran al plan.

En esta experiencia, después de conocer lo que saben, piensan, sienten y por qué actúan las madres como lo hacen (véase Capítulo 4 [Rubín de Celis & Pecho *et al.*]), hemos buscado las posibles soluciones junto con ellas, diferenciando aquellos cambios posibles (individuales y familiares) de los otros de carácter más estructural cuya solución no estaba ni a nuestro alcance ni al alcance de los responsables del niño.

Después de la fase de intervención podemos decir que, si bien es cierto que no hemos podido cambiar las estructuras sociales o económicas que afectan a las familias, sí hemos logrado influir en los comportamientos individuales y familiares respecto al cuidado del niño (véase Capítulo 10 [Pecho & Rubín de Celis *et al.*]).

Hemos podido conocer más a fondo estos problemas. Con esta experiencia que se diferencia de nuestras anteriores experiencias laborales, al ver un niño mal cuidado sabemos la importancia de las dinámicas sociales que hay detrás de ello. Así hemos comprendido por qué suceden cuidados potencialmente "malos".

3. Principales características del proceso de investigación y de intervención

Nuestras entrevistas y visitas domiciliarias a los cuidadores de la salud de los niños nos han permitido conocer no sólo los factores de riesgo externos a los que están expuestos junto con sus familias (vivienda desprotegida, falta de infraestructura, de agua, desagüe, pistas, falta de trabajo del jefe de familia y de tiempo para atender a los niños, etc.), sino también cómo las madres superan estos riesgos, cómo previenen y curan las enfermedades con sus escasos recursos y con los conocimientos que tienen.

Estos conocimientos adquiridos oralmente tienen su lógica propia que no se expresa desde el principio y menos frente a "desconocidos". Es necesario ganar toda la confianza de las madres y los cuidadores en general para conocerla. Por eso podemos decir que sus conductas no carecen de fundamento, algo que para nosotros era difícil de comprender, aunque no de respetar.

Durante el proceso de investigación hemos comprendido que no sólo basta solucionar los problemas de salud pública curando, controlando epidemias, vacunando, sino que también

es necesario mantener espacios de comunicación con la población y, como profesionales de salud, cumplir un rol facilitador del intercambio de información. Se trata de un rol estimulador para orientar el diálogo, con el fin de lograr una mejor comprensión de los problemas y, por ende, proponer alternativas de solución.

4. Un nuevo enfoque de trabajo

Lograr estos espacios de comunicación no ha sido fácil. No era suficiente ganar la confianza de las madres, ni que estuvieran seguras de nuestro respeto, de la valoración de su experiencia o consideradas como personas inteligentes y comprometidas con el bienestar de sus hijos. Fue difícil que los responsables dejen de trabajar para reunirse. Las madres tienen que trabajar para sustentar su hogar, además de cumplir con sus quehaceres domésticos. Tienen que buscar constantemente trabajo cuando éste es temporal. Por otra parte, las madres no están acostumbradas a reunirse con otras madres para discutir problemas de la salud del niño. Sobre todo fue difícil para ellas comprender nuestra metodología de trabajo. Acostumbradas a guardar sus pensamientos y conocimientos para sí mismas, especialmente frente a los profesionales de la salud, esperaban que el educador les indique "lo correcto" y les señale qué hacer en cada caso.

Hemos tratado de estimular las reacciones de las madres, problematizando sus respuestas sobre la salud del niño, repreguntando sobre los "¿por qué?", animándolas a reflexionar sobre las relaciones entre los hechos. Es así como ellas mismas hallaron las causas y luego las consecuencias de los problemas o de sus conductas o comportamientos. Al ser sensibilizadas y motivadas para que conjuntamente propusieran alternativas de solución, compartieron muchas experiencias personales, testimonios, problemas familiares, problemas de relación con sus vecinos, etc.

El resultado de esta metodología impactó tanto más que fueron ellas mismas, las madres y cuidadoras, las que exponían sus problemas y contaban cómo los habían solucionado. Esto, además de que la mujer que contaba sus experiencias tomó conciencia de su propio saber, inteligencia y creatividad, servía de aliado a las otras madres para que escuchen el problema y cómo fue resuelto. Nosotras como facilitadoras solamente teníamos que motivarlas. Así, compartiendo experiencias, fueron buscando y encontrando soluciones. Esto condujo a que otras comentaran sus problemas, partiendo del quehacer diario y no de la teoría o de lo que dicen los manuales, aunque luego comparábamos estos dos tipos de saberes y los integrábamos en un nuevo conocimiento acerca del cuidado del crecimiento y desarrollo del niño.

Lo que motivó a las madres a compartir estas experiencias fue nuestra actitud de respeto, de valoración de su experiencia y creatividad, y de nuestro sincero reconocimiento de lo que su saber nos aportaba a nosotras mismas. Acostumbradas a que el personal de los servicios de salud tenga con ellas relaciones verticales ("que sabe frente al que no sabe"), se asombraron primero y luego participaron con entusiasmo, discutiendo y tomando decisiones.

Gracias a esta metodología igualitaria y participativa, no sólo hemos comentado las metas específicas que el niño debe lograr para su desarrollo (gatear, pararse, caminar, etc.), sino que, además, hemos discutido y analizado la forma en que el niño lo va logrando y, lo más importante, la forma en que los responsables pueden ayudarles a conseguirlo, tomando en cuenta sus diferentes condiciones y limitaciones.

5. Algunas lecciones para el quehacer de las enfermeras de salud pública

Queremos presentar estas lecciones ensayando una reflexión comparativa entre el quehacer habitual de las profesionales de enfermería en los servicios de salud y lo que hicimos en el Proyecto.

5.1 ¿Cuáles son nuestros nuevos comportamientos frente a los responsables del niño?

Como enfermeras de una Posta de Salud del Ministerio de Salud (MINSA) –y sólo con los conocimientos de los libros y de las normas a seguir– no habríamos tomado en cuenta los conocimientos y experiencias de los responsables. Hubiésemos ignorado el hecho de que, en la práctica, es el responsable el que decide la conducta a seguir respecto a la salud del niño. Como enfermeras, nuestras conductas hubiesen estado regidas por los protocolos y normas de atención, de acuerdo a la dolencia o enfermedad que presentara el niño, sin tener en cuenta al responsable como persona, sin considerar que estamos tratando con un sujeto social que piensa, siente y tiene sus propias lógicas.

En cambio, en nuestra experiencia en el Proyecto empezamos a apreciar las percepciones que tienen las madres o cuidadores de la salud de los niños. Comenzamos a entender lo que es, para ellos, una enfermedad y sus formas, así como la manera de curarla, escuchando sus relatos, basados en experiencias y conocimientos transmitidos de generación en generación, teniendo en cuenta las costumbres locales y los escasos recursos. Esto nos permitió comprender sus problemas y que era necesario establecer espacios de comunicación para buscar y proponer alternativas de solución realizables.

5.2 ¿Qué aporta la construcción compartida de los conocimientos sobre la comunicación y las actividades educativas?

A pesar de que una enfermera, en general, trae consigo el concepto de que “la salud es el estado de equilibrio individual de bienestar mental, físico y social óptimo para cada persona”², el

2 Este es el concepto oficial de la OMS (Organización Mundial de la Salud) después de la reunión de Alma Ata en 1978.

modelo de atención de la salud que rige en los establecimientos dentro de los cuales ella actúa, la llevan a priorizar en la práctica el tratamiento de la enfermedad. Es verdad que es la salud y no la enfermedad lo que "normativamente" constituye el centro de atención de los servicios de salud.

De la descripción anterior de las funciones de la enfermera dentro de los servicios de salud podemos deducir que en su trabajo predomina la atención de las necesidades biológicas del individuo y que, al final de cuentas, se centra en la enfermedad o dolencia. Por lo tanto, no se centra en la persona que tiene en desequilibrio su bienestar físico, psicológico, económico y social. Menos aún se interesa por los factores que condicionan la pérdida de la salud, en particular por condiciones familiares y ambientales en las que crece y se desarrolla el niño. Esta atención biologista reduce el crecimiento y desarrollo a eventos concretos y tangibles o fenoménicos (véase Capítulo 6 [Rubín de Celis & Vidal *et al.*]), como son las enfermedades, la desnutrición, los maltratos físicos y psicológicos. Nunca se preguntan por qué ocurren esos hechos.

En cambio, un enfoque más global debería traducirse en acciones tendientes a promover la salud y prevenir enfermedades, y no sólo curarlas. Según nuestra experiencia, la enfermera, en cumplimiento del objetivo de promoción y prevención de la salud de su comunidad, debe estimular a las personas para que sean las más "sanas" posibles, protegiéndose también contra las enfermedades. En cuanto a la salud infantil, la enfermera debe preocuparse de la detección y prevención primaria de anormalidades del crecimiento y desarrollo del niño.

Para el Proyecto, nos importó conocer el saber de los responsables, pero no como obstáculos para nuestro actuar o intervenir, sino más bien para enriquecer el saber científico sobre el cuidado de la salud del niño. Nos importó a nosotras porque debíamos intervenir no solamente identificando los problemas de salud de los niños en su ambiente familiar y de su comunidad, sino asumiendo que los responsables eran los actores principales de la salud del niño, que eran sujetos que

reflexionan, con experiencia y con razonamientos simplemente diferentes a las "nuestras", que guiaban sus comportamientos.

Así, pensamos que una intervención para solucionar los problemas del crecimiento y desarrollo de los niños podría ser más efectiva si reconocíamos el hecho de que debería existir una relación "sujeto/sujeto" entre los cuidadores y el personal de salud, valorando y respetando los saberes y el poder de decisión. De esta manera superamos la tradicional relación "sujeto/objeto" entre "los que saben" (el personal de salud) y "los que no saben y deben aprender" (los responsables)³. Este segundo tipo de relación no tiene resultados duraderos, como se observa en la escasa sostenibilidad de tantas intervenciones educativas del MINSA. La relación "sujeto/sujeto" se propone unir los conocimientos, capacidades y esfuerzos de ambos actores, asumiendo cada uno su responsabilidad en el cuidado de la salud del niño.

5.3 ¿Qué aporta el trabajo interdisciplinario?

La enfermera suele trabajar con otras disciplinas de las ciencias de la salud, puesto que la salud del niño no sólo se refleja en sus dolencias físicas, sino que muchas de ellas se unen a problemas psicológicos y familiares. Se necesita entonces el apoyo de otras disciplinas para ayudar y plantear conjuntamente soluciones que mejoren la salud y las condiciones de vida del niño.

Sin embargo, la noción de equipo interdisciplinario del personal de salud considera sobre todo a subdisciplinas de las ciencias de la salud o, en el mejor de los casos, la psicología y el trabajo social. Además, sólo puntual o esporádicamente se pide su participación. En el Proyecto, nosotras tuvimos la oportunidad de trabajar con socioantropólogo/as, nutricionistas y educadores. No nos proporcionaron ayudas puntuales sino que

3 Cf. Ugalde (1985).

construimos en equipo un pensamiento común, metas comunes, pudiendo enriquecernos mutuamente del saber de las otras disciplinas en las innumerables reuniones de análisis y evaluación de la marcha del Proyecto. La división de tareas y responsabilidades no debilitó sino que enriqueció la construcción de un verdadero equipo interdisciplinario, puesto que tratábamos de mantener constantemente la articulación del proceso de trabajo (Allard 1991).

5.4 ¿Qué aporta la investigación cuando precede la intervención?

Lo que más nos aportó fue tener otra visión sobre los responsables y los niños. Los descubrimos como sujetos que piensan y que tienen una lógica de acción. Encontramos que tienen diversas formas y nociones sobre la salud y la enfermedad. Esa manera de considerar su estado de salud tiende a variar de acuerdo a diversos factores, tales como su situación socio-económica, su nivel educativo, su procedencia, la edad y el grado de autonomía respecto al resto de la familia que tenga la pareja. Y también varía de acuerdo a la frecuencia de contacto con los servicios de salud. Todos estos factores definitivamente influyen en la manera en que perciben la salud.

Descubrimos que, en general, no tratan de identificar de manera científica los signos y síntomas de enfermedad sino que se basan en la observación del estado anímico de los niños y en sus conductas. Comprendimos que sí se preocupan por el estado de salud de sus hijos, pero que frecuentemente la pobreza, acompañada del desconocimiento de los indicadores de la enfermedad y, en algunos casos, las dificultades de acceso a los servicios de salud o la falta de confianza en los sistemas de salud existentes, hacen que den preferencia a otros sistemas alternativos de atención o que lleguen a las Postas o Centros de Salud sólo cuando los niños están graves. También pudimos observar que tienen una concepción "fatalista" de la enfermedad.

5.5 ¿Cómo desarrollar una investigación e intervención?

Como enfermeras de los servicios hubiésemos formulado un plan de intervención basado en la relación “sujeto/objeto” de acuerdo a las normas dadas por el servicio de salud, sin realizar previamente estudios que pudieran darnos a conocer el estado de los conocimientos de los actores. No hubiéramos tomado en cuenta los saberes y las experiencias de las madres y/o cuidadoras simplemente siguiendo las directivas de los manuales de procedimientos del programa correspondiente dentro del MINSA.

En cambio, en el Proyecto tuvimos la experiencia de usar el enfoque cualitativo⁴ para iniciar las acciones con una fase de investigación detenida. Por primera vez utilizamos la entrevista en profundidad, la cual nos permitió saber lo que piensan los actores y entender la racionalidad que está detrás de su pensamiento y de su actuar, encontrando que existe una razón lógica para cada una de sus conductas. Nos permitió poder profundizar aún más la utilización de las técnicas de los grupos focales y de la devolución de los resultados de las entrevistas (como en el caso de Ermitaño Alto⁵). Estas dos técnicas nos hicieron palpable cómo podíamos encontrar conjuntamente las causas y las consecuencias de los problemas identificados en la salud del niño y proponer alternativas de solución. También comprendimos lo que es aplicar el enfoque conceptual de la salud integral y comparar las diferencias entre metodologías educativas con un enfoque tradicional y las de un enfoque participativo (Zurita 1985).

Este último enfoque es el que se está aplicando en la intervención (particularmente en Ermitaño Alto), donde facilitadoras y cuidadoras analizan y deconstruyen los problemas, para

4 Véanse Capítulos 4 [Rubín de Celis & Pecho *et al.*], 5 [Suremain] y 7 [Lefèvre & Hoérée *et al.*].

5 Es uno de los dos ámbitos de acción del Proyecto en Perú (véase Capítulo 1 [Suremain]).

luego reconstruir alternativas de solución conjunta, teniendo en cuenta las condiciones dentro de la familia y de la comunidad (véase Capítulo 10 [Pecho & Rubín de Celis *et al.*]). Durante el proceso hemos comprendido que no basta solucionar los problemas de la salud pública, controlando epidemias o vacunando, sino que es necesario tomar en cuenta la comunicación en tanto intercambio de saberes y experiencias, tanto de los responsables como del personal de salud. Nosotras como facilitadoras, únicamente orientamos la búsqueda de una mejor comprensión de los problemas y de las propuestas para alternativas de solución que surgen del grupo en su conjunto. Consideramos que las madres como actrices que tienen que decidir permanentemente sobre las soluciones a tomar, proporcionan una mayor probabilidad de que los cambios sean eficaces y duraderos.

6. Conclusión

Nuestra experiencia comunitaria demuestra que es posible utilizar nuevas metodologías y estrategias de comunicación y educación con los responsables del niño, bajo la condición que se tomen en cuenta sus conocimientos y experiencias como formas de adaptación complejas a la realidad.

Por otra parte, nos parece posible formular y ejecutar conjuntamente alternativas de solución, con el objetivo de mejorar el cuidado de la salud, el crecimiento y el desarrollo de los niños. También es importante resaltar que nuestra participación como entrevistadoras no solamente nos ha enriquecido personalmente sino que ha sido una base importante para reflexionar, comprender y profundizar el significado de lo que es realmente un trabajo de equipo interdisciplinario.

Esta experiencia, que debe ser vista como un “todo”, nos ha demostrado que no es posible iniciar un programa de intervención educativa para el cambio de situaciones o de comportamientos sin una fase previa de investigación participativa y

que la metodología constructivista garantiza la inclusión de los beneficiarios, además de la sostenibilidad de los cambios.

Por último, las reflexiones y luego los ensayos de intervención con relación a la alimentación, la estimulación psicomotriz y la afectividad del niño, basadas en las decisiones de los responsables, han comenzado a rendir frutos y nos aseguran su continuidad más allá de la conclusión del Proyecto.

Referencias bibliográficas

ALLARD, D.

1991 *Pourquoi une quatrième génération de l'évaluation ?* Montréal: Département de Santé Communautaire/Programme de Santé au Travail/Hôpital du Sacré-Cœur.

UGALDE, A.

1985 "Ideological dimensions of community participation in Latin American health programs", *Social Science & Medicine* 21(81): 41-52.

ZURITA, A.

1985 "Paradigmas y conceptualización de la salud", ponencia en el Seminario 'Expertos en Salud Comunitaria', Instituto de Medicina Tropical, Anveres, doc. mimeo.

Las percepciones diferenciales de un Proyecto de investigación para el desarrollo en salud

Pierre Lefevre

1. Introducción

Más allá de las principales experiencias científicas del Proyecto, nos parece útil detenernos a reflexionar sobre su desarrollo, tal como fue vivido y percibido por los principales actores¹ que participaron en él (investigadores individuales de diferentes disciplinas y equipos de investigación).

En la práctica, el Proyecto involucró a cuatro equipos de investigación (de Bélgica, Bolivia, Francia y Perú), tres disciplinas (nutrición, salud pública y socioantropología) y diferentes investigadores². Nuestro análisis se centra en las interacciones y las relaciones complejas que se entretajeron entre estos actores, y las consecuencias que éstas tuvieron en el desarrollo del Proyecto y sus resultados. Este análisis trata particularmente del estudio de

-
- 1 Por actores, hay que entender no solamente individuos *hic et nunc*, sino también "actores institucionales". Sin embargo, no todas las categorías de actores institucionales son sujetos colectivos de intencionalidad. En otros términos, las categorías de actores no deben ser cosificadas y hay que abstenerse de atribuirles una existencia, propiedades o poderes que no poseen necesariamente.
 - 2 El análisis no se refiere a las representaciones del Proyecto de los demás actores implicados (personal de salud, autoridades administrativas, población, etc.).

las representaciones y de las lógicas de comprensión del Proyecto de investigación. De este modo, permite revelar las relaciones de poder en las cuales el Proyecto constituye el desafío.

De manera transversal, se ponen de relieve las siguientes dimensiones:

- Los intereses y expectativas (explícitas e implícitas) de unos y de otros;
- Las diferentes concepciones de las contrapartes involucradas en la práctica del Proyecto;
- Las “derivaciones” no intencionales;
- Las concepciones epistemológicas e ideológicas subyacentes en la investigación.

Nuestro objetivo es comprender mejor *a posteriori* los procesos de colaboración interdisciplinaria y de cooperación en la elaboración del Proyecto. Es también preguntarse sobre sus ventajas, sus límites y sus condiciones. Estas reflexiones nos permitirán lograr una comprensión más global: (i) del Proyecto y de las particularidades de su implementación; y (ii) del papel que jugó cada equipo contraparte y/o disciplina.

El proceso de la investigación será descrito no de manera formal (véase Introducción General) sino tal y como fue vivido y percibido por sus principales protagonistas. Señalaremos las estrategias que fueron elegidas por los equipos o los investigadores para intentar resolver cierto número de problemas que surgieron. Finalmente, se discutirán las lecciones que se pueden obtener de esta experiencia en términos de integración conceptual, de comunicación y de continuidad de los equipos de investigación.

2. Marco conceptual y metodología

El análisis crítico y las interpretaciones que se desprenden de esta investigación se basan en un doble enfoque teórico: la socioantropología del desarrollo y la “perspectiva de los acto-

res" por un lado, y el constructivismo, por el otro. Conviene precisar lo que entendemos por estos enfoques.

2.1 Socioantropología del desarrollo y perspectiva de los actores

La hipótesis central de la socioantropología del desarrollo³ es que la consideración de las representaciones, prácticas y lógicas de acción de los diferentes actores implicados en un Proyecto de investigación, por una parte, y la comprensión de las relaciones entre estos grupos de actores, por otra, permitirán comprender mejor la dinámica del Proyecto.

En este estudio se eligió y aplicó la "perspectiva de los actores" (*actor-oriented perspective*, cf. Long & Long 1992), en el marco más general de la socioantropología del desarrollo. Esta perspectiva se apoya en los siguientes postulados:

- Los investigadores tienen la capacidad estratégica de influir en el desarrollo y las orientaciones de un Proyecto de investigación; juegan un rol activo en éste, independientemente de roles establecidos en los documentos del Proyecto;
- Un Proyecto de investigación constituye una inversión (financiera, material, simbólica y afectiva) para los investigadores; si bien es objeto de una búsqueda de consenso, también es un espacio de conflictos entre investigadores individuales, instituciones y grupos de diferentes disciplinas.

Cuando se considera un Proyecto de investigación "desde fuera" (desde una perspectiva de evaluación, por ejemplo),

3 En Francia, la socioantropología del cambio social y del desarrollo tiene sus orígenes en los trabajos de Bastide (1971) y de Balandier (1969). En Inglaterra se desarrolló al interior de la escuela de Manchester. Asimismo, mantiene vínculos con la antropología política norteamericana (Bailey 1971).

muchas veces no se considera lo que representa para los investigadores que participan en él. Para éstos, se trata principalmente de un conjunto de procedimientos establecidos para alcanzar objetivos científicos (verificar o desechar ciertas hipótesis). En lo cotidiano, un Proyecto es también y sobre todo un "trabajo" en el que las inversiones individuales y colectivas (en términos de equipos), afectivas y simbólicas pueden tener gran importancia. Para algunos de los investigadores implicados, este Proyecto significó miles de horas de trabajo (comunicación, reflexión, actividades de campo, redacción, lectura, etc.), además de constituir una fuente de ingresos.

- Lejos de ser homogéneos y motivados por objetivos, intereses, prácticas y representaciones idénticas, los grupos de investigadores son a menudo heterogéneos y están atravesados por numerosas divergencias reales y simbólicas.

A nivel de los investigadores, tres líneas de divergencias que explican las diferencias de percepción del Proyecto y de su desarrollo nos parecen esenciales: (i) la divergencia entre equipos del Norte y del Sur siempre latente en un Proyecto de investigación para el desarrollo; (ii) las discrepancias entre disciplinas; y (iii) las divergencias entre equipos. Los factores relacionados con las trayectorias profesionales y/o las experiencias personales complican aún más la situación.

- Ningún objetivo formal de investigación es adoptado integralmente; por el contrario, es frecuentemente "desarticulado"⁴ como resultado de un trabajo de reinterpretación por parte de los diferentes investigadores; como en otros sectores, la investigación para el desarrollo se acomoda en función a los intereses (financieros, simbólicos, *authorship* y prestigio) que están en juego.

4 Cf. Olivier de Sardan (1997: 197).

- La perspectiva de los actores reconoce en los investigadores una capacidad y “márgenes de maniobra” (*room and place for manoeuvre*; cf. Long & Long 1992), es decir una capacidad de acción⁵. Ya sea que se trate de directores de investigación, investigadores asociados o simples encuestadores, se subestima frecuentemente la capacidad de los actores de influir sobre el curso de la investigación.

2.2 La perspectiva constructivista

El postulado central de la perspectiva constructivista es que no existe realidad fuera de los que la aprehenden (véanse Capítulos 4 [Rubín de Celis & Pecho *et al.*] y 6 [Rubín de Celis & Vidal *et al.*]). En este aspecto se opone al positivismo. Guba & Lincoln (1994: 110) señalan al respecto:

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.

El desarrollo del Proyecto tal y como ha sido descrito aquí, debe ser considerado como una construcción por parte de aquellos que han participado en él. Para reconstruir esta “imagen del Proyecto”, hemos adoptado la siguiente modalidad.

5 Es el concepto de agency de Giddens (1984) o incluso de “habitus” (Bourdieu & Wacquant 1992). El enfoque de los actores no se apoya en el individualismo metodológico en el sentido estricto (Boudon 1984). Por el contrario, la socioantropología del desarrollo reconoce el rol importante que juegan estructuras como la economía y el sistema social. En este análisis, el problema de los condicionamientos sociales y políticos externos más generales que enmarcan el Proyecto y repercuten en su funcionamiento, no ha sido profundizado

En primer lugar, se hizo una encuesta por cuestionario abierto dirigido a los diferentes investigadores del Proyecto⁶ sobre su propia vivencia en éste (diciembre de 2001).

Las percepciones diferenciales del desarrollo del Proyecto

1. ¿Cuáles eran sus objetivos profesionales al participar en este Proyecto?
2. ¿Cuáles eran sus motivaciones personales al participar en este Proyecto?
3. ¿Según usted, cuáles eran los objetivos del Proyecto en su conjunto?

No se refiera a los documentos del Proyecto para responder a esta pregunta. Responda espontáneamente.

4. ¿Podría usted describir de manera sintética y en grandes líneas el desarrollo del Proyecto (desde su concepción hasta su conclusión)? ¿Cuáles han sido para usted los momentos claves?

5. ¿Cuáles fueron, según usted, las principales dificultades encontradas en este Proyecto? ¿Cuáles fueron las consecuencias?

Considerar el conjunto de las siguientes dificultades: financieras, personales, conceptuales, metodológicas, operativas y de comunicación.

6. ¿En su opinión, el Proyecto ha tenido desviaciones? De ser así, ¿a qué se debieron?

7. ¿Cómo ha vivido su rol en el conjunto del Proyecto? ¿Pudo usted jugar este rol adecuadamente?

8. ¿Tuvo frustraciones personales o colectivas (como miembro de un equipo de investigación) con relación al Proyecto (objetivos no alcanzados, implicación personal insuficiente, publicaciones, etc.)?

9. ¿Tuvo usted expectativas científicas que no fueron cumplidas por el Proyecto?

10. ¿Cuáles son las principales experiencias adquiridas en el Proyecto?

Precisar si es en términos científicos; a título individual; para los equipos.

11. ¿A lo largo del Proyecto, cómo ha vivido la cooperación (entre equipos Sur-Sur, Norte-Sur Norte y Norte-Norte)? ¿Cómo podría usted calificar este tipo de cooperación?

12. Eventuales observaciones / críticas y complementos al cuestionario.

6 De 11 investigadores involucrados en el Proyecto ocho llenaron el cuestionario. Dos de los que no contestaron pertenecen al equipo francés, el tercero al equipo peruano.

Estos datos sirvieron para la redacción de una primera versión de este texto que más tarde circuló entre los investigadores. Para la redacción constructivista, esta primera imagen del Proyecto fue complementada con los diferentes comentarios proporcionados, conforme a la aplicación de la metodología de los círculos hermenéuticos propuestos por Guba & Lincoln (1989)⁷. Se elaboró progresivamente una nueva imagen del Proyecto, necesariamente parcial y contradictoria, pero también necesariamente más compleja y sofisticada.

Los resultados se presentan en dos grandes partes. Primero presentamos la imagen del Proyecto que resulta después de aplicar la metodología de los círculos hermenéuticos. Ésta describe de manera crítica el proceso, resaltando particularmente: (i) las dinámicas de confrontación/complementariedad entre las disciplinas y los equipos, y la articulación entre los diferentes investigadores en socioantropología, en salud pública y en nutrición; y (ii) las convergencias, contradicciones, momentos de bloqueo y reorientaciones. Después detallamos ciertos temas mencionados en la "imagen objeto", como las motivaciones profesionales y personales de los investigadores, la comprensión de los objetivos del Proyecto, las diferentes dificultades percibidas y las frustraciones y satisfacciones de unos y de otros.

3. La imagen del Proyecto⁸

3.1 Concepto del Proyecto y conformación de la cooperación

La concepción y redacción del Proyecto duró casi un año y se realizó esencialmente en el IMT (Instituto de Medicina Tro-

7 La confrontación de los puntos de vista y de las diferentes construcciones intelectuales respecto al Proyecto fue realizada de manera más directa y menos "mediatizada" que en la metodología original.

8 En el proceso de construcción/redacción de esta imagen del Proyecto, párrafos enteros han sido reproducidos (con algunos cambios leves a nivel editorial).

pical). La mayor parte del documento de proyecto fue escrita por dos investigadores que recibieron comentarios y sugerencias puntuales de mejoras por parte de sus contrapartes y colegas. Los últimos comentarios solicitados se referían a aspectos específicos, principalmente la participación comunitaria⁹.

Con excepción del Perú, donde los investigadores pertenecen a una Universidad privada (Facultad de Salud Pública), los otros colaboradores están vinculados a equipos (nutrición) de institutos de investigación públicos. Al inicio, los cuatro equipos se conocían muy poco: los dos equipos del Norte ya habían tenido experiencias comunes de colaboración científica, lo que no era el caso entre los dos equipos del Sur. El equipo boliviano había colaborado anteriormente con los dos equipos del Norte. La contraparte peruana tuvo una experiencia de trabajo limitada con el equipo belga, pero ninguna con el IRD (Instituto de Investigación para el Desarrollo). Los contactos previos entre el IMT y el equipo peruano fueron establecidos por un investigador que al iniciarse el Proyecto, ya no formaba parte del equipo IMT, y por el futuro responsable del Proyecto en Bolivia.

A partir de la concepción del Proyecto, hubo una fuerte voluntad de lograr que diferentes disciplinas colaboren entre ellas, aunque sus roles y expectativas no siempre estaban claramente definidas. En esta fase, por razones de presentación formal, los aspectos nutricionales –contrariamente a los de la parte de salud pública– casi no fueron abordados. La propuesta de investigación estaba, no obstante, implícitamente escrita desde una perspectiva de nutrición pública. En cambio, se había previsto un lugar y un rol para la socioantropología. Algunos “conceptos socioantropológicos” habían sido incluidos de antemano (percepciones, rol de la familia, creencias, participación comunitaria, etc.).

9 En los Proyectos INCO de la época, esta dimensión podía aumentar las posibilidades de admisión de la propuesta de investigación.

3.2 El inicio del Proyecto y su relectura por parte de los socioantropólogos

Cuando el Proyecto fue aceptado por la Comisión Europea, pero antes de comenzar oficialmente, los dos socioantropólogos del Norte elaboraron un documento de trabajo al que denominaron "la carta". Su intención era complementar el documento de proyecto inicial y clarificar la parte socioantropológica. De esta manera, ésta tomó cuerpo particularmente con cuestiones de investigación, con hipótesis y presupuestos teóricos propios de la socioantropología. Asimismo, se adaptaron metodologías y técnicas, y se definió un cronograma de investigación¹⁰.

Este trabajo supuso la "deconstrucción" de cierto número de conceptos iniciales. Es el ejemplo del concepto de "padres" que fue ampliado al concepto de "actores" o "cuidadores" que gravitan en torno a la salud del niño en su ambiente doméstico y social. Asimismo, la perspectiva socioantropológica condujo a reubicar el concepto del crecimiento y del desarrollo del niño en el marco más global de su salud. Estos cambios en el protocolo implicaron la integración de investigadores y/o estudiantes en los dos países del Sur y el manejo de encuestas, con miras a reubicar al niño en su contexto social (estructura de la familia, relaciones de género, socialización, etc.).

La mirada desde la perspectiva socioantropológica no fue inmediatamente comprendida por los investigadores de las otras disciplinas, pues no percibían la complementariedad inmediata de estas investigaciones con las suyas.

Este protocolo, que no pretendía ser un documento separado de la propuesta inicial, pudo haber sido complementado por las otras disciplinas. Desde entonces surgió cierta confusión en los ánimos, como si coexistieran dos documentos de

10 Dada la complejidad y la amplitud del Proyecto de investigación, el documento de Proyecto no constituye un protocolo de investigación operativo propiamente dicho.

referencia¹¹. A través de este proceso, los estudios socioantropológicos se beneficiaron, no obstante, de cierto grado de autonomía que fue aceptado implícitamente por los investigadores de las otras disciplinas.

Como consecuencia de este fortalecimiento, se solicitó a las contrapartes del Sur llevar a cabo una pre-encuesta. Ésta fue realizada en Perú en marzo de 1998 y también en Bolivia, justo antes de la primera reunión de contrapartes.

3.3 La primera reunión de contrapartes en Anveres

Las reuniones anuales marcaron las grandes etapas del Proyecto y pusieron en evidencia sus principales avances, contradicciones, bloqueos y reorientaciones.

La primera reunión del conjunto de los colaboradores tuvo lugar en abril de 1998 en Anveres. Después de la presentación de los resultados preliminares de la pre-encuesta socioantropológica, la reunión se dedicó más a definir los procedimientos de la realización de la investigación (cronograma de actividades y responsabilidades por disciplina) que a aclarar las expectativas conceptuales de unos y de otros. Sin duda, es una de las razones por las cuales el enfoque nutricional ha perdido claramente peso –con relación a lo que estaba previsto implícitamente en el documento de proyecto– a favor de la salud pública. En cambio, se confirmó el rol de la socioantropología.

Durante la reunión se planificaron dos fases principales de investigación: la primera, descriptiva y analítica, comprendía estudios socioantropológicos y de salud pública. La segunda fase debía consistir en una investigación-acción participativa definida sobre la base de la primera y los intereses/expectativas de los actores. Para las dos fases, todos estaban de acuerdo en que se debían tomar en cuenta los puntos de vista de los

11 Esta confusión fue acentuada por las dificultades de los investigadores de comprender los objetivos del Proyecto en su conjunto (véase Acápite 4.3).

socioantropólogos, de los especialistas en salud pública, de los representantes de las comunidades, de los responsables y del personal de salud (véase Introducción General).

Desde esa perspectiva, varios investigadores del Norte estimaron que la reunión habría podido orientarse más hacia los objetivos de la investigación y la explicación de los cuadros conceptuales, que eran muy teóricos y no fueron traducidos en términos de protocolos. Las consecuencias de esta orientación se hicieron sentir después (véase Acápite 4.3).

3.4 La segunda reunión de contrapartes en Cochabamba

La reunión de Cochabamba tuvo lugar en junio de 1999, al término de la fase descriptiva y analítica de la investigación (en socioantropología como en salud pública). Esta reunión, en la que el conjunto de los equipos e investigadores estaban representados, tenía como objetivo dar cuenta y discutir los resultados y las recomendaciones de las diversas investigaciones emprendidas y, sobre esta base, hacer propuestas para la fase de investigación-acción. Este segundo momento intenso reveló las primeras divergencias importantes a nivel del desarrollo del Proyecto.

Por una parte, los resultados de la encuesta socioantropológica no respondían completamente a las preguntas planteadas por los investigadores en salud pública y en nutrición. Como era de esperarse, las conclusiones y recomendaciones operativas no correspondían realmente con las expectativas de unos y de otros. Por otra parte, y con la excepción de los datos epidemiológicos sobre la zona de Independencia en el Perú, los investigadores en salud pública y en nutrición disponían de muy pocos datos de encuesta para su presentación formal (informes). A esta frustración se sumó el hecho de que algunos investigadores europeos (en nutrición y en salud pública) expusieron sus propuestas de intervención de una manera que las contrapartes del Sur y los socioantropólogos en general percibieron como direccionada. Las recomendaciones del informe

socioantropológico boliviano fueron en su mayoría puestas a un lado. Algunos malentendidos surgieron además entre los nutricionistas y los especialistas en salud pública, sobre todo porque las hipótesis y objetivos de los primeros no fueron explícitamente retomados en la estrategia de los últimos.

El conjunto de estos malentendidos tuvo una serie de consecuencias para el desarrollo del Proyecto.

El equipo peruano, desde cuyo punto de vista la estrategia de intervención propuesta se encontraba en contradicción con el enfoque constructivista, se distanció de los equipos del Norte y también, en cierta medida, del equipo boliviano. En Bolivia, a nivel de los socioantropólogos, el hecho de que las recomendaciones que resultaron de la investigación apenas fueron tomadas en cuenta, provocó una desvinculación relativa durante la fase operativa. Esta situación motivó al coordinador boliviano y a algunos estudiantes a abandonar el Proyecto después de la reunión. Para los especialistas en salud pública y los nutricionistas fueron necesarios largos meses para ponerse de acuerdo sobre las estrategias de intervención.

No obstante, esta situación tuvo la ventaja de sacar a la luz las apuestas de las diferentes disciplinas, las expectativas de los diferentes equipos y de los investigadores. Retrospectivamente, las discusiones permitieron aclarar los objetivos y los marcos conceptuales del Proyecto para el conjunto de las contrapartes y de los investigadores involucrados (véase Acápite 4.3).

A pesar de las dificultades mencionadas, el Proyecto no sufrió realmente un bloqueo. En socioantropología, la encuesta se dirigió en ambos países a las representaciones de las madres y cuidadores con respecto al crecimiento y desarrollo del niño: En Bolivia, investigaciones complementarias trataron de la comprensión y utilización del Carnet de Salud Infantil. Por su parte, el equipo peruano vinculó directamente las investigaciones socioantropológicas a la fase de intervención. En salud pública, el equipo boliviano se dedicó a la concepción de

una nueva herramienta en forma de un Manual de Salud y de capacitaciones apropiadas para el personal de salud (véase Capítulo 11 [Sejas & Ardúz *et al.*]).

Mientras que en el equipo del Perú ya se habían logrado avances en la integración de las diferentes disciplinas, esta reunión resultó en una mayor integración también en el caso de Bolivia. Los investigadores se percataron que existían insuficiencias en los conocimientos producidos y que los resultados respondían sólo parcialmente a los objetivos del Proyecto. Desde ese momento, los equipos tomaron conciencia de que las disciplinas implicadas podían fortalecerse mutuamente, lo que condujo a una mayor comunicación, a intercambios y acuerdos entre los equipos, los investigadores y las disciplinas para la concepción de investigaciones socioantropológicas complementarias.

3.5 La tercera reunión de contrapartes en Lima

La tercera reunión de contrapartes, que tuvo lugar en Lima entre septiembre y octubre del año 2000, puso de manifiesto los diferentes avances de los equipos en términos de intervención. En Bolivia, entre las dos reuniones se hicieron reales esfuerzos para acercar a los investigadores en salud pública y en socioantropología.

A finales del año 2000 y durante el 2001, se realizaron varias actividades socioantropológicas (cuestionarios y grupos focales) en relación con el Carnet de Salud Infantil y el personal de salud, además de una evaluación. La fase de intervención tuvo lugar algo temprano, antes de haberse analizado completamente los resultados de las encuestas socioantropológicas. El equipo peruano se concentró en el enfoque participativo y constructivista.

Durante la reunión, las contrapartes se pusieron de acuerdo principalmente sobre las valorizaciones, en particular de la realización del coloquio en Anveres y el proyecto de un libro colectivo.

4. El Proyecto como fue vivido y percibido

4.1 Objetivos profesionales de los investigadores al inicio del Proyecto

Según los cuestionarios, la preocupación de encontrar respuestas a los problemas de salud advertidos entre los niños estaba muy presente en el conjunto de los investigadores, independientemente de su origen y disciplina. Para la mayoría, esta preocupación fue central y sobrepasó los problemas de crecimiento y de desarrollo en el sentido estricto. La percepción del Proyecto como un "instrumento" que debiera permitir la solución de un problema social (la salud del niño) fue, no obstante, algo más fuerte en los investigadores del Sur. En este caso existieron orientaciones que superaban los intereses científicos y profesionales, y se basaban en las trayectorias personales (a veces militantes y/o humanitarias) de cada uno.

De manera bastante unánime, los objetivos profesionales de los investigadores del Sur se expresaron en términos de profundización de conocimientos en materia de competencia aplicada (ejecución de intervenciones y desarrollo de nuevos enfoques). Esto fue válido tanto para los investigadores en salud pública como para los socioantropólogos. Entre los investigadores del Norte se encontró la misma preocupación operativa, pero ésta estaba más centrada en la producción de conocimientos fundamentales y de alcance teórico generales. Esta orientación se reflejaba claramente en un interés más marcado por la publicación de artículos científicos.

Algunos investigadores se fijaron como objetivo apoyar a sus colegas de otras disciplinas. Por ejemplo, los investigadores en salud pública pensaban poder ayudar a los nutricionistas, los socioantropólogos a los nutricionistas y a los investigadores en salud pública, etc. Esta ambición incluyó implícitamente un rol para su disciplina y el fortalecimiento de su reconocimiento en su medio científico de origen. La producción científica (publicaciones) fue, en este caso, un objetivo profesional

claramente anunciado en términos de carrera. Finalmente, los investigadores del equipo peruano reivindicaron objetivos políticos. Se definían además como “actores del cambio social” comprometidos con las comunidades.

4.2 Motivaciones personales de los investigadores

No siempre es fácil distinguir los objetivos profesionales de los objetivos personales. De manera general, pocos investigadores se han expresado acerca de sus motivaciones personales para participar en el Proyecto. Para los demás, los objetivos personales parecen confundirse con los objetivos e intereses profesionales.

Entre las motivaciones citadas está el hecho de colaborar con contrapartes de países que no se conocen, en torno a una problemática considerada importante, y también de estabilizar sus ingresos. Poder involucrarse –o involucrarse nuevamente– en el trabajo de campo (recolección de datos, intervenciones e investigación-acción) también jugó un papel importante para muchos de ellos.

4.3 La comprensión de los objetivos del Proyecto

Como se dijo más arriba (véase Acápite 3), la comprensión y la clarificación de los objetivos no siempre se dio, lo que influyó en el desarrollo del Proyecto.

En sus respuestas a la encuesta, si bien muchos investigadores mencionan que el objetivo central del Proyecto es el perfeccionamiento de nuevas estrategias y enfoques que permitan asegurar el crecimiento y el desarrollo del niño, pocos se limitan a estos aspectos. A menudo se hace referencia a objetivos más amplios: mejora o promoción de la salud del niño, incluso de poblaciones en general.

Varios investigadores vinculan los objetivos del Proyecto con sus investigaciones anteriores. Al mismo tiempo, algunos mencionan objetivos muy específicos: la organización de clíni-

cas preventivas, la producción científica o la investigación metodológica. El equipo peruano percibe el Proyecto como un instrumento de cambio social (concientización¹²).

Respecto a la investigación metodológica, el Proyecto constituía para algunos una real oportunidad de fusionar enfoques distintos, pero complementarios, sobre el mismo tema y en los mismos terrenos. Consistía en pensar un problema, el del crecimiento y desarrollo del niño, de manera original, por constituirse en un problema interdisciplinario, global y comprensivo. Para otros, permitía validar científica y políticamente el enfoque constructivista e interdisciplinario incluso en la fase de investigación-acción.

Varios investigadores del Norte subrayan el problema de los objetivos del Proyecto. Éstos son considerados demasiado amplios, no muy específicos o carentes de claridad. En cambio, este aspecto no parece haber planteado problemas particulares en los equipos del Sur.

4.4 Las principales dificultades percibidas

Las dificultades más frecuentemente mencionadas se refieren a: (i) la integración conceptual (interdisciplinaridad); (ii) la comunicación y la coordinación; y (iii) a la continuidad de los equipos.

4.4.1 La integración conceptual e interdisciplinaria

La primera fase de la investigación fue percibida como pluridisciplinaria: cada disciplina estudió el problema planteado desde su propia perspectiva y propuso posibles soluciones para la fase de investigación-acción en base a los resultados obtenidos.

En Bolivia, los dos componentes (salud pública y socioantropología) fueron implementados paralelamente por dos equi-

12 Principalmente sobre el tema de las relaciones de género.

pos de investigadores y con el apoyo técnico de las contrapartes europeas, sobre todo en la recolección, el análisis y la interpretación de los datos, así como en la redacción de informes y recomendaciones.

No obstante, los investigadores del equipo peruano afirman explícitamente que fueron los únicos en lograr realmente esta integración interdisciplinaria. Según ellos, el proyecto boliviano se concentró principalmente en la oferta de los servicios de salud, sobre todo durante la etapa de intervención.

Finalmente, ambos equipos admiten haber tenido al comienzo algunas dificultades de integrar el enfoque socioantropológico en su problemática de investigación.

4.4.2 Comunicación y coordinación

Todos los investigadores coinciden en reconocer que la comunicación fue bastante intensa al interior de cada equipo y de cada disciplina. Sin embargo, no fue lo suficientemente intensa entre las disciplinas, a excepción de las reuniones de contrapartes. Fuera de éstas, la comunicación fue mucho más difícil de mantener. Especialmente durante la realización de algunas investigaciones de campo, varios investigadores habrían deseado más interactividad e intercambio de opiniones (sobre todo por email).

La coordinación científica general del Proyecto también fue percibida como problemática. Al principio debía ser asegurada por el equipo peruano. Debido a que su responsable abandonó el Proyecto, fue informalmente retomada por el equipo belga. Sin embargo, la división de responsabilidades no fue claramente definida. Hubo ciertas confusiones y, por momentos, una falta de comprensión de lo que sucedía en el Proyecto.

4.4.3 La continuidad de los equipos

Un problema importante que se planteó varias veces a lo largo del Proyecto es el de la continuidad de los equipos. En

Perú, ésta no estaba asegurada durante la primera etapa de la investigación. En realidad se involucraba, sobre una base contractual, a investigadores individuales. La continuidad del equipo también fue un problema importante en el equipo belga donde se sucedieron varios investigadores (nutricionistas y especialistas en salud pública). El mismo problema surgió en el equipo boliviano, aunque en menor medida (en este caso entre los socioantropólogos).

Estos cambios en el personal científico tuvieron consecuencias para la continuidad de la comunicación y la sincronización de las actividades (retraso en la ejecución de las actividades de investigación en salud pública). Además, no hicieron más que fortalecer la tendencia en los investigadores de reinterpretar los objetivos del Proyecto en función de sus experiencias anteriores y de sus centros de interés.

4.5 Frustraciones y satisfacciones

Una tendencia que se observa claramente al leer los cuestionarios, es que los equipos del Sur están más entusiastas en relación con el Proyecto que los equipos del Norte. Los primeros en su conjunto lo perciben como un éxito.

El equipo peruano, por ejemplo, se fijó sus propios objetivos (siguiendo sus intereses) y se mantuvo. El resultado es que esta contraparte ha expresado pocas frustraciones con relación al Proyecto. Los investigadores dicen estar muy satisfechos del Proyecto, de su desarrollo y de los resultados obtenidos. Asimismo, este equipo ha trabajado de la manera más integrada, pero muy autónoma en comparación con los otros equipos.

La insatisfacción y la frustración son más fuertes entre los investigadores del Norte de todas las disciplinas implicadas. Sin embargo, estos sentimientos no son atribuidos a las contrapartes del Sur. Por lo general, provienen más bien de dificultades internas o entre investigadores de estos equipos. Esta divergencia es considerada aquí claramente como un problema entre disciplinas. Estas percepciones están relacionadas con

las dificultades de coordinación y comunicación (véase Acápite 4.4.2).

Para los investigadores del Norte que, con o sin razón, estimaban deber jugar un papel en términos de coordinación entre las contrapartes y/o los aspectos relacionados con las diferentes disciplinas, la situación es más ambigua y las frustraciones a veces son mayores. Uno de ellos dijo claramente que en el futuro no asumiría ese rol, pensando no obstante haber adquirido cierta experiencia. Otro estima que su función no estaba lo suficientemente clara.

Las frustraciones científicas existen, aunque sean expresadas con menos claridad. Se refieren a la falta de documentación del proceso de investigación y el compartir datos con el Perú, la ausencia de informes de actividades sintéticas formales en salud pública y las pocas tentativas para sintetizar los resultados del conjunto de las investigaciones durante el desarrollo del Proyecto. En general, las expectativas científicas de los investigadores del Norte con relación al Proyecto eran mayores a las de los equipos del Sur. La percepción de los primeros respecto a los logros del Proyecto es más moderada.

Si bien los investigadores están convencidos que el Proyecto ha inducido cambios positivos para las poblaciones de las zonas de intervención, algunos tienen la sensación que la población no se ha beneficiado lo suficientemente de él.

A pesar de estas dificultades, algunos investigadores del Norte están satisfechos de su rol en el Proyecto, esencialmente en lo que concierne a las actividades de apoyo, formación, valorización y animación. Uno de ellos estima que ha tenido éxito principalmente en su rol de negociador/mediador entre diferentes disciplinas y contrapartes. El conjunto de los investigadores del Sur piensan que han podido contribuir al Proyecto por su experiencia de campo, su papel de coordinador y/o la competencia en su disciplina. La producción de publicaciones científicas, el desarrollo de experiencias en intervenciones que asocian a los actores, la investigación multidisciplinaria, el fortalecimiento de los equipos y la organización del colo-

quio de Anveres figuran entre las experiencias adquiridas (véase Conclusión General). Las escasas frustraciones expresadas se refieren a la insuficiencia de las publicaciones en salud pública, la falta de apoyo recibido en esta materia y en términos de evaluación final. Este estado de ánimo es coherente con los objetivos del Proyecto, tal como fueron percibidos, y los objetivos personales de los investigadores del Sur.

Respecto a la cooperación entre los equipos, al leer los cuestionarios se desprenden varias percepciones. Las contrapartes del Sur estiman que su colaboración en el campo (actividades) debía ser más sostenida por las del Norte. Al margen de las reuniones de contrapartes, faltó un mayor intercambio de datos y experiencias entre Perú y Bolivia.

El equipo peruano es el que menos ha percibido la cooperación como problemática. Es notable el hecho de que los investigadores de este equipo no consideren la falta de comunicación o de coordinación como una dificultad mayor del Proyecto. El tipo de funcionamiento del equipo, relativamente autónomo, puede explicar esta situación. Sin embargo, esto ha creado diversos sentimientos de frustración en las otras contrapartes.

Finalmente, los dos equipos del Sur habrían deseado un apoyo más regular y detenido por parte de los equipos del Norte en los aspectos de investigación en salud pública. Respecto a la colaboración entre los equipos del Norte, y a excepción notoria de los investigadores en socioantropología, los investigadores juzgan muy insuficientes los contactos y el trabajo en común.

5. ¿Cuáles son las lecciones a partir de esta experiencia?

El desarrollo de enfoques inter o transdisciplinarios en un Proyecto de investigación para el desarrollo en cooperación en contextos interculturales es un desafío difícil pero importante de destacar. Existe un potencial considerable y por lo tanto

vale la pena que se continúe, a pesar de las limitaciones, como la dificultad de la integración conceptual, la comunicación, la coordinación y la continuidad de los equipos. Simplemente, estas limitaciones deben, desde el inicio, ser objeto de una atención particular.

En un Proyecto interdisciplinario, es indispensable un diálogo permanente entre las disciplinas involucradas. Se trata de superar las fronteras entre las disciplinas y de crear nuevos tipos de conocimientos, de diálogo y de relaciones entre los investigadores. Para evitar "cerrar" las fronteras entre las especializaciones, es necesario construir marcos conceptuales comunes. Para ello, se puede prever la organización de talleres en los cuales los investigadores puedan compartir sus conceptos y métodos, y lograr una comprensión común respecto al rol de cada disciplina. Las tareas a cumplir en común serían, desde luego, más específicamente definidas. Respecto a la experiencia del Proyecto, la participación de investigadores de diferentes disciplinas en la definición de objetivos de investigación específicos y en el análisis y la interpretación de los datos habría podido fortalecer la interdisciplinariedad (Lefèvre & Suremain *et al.* 2002).

Las líneas de acción y los objetivos en torno a los cuales las diferentes investigaciones específicas deben articularse, también deberían ser definidos desde el inicio y discutidos a lo largo del proceso en función de los resultados obtenidos. El diálogo, la confianza mutua, un lenguaje e intereses comunes, así como un sentimiento de complementariedad, deben ser progresivamente "incorporados" al Proyecto.

El Proyecto de investigación no sólo era interdisciplinario, sino que también implicaba varias disciplinas en la comprensión de un problema complejo. En Perú, era además transdisciplinario (involucrando a diferentes actores, sectores e instituciones) en la solución (o al menos el mejoramiento) del problema planteado. En Bolivia, un problema importante fue el bajo nivel de implicación de los actores comunitarios y del personal de salud en la concepción y el manejo de la primera fase de

investigación, y en particular en la identificación de los problemas que consideraban pertinentes. Su implicación habría permitido definir mejor los ejes de investigación. Estos actores habrían podido intervenir también como árbitros en los diferendos que, en algunos momentos, tuvieron lugar entre las disciplinas.

6. Conclusión

Nuestro análisis no pretende reconstruir la "realidad" del Proyecto (en el sentido positivista del término). Se trata de una perspectiva crítica, entre otros sobre los problemas internos en la concepción y ejecución de un proyecto de desarrollo. Consecuentemente, se trata de una imagen reconstruida y colectiva de su desarrollo. Adoptando una perspectiva llamada "de los actores", pretendimos mostrar cómo las representaciones individuales y colectivas del Proyecto de investigación y de sus objetivos, así como sus transformaciones en el transcurso del tiempo, dieron forma a su desarrollo y a sus resultados.

Lo que los diferentes investigadores expresan con respecto a sus objetivos profesionales, a sus motivaciones con relación a la investigación y a los objetivos del Proyecto en su conjunto, ilustra cómo, desde el comienzo, estos objetivos fueron reinterpretados por los investigadores en función de sus intereses, limitantes y experiencias anteriores. Algunos objetivos también fueron agregados a los objetivos iniciales, sea por investigadores individuales o por equipos.

Esta situación fue percibida por algunos investigadores como una "desviación" del Proyecto. La visión positivista se opone evidentemente a una visión más constructivista que considera la evolución de un proyecto como el resultado de un juego entre actores. Según la visión adoptada, los "remedios" a aplicar son fundamentalmente diferentes. Por un lado, se intentará limitar los objetivos y definir actividades siempre más

específicas, mientras que, por el otro, se valorizarán las diferencias en los puntos de vista, impulsando el diálogo y los intercambios a fin de lograr una representación consensual del Proyecto.

Referencias bibliográficas

- BAILEY, F.G.
1971 *Les règles du jeu politique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- BALANDIER, G.
1969 *Anthropologie politique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- BASTIDE, R.
1971 *Anthropologie appliquée*. Paris: Payot.
1984 *La place du désordre. Critique des théories du changement social*. Paris: Presses Universitaires de France.
- BOURDIEU, P. & WAQUANT, L.
1992 *Réponses: pour une anthropologie réflexive*. Paris: Seuil.
- GIDDENS, A.
1984 *The constitution of society*. Cambridge: Polity Press.
- GUBA, E.G. & LINCOLN, Y.S.
1989 *Fourth generation evaluation*. Beverly Hills: Sage.
1994 "Competing paradigms in qualitative research". En: *Handbook of qualitative research* (Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. ed.): 105-117. Beverly Hills: Sage.
- LEFEVRE, P. & SUREMAIN (de), C.-É. & HOERÉE, T. & ARDÚZ, E. & PECHO, I.
2002 "De la investigación a la investigación-acción participativa: las lecciones de una experiencia multidisciplinaria sobre el desarrollo y el crecimiento del niño(a) en Bolivia y en Perú", *The Bolivian Research Review 2*: bolivianstudies.org.
- LONG, N. & LONG, A. (ed.)
1992 *Battlefields of knowledge. The interlocking of theory and practice in social research and development*. London: Routledge.

OLIVIER de SARDAN, J.-P.

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

Conclusión General

*Patrick Kolsteren, Pierre Lefèvre, Dominique Roberfroid,
& Charles-Édouard de Suremain*

1. Recapitulación

De manera general, el Proyecto ha logrado la mayoría de sus objetivos. En ambos países, la investigación ha permitido la implementación de intervenciones originales en torno a la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño. Éstas integran, cada una a su manera, a actores (poblaciones y profesionales de la salud) y a investigadores en el proceso.

1.1 Principales resultados obtenidos

Numerosos logros ameritan ser mencionados.

Al inicio, el Proyecto se basaba en un enfoque probablemente demasiado tecnocrático del problema de la promoción de la salud del niño. Esta tendencia se expresó en la idea de que había que basarse en un análisis de los riesgos universales que corre el niño, antes de definir estrategias de intervención. Una vez que se constituyeron los equipos y que la investigación fue lanzada, se evidenció rápidamente que este enfoque no iba a responder a las demandas de los actores. Consecuentemente, los equipos se reorientaron hacia la identificación de los riesgos locales reales percibidos en los diferentes contextos, hacia el análisis de las prácticas existentes y hacia la compren-

sión de la demanda de los responsables del niño y del personal de salud.

Se han recogido datos precisos (véanse Capítulos 4 [Rubín de Celis & Pecho *et al.*] y 5 [Suremain]) sobre las representaciones y las prácticas ligadas a la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño entre diferentes grupos de actores (madres, padres, personal de salud, actores del sector no oficial de la salud). Durante la articulación de las fases de investigación y de intervención, el Proyecto ha intentado combinar los puntos de vista de las poblaciones y las soluciones biomédicas. Esto ha sido especialmente el caso del Perú donde las expectativas de los responsables del niño y del personal de salud fueron ampliamente tomados en cuenta (véase Capítulo 10 [Pecho & Rubín de Celis *et al.*]).

Se analizaron las relaciones entre los actores y la manera en que se perciben unos a otros. Estos datos permiten comprender mejor las razones de la utilización (o no utilización) de los servicios de salud. Destacan, además, la debilidad de la comunicación entre los actores durante las consultas y el carácter rutinario de las actividades de seguimiento del crecimiento (véanse Capítulos 6 [Rubín de Celis & Vidal *et al.*], 7 [Lefèvre & Hoérée *et al.*] y 9 [Hoérée & Zambrana *et al.*]).

La investigación-acción ha permitido a las poblaciones y los profesionales de la salud beneficiarse de un nuevo soporte y de capacitaciones (Bolivia) o acceder a la palabra para participar en la concepción de las intervenciones (Perú). En este sentido, los diferentes manuales producidos en los dos países constituyen instrumentos directamente utilizables por los actores involucrados en el Proyecto y que responden a sus expectativas (véanse Capítulos 10 [Pecho & Rubín de Celis *et al.*], 11 [Sejas & Ardúz *et al.*] y 12 [Méjean & Maire *et al.*]).

El proceso de intervención ha permitido reforzar la participación de los responsables del niño en el seguimiento de su crecimiento y desarrollo. En el Perú, la devolución de los resultados de investigación ha favorecido el acercamiento de los puntos de vista y de las prácticas entre diferentes actores, es-

pecialmente en los campos de la alimentación, del estímulo psicomotor y del crecimiento y desarrollo.

Finalmente, y eso es quizás lo esencial, el Proyecto ha mostrado cómo estrategias alternativas de promoción de la salud, del crecimiento y del desarrollo del niño pueden ser consideradas e implementadas en el terreno. Al igual que cualquier otro resultado científico, los resultados presentados en esta publicación tienen sus límites. Tampoco se han cubierto todos los aspectos del tema¹. Los resultados permiten, sin embargo, renovar los debates sobre el complejo tema del crecimiento y el desarrollo del niño a partir de datos concretos,

1.2 Actividades complementarias

Al lado de estos diferentes resultados, un objetivo importante del Proyecto era crear una dinámica de apoyo científico entre los equipos involucrados, especialmente a través de las actividades de capacitación para la investigación y valoración científica de los resultados (comunicaciones y artículos). La idea era igualmente reforzar la posición institucional de los equipos, tanto a nivel local como internacional, en torno al tema de la investigación. Si bien estos objetivos fueron globalmente alcanzados, la manera de conseguirlo adquirió diferentes formas en cada país.

1.2.1 *Apoyo, capacitación, intercambios y valorizaciones científicas*

En Bolivia, la estrategia consistió en integrar a varios estudiantes de sociología en el equipo de investigación en el transcurso de todo el Proyecto (entre 12 y tres, según los años). Desde el inicio, se firmó un convenio entre la Facultad de Medicina y la Facultad de Sociología de la Universidad Mayor de San

1 Es especialmente el caso de los aspectos psicomotrices y psicopatológicos del desarrollo (Engle & Castle *et al.* 1996).

Simón (Cochabamba), el Instituto de Investigación para el Desarrollo (IRD) y el Instituto de Medicina Tropical (IMT).

La idea era que los estudiantes siguieran una capacitación continua para la investigación, a fin de mejorar sus competencias en socioantropología en los siguientes campos: concepción y realización de investigaciones de campo, aprendizaje de técnicas de recolección de datos, codificación y análisis de datos, y redacción de artículos científicos. A más corto plazo, el objetivo de esta capacitación era que los estudiantes sustentaran su diploma de Licenciatura sobre la base de los datos recogidos en el Proyecto².

Los seminarios de capacitación fueron organizados sobre una base mensual y luego trimestral, al retorno del trabajo de campo de los/las estudiantes³. En esta ocasión, se prepararon individualmente informes de actividades que fueron debatidos conjuntamente, como el análisis preliminar de los datos y la preparación de nuevas fases de investigación de campo. Para una buena realización, los/las estudiantes recibieron regularmente viáticos y materiales (principalmente en formato digital).

Adicionalmente, los equipos del Norte ofrecieron capacitaciones más puntuales a los/las estudiantes y a los investigadores. Éstas estaban más específicamente orientadas hacia las técnicas de grupos focales y el modelo causal, pero también hacia la utilización del programa QSR-NUD*IST para la codificación y el análisis de los datos cualitativos.

La estrategia elegida por el equipo peruano consistió en reclutar, sobre una base contractual y para actividades bien definidas, a dos estudiantes en socioantropología de un nivel académico superior al de Bolivia (maestría), quienes propor-

2 Una licenciatura fue defendida en el año 2002. Se esperan otras dos para el 2003.

3 La mayor parte del tiempo, uno de los socioantropólogos del equipo acompañó a los/las estudiantes en el campo. Algunos investigadores del Norte también les brindaron supervisión durante el trabajo con algunos grupos focales.

cionaron informes sobre sus actividades específicas. Las capacitaciones, algunas de las cuales fueron realizadas por los equipos del Norte, se concentraron esencialmente en las técnicas y los métodos de encuestas cualitativas y dirigidas hacia el equipo y el personal de salud que participó directamente en la investigación⁴.

A partir de 1999, al término del primer año del Proyecto, se produjeron comunicaciones (21), seguidas con la publicación de artículos o capítulos (16) a parte de la presente obra. Los resultados de las investigaciones fueron presentados además en el año 2001 en el Coloquio internacional que finalizó el Proyecto⁵.

Los objetivos del Coloquio sobrepasaron los del Proyecto, aunque gran parte de sus resultados fueron expuestos en esta oportunidad. De manera más general, el Coloquio ha permitido profundizar el concepto de crecimiento y desarrollo, aclarar las demandas de los responsables de la salud del niño, intercambiar experiencias en términos de intervención e identificar nuevas pautas de investigación en contextos socioculturales y sanitarios extremadamente variados (Kolsteren & Hoérée *et al.* 2002).

1.2.2 Fortalecimiento institucional y científico de los equipos

Indudablemente, el Proyecto permitió a las contrapartes del Sur fortalecer sus bases institucionales y científicas. Este aspecto puede ser considerado como uno de los logros más duraderos.

De esta manera, en Bolivia, varias actividades, complementarias o como prolongación del Proyecto, pudieron ser realiza-

4 Esta estrategia corresponde a la óptica participativa y constructivista elegida por el equipo peruano (véase Capítulo 10 [Pecho & Rubín de Celis *et al.*]).

5 Bajo el título *Promoting growth and development of under-fives*, el coloquio se llevó a cabo en el IMT (Anveres) los días 28, 29 y 30 de noviembre de 2001. Reunió a 160 participantes de 36 países y produjo 39 comunicaciones.

das en el Chapare, con el apoyo de diversas instituciones internacionales (Cooperación Técnica Belga y FAO): una encuesta nutricional, una investigación sobre la rehabilitación nutricional ambulatoria o un Proyecto sobre la seguridad alimentaria. En el Perú, las relaciones entre la Universidad, el Ministerio de Salud y los Centros de Salud fueron fortalecidas. Asimismo, se recibieron fondos internacionales para continuar la intervención iniciada por el Proyecto⁶.

Finalmente, respecto a estos diferentes resultados, los cuatro equipos contraparte han decidido mantener estrechas relaciones de colaboración. Al final, la idea es movilizarse nuevamente en función de las oportunidades de investigación y del financiamiento. Esta iniciativa podría desembocar en la creación de una red más duradera, integrando instituciones internacionales, organizaciones locales (municipalidades, Organizaciones No Gubernamentales) y centros de investigación en torno al tema de la promoción de la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño.

1.3 Logros metodológicos

Los logros metodológicos fueron importantes y constantes a lo largo del Proyecto. Se refieren a: (i) las herramientas de investigación socioantropológicas y la reflexión sobre su combinación; (ii) la concepción y la implementación de proyectos interdisciplinarios de investigación-acción; y (iii) la organización de la participación de los actores en este tipo de proyectos.

1.3.1 Herramientas de investigación socioantropológicas

El Proyecto permitió combinar herramientas de utilización clásica (observaciones y entrevistas) con herramientas más

6 Este último, titulado "Promoviendo la salud del niño menor de tres años en una zona urbano-marginal de Lima (Ermitaño Alto)", es financiado por el Fondo de las Américas (USAID).

innovadoras (grupos focales y, como soporte, el modelo causal). Estos experimentos proporcionaron a los investigadores la ocasión de profundizar su reflexión sobre las ventajas, los inconvenientes y la complementariedad de las diferentes herramientas, así como sobre las condiciones de su implementación en el marco de proyectos de investigación en nutrición pública (Lefèvre & Suremain 2002b).

Una innovación importante fue la realización de grupos focales con el soporte de un modelo causal (Lefèvre & Suremain *et al.* 2000a). El objetivo de este ejercicio fue sacar a la luz las causas percibidas de la buena salud y de la enfermedad por diferentes categorías de responsables del niño y del personal de salud. Un segundo objetivo fue identificar los riesgos específicos que los niños en entornos distintos confrontan. El ejercicio ha mostrado que el soporte del modelo causal es útil para generar este tipo de datos (Lefèvre & Suremain *et al.* 2000b).

1.3.2 *Concepción e implementación de una investigación-acción interdisciplinaria*

La reflexión sobre la interdisciplinariedad constituyó un segundo eje importante. Tal y como ha sido señalado (véase Capítulo 14 [Lefèvre]), al inicio del Proyecto el establecimiento de una dinámica interdisciplinaria planteó algunos problemas y estuvo acompañado de algunas frustraciones para varios investigadores. Sin embargo, estas dificultades se constituyeron en una fuente de aprendizaje. Así, se identificaron las premisas teóricas, pero también las condiciones que permiten implementar y realizar proyectos interdisciplinarios en cooperación. Se trata en particular: (i) de la necesidad de elaborar un marco conceptual común a partir de un diálogo interdisciplinario que empieza durante la concepción de la investigación y continua hasta su conclusión; (ii) de establecer procedimientos continuos y eficaces de comunicación; y (iii) de asegurar la continuidad de la posición de los investigadores en los equipos (*cf.* Rubín de Celis & Lefèvre *et al.* 2000; Lefèvre & Suremain 2002a).

1.3.3 La implicación de los actores

El tercer logro metodológico proviene del enfoque constructivista adoptado por el equipo de investigación peruano para involucrar a los actores. Recordemos que el fundamento de este enfoque es que el establecimiento de un diálogo entre los actores (y el proceso mismo de este diálogo) constituye en sí una forma de intervención, la cual puede conducir progresivamente a modificaciones a nivel de las representaciones, las actitudes y las prácticas de unos y de otros (véase Capítulo 10 [Pecho & Rubín de Celis *et al.*]).

En vista de las dinámicas de intervención generadas en el Perú, se evidencia que este enfoque constituye un marco teórico y metodológico adecuado para estructurar la participación y el diálogo entre los actores en una investigación-acción participativa. Es interesante que los investigadores biomédicos que no compartían necesariamente estas posiciones epistemológicas y políticas, han reconocido estos logros.

2. Logros científicos: del seguimiento del crecimiento a un enfoque centrado en el niño

Desde hace unos treinta años, el seguimiento del crecimiento sigue siendo una de las principales intervenciones orientadas a mejorar el estado nutricional de los niños pequeños. Se inscribe en las actividades ofrecidas por los servicios de salud o en programas verticales, como la iniciativa GOBI⁷, apoyada por UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia). Sin embargo, tal y como se ha explicado en la Introducción General de esta publicación, una de las preguntas fundamen-

7 GOBI: *Growth monitoring, Oral rehydration, Breast-feeding, Immunisation* (Monitoreo del crecimiento, Rehidratación oral, Amamantamiento, Inmunización) (Grant 1982).

tales al inicio del Proyecto fue saber si es necesario continuar con las actividades de seguimiento al crecimiento del niño.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define la promoción y el seguimiento del crecimiento como una intervención basada en el registro del crecimiento físico del niño. Esta información es utilizada para mejorar el crecimiento, aconsejar a los padres y prevenir la desnutrición (Grant 1983; WHO 1986). Por lo tanto, la forma de la curva de crecimiento debe revelar el estado físico de tal manera que se puedan tomar medidas preventivas, sea por parte de los servicios de salud o por los responsables del niño (Henry & Briend *et al.* 1989; Garner & Panpanich *et al.* 2000; Thaver & Husein *et al.* 1993).

A partir de los resultados obtenidos por el Proyecto, de la revisión de la literatura internacional y de discusiones y debates que tuvieron lugar durante el Coloquio de Anvers (véase Acápite 1), no parece deseable continuar con las actividades de seguimiento del crecimiento del niño en su forma actual, atendiendo a las siguientes razones: (i) la herramienta no es una herramienta de detección confiable; (ii) se basa en una concepción equivocada de la comunicación; (iii) es difícil de implementar y produce efectos nocivos; (iv) existe poca demanda por su uso; y (v) tiene un costo elevado.

2.1 Una herramienta de detección poco confiable...

Para comprender la insistencia y la importancia concedida al seguimiento del crecimiento a nivel internacional, es importante recordar que se trata sobre todo de un enfoque o de un medio dirigido a detectar la malnutrición precoz en el niño, mucho antes de la aparición de los signos clínicos usuales (emaciación, edemas, cabello descolorido y resecao). Esta argumentación se basa, por una parte, en la fuerte asociación constatada entre mortalidad y malnutrición (Pelletier 1994) y, por otra, en la hipótesis según la cual un lento aumento o una pérdida de peso revela un problema de salud en el niño y señala una desnutrición. Si se detecta este signo lo suficientemente

temprano, se pueden tomar medidas que corrijan esta situación –de las cuales el acompañamiento a los padres no es la menos importante– antes de que el estado del niño se deteriore. Asociada a la medición regular del peso y a la inscripción de éste en el Carnet, la curva de crecimiento es esencialmente una herramienta de detección para identificar a los niños que no suben lo suficientemente de peso o que pierden peso. Sin embargo, para ser eficaz, esta herramienta debería responder a ciertas características técnicas que manifiestamente no posee (Wilson & Jungner 1968).

En primer lugar, no se conoce el valor de predicción de una medición de peso subóptima o de una pérdida de peso que termina en una malnutrición severa. Sólo cierto porcentaje de los niños moderadamente mal nutridos evoluciona hacia un estado severo. Además, aunque la malnutrición esté asociada a una tasa de mortalidad más elevada, los mecanismos causantes que pone en juego son complejos y dependen del contexto. La malnutrición es, en efecto, la expresión de múltiples factores, los cuales, a su vez, son determinantes de la mortalidad. Rehabilitar a un niño mal nutrido salva una vida, pero no permite solucionar los problemas de inicio.

En segundo lugar, aunque el peso sigue siendo un indicador muy sensible, no es muy específico. La pérdida de apetito, frecuentemente relacionada a un episodio de enfermedad, puede provocar una pérdida de peso temporal. Los “movimientos” de la vejiga y del estómago pueden hacer caer el peso, mientras que una buena comida lo sube significativamente. Consecuentemente, los cambios de peso no son tan fáciles de interpretar. Además, incluso en situaciones nutricionales favorables, el crecimiento tiende a ser regresivo respecto a la media. Con el tiempo, los niños pequeños alcanzan a los grandes y viceversa⁸. También se puede añadir que el retraso en el crecimiento de la talla se manifiesta desde los primeros mo-

8 La experiencia muestra que un niño de cada veinte logra alcanzar los 20 centiles equivalentes al 1,3 de la desviación estandar (Hall 2002).

mentos de vida. Asimismo, dado que el peso evoluciona en función de la talla, muchos niños presentan una curva de peso que se desvía progresivamente de la curva de peso de referencia.

Aparte de la sensibilidad y la especificidad, también se debe tomar en cuenta el valor de predicción de la medición del peso. Para un niño en el que se identifica un riesgo de malnutrición, se nota un gran número de "falsos positivos"⁹, lo que implica mucha inversión inútil por parte de los servicios de salud, independientemente de las consecuencias psicológicas negativas que la situación provoca entre los padres (estrés, sentimiento de angustia y de culpabilidad, *cf.* Garner & Panpanich *et al.* 2000).

La detección de la malnutrición se debería aplicar a todas las personas expuestas a riesgos y sobre una base regular. En términos de cobertura de los servicios de salud, es bien sabido que la tasa de utilización de los servicios decrece mientras que éstos se encuentran alejados a más de 5 km del domicilio de los responsables del niño (Gerein 1988), lo que es frecuentemente el caso. Varias evaluaciones sobre la asistencia a los Programas de seguimiento del crecimiento muestran, además, que el cronograma de la medición del peso sólo se respeta si se ofrecen vacunaciones. Una vez que éstas concluyen, pocos niños vuelven al Centro de Salud sólo para realizar una medición de peso (véase Capítulo 8 [Hoérée & Sejas *et al.*] y Dixon 1991).

Por último, no existe consenso en la literatura científica sobre cuál debería ser el intervalo óptimo entre dos mediciones de peso. Los intervalos cortos mejoran la sensibilidad de la medición, pero están sometidos a la influencia de las variaciones cotidianas de peso y a los errores de medición. De esta manera, las decisiones terapéuticas se postergan por varios meses, ya que es difícil interpretar las variaciones en un corto plazo. Inversamente, intervalos largos entre las mediciones de

9 Se trata de niños en los que se identificó un retraso en el crecimiento, pero quienes, de hecho, no corren un riesgo de morir superior al de otros niños.

peso están acompañados de una pérdida de sensibilidad de la herramienta, y la falta de información detallada hace difícil tomar decisiones terapéuticas.

2.2 ...fundada en una concepción equivocada del rol y la importancia de la comunicación

La clave del tratamiento de las formas precoces de malnutrición es informar a las madres sobre la alimentación que deberían proporcionar a sus hijos. Sin embargo, la literatura es unánime respecto al hecho de que la simple transferencia de información no induce cambios de comportamiento (Suremain, a publicar). Estos últimos están influenciados por un complejo conjunto de factores económicos, socioculturales, individuales y ambientales. Los mensajes deben ser socialmente aceptables por parte de los responsables del niño. No obstante, aunque la madre es generalmente el receptor privilegiado de la educación nutricional, no es necesariamente la única que toma decisiones en este campo. También otros miembros de la familia y del entorno intervienen en la alimentación y los cuidados que recibe el niño (Rabain 1979; Lallemand 1997; Suremain 2000).

2.3 ...difíciles de implementar y pudiendo inducir efectos nocivos

Además de las debilidades de la herramienta, muchas dificultades operacionales merman su utilidad. El personal de salud no siempre es muy preciso en su manera de pesar y de registrar el peso en la curva de crecimiento (véanse Capítulos 7 [Lefèvre & Hoérée *et al.*] y 9 [Hoérée & Zambrana *et al.*]; Gopaldas 1988; George & Latham *et al.* 1992). Además, dado que este trabajo repetitivo es vivido como algo aburrido, se transfiere al personal auxiliar o al personal administrativo, el cual, de hecho, tiene dificultades para comprender los objetivos de la curva de crecimiento (Reid 1984; Hendrata & Rhode 1988).

Asimismo, establecer un diagnóstico médico implica una capacidad de juicio, que los trabajadores de la salud insuficientemente formados no necesariamente tienen. Este personal percibe esta actividad como secundaria dentro del paquete de actividades globales de atención primaria en salud. La medición del peso es percibida como una actividad poco eficaz, de escasa importancia, que conlleva el riesgo de equivocarse y una pérdida de tiempo.

Tampoco se comprende bien la importancia de la interacción y la comunicación con los responsables del niño y la necesidad de adoptar una actitud más centrada en este último.

Por último, la medición del peso en tanto actividad preventiva induce a veces efectos nocivos. De hecho, ya no se realiza necesariamente en el marco de las actividades curativas. Consecuentemente, los niños enfermos no son evaluados en base a su estado nutricional, a pesar de que muchos niños enfermos están –en un grado variable– también mal nutridos. No obstante, en términos terapéuticos, es importante curar al mismo tiempo la enfermedad y remediar la pérdida de peso. El seguimiento de los niños que participan en un Programa de rehabilitación nutricional en Bolivia, muestra que habrían tenido una posibilidad diez veces mayor de ser identificados durante la consulta curativa que mediante la medición regular del peso (Sevilla & Sejas *et al.* 2001; Hoérée & Kolsteren *et al.* 2002).

2.4 ...para la cual existe poca demanda

La medición del peso debe ser aceptable para los padres, lo que, *a priori*, no debería plantear problemas. Sin embargo, varios investigadores han demostrado que la medición del peso no es un acto neutral. En Nepal, por ejemplo, los padres piensan que la malnutrición puede transmitirse por la bolsa en la cual se pesa a los niños (Kolsteren & Lefèvre *et al.* 1997).

Pero sobre todo, en numerosas poblaciones, la malnutrición liviana no es reconocida ni vivida como un problema. Conse-

cuentemente, no se considera necesaria ninguna acción específica. Por un lado, cuando la malnutrición severa (marasmos, kwashiorkors) es reconocida, se busca su causa en la esfera de las relaciones sociales (ruptura de un tabú, desavenencias en la familia, conflictos con los antepasados, *cf.* Mull 1991). Finalmente, incluso cuando la relación entre la alimentación y el estado del niño está bien establecida, las soluciones para remediar el trastorno no se buscan sistemáticamente en este campo (de Garine 1984; Bonnet 2002).

Además, las madres interpretan frecuentemente un mal crecimiento y desarrollo del niño como resultado de una "negligencia" suya. Es a menudo el personal de salud que las acusa de no ocuparse bien de sus hijos quien transmite esta connotación muy negativa.

De manera general, la aceptabilidad de un procedimiento de diagnóstico está fuertemente influenciada por el hecho de si responde o no a una demanda. Sin embargo, los datos presentados en esta publicación muestran que los padres evalúan el crecimiento y el desarrollo de sus hijos, pero que recurren a otros criterios distintos al aumento de peso o a la posición del niño en la curva de crecimiento (Launer & Habicht 1989; Capítulos 5 [Rubín de Celis & Pecho *et al.*] y 6 [Suremain]). A los ojos de los padres, los niños que se benefician de una buena salud y de un crecimiento armonioso, son sociables, tienen un buen aspecto general (corpulencia), no están demasiado agitados y empiezan muy temprano a caminar y a comer como los adultos.

No obstante, estos marcos de referencia no impiden que los responsables del niño deseen comunicar más con los trabajadores de salud sobre el desarrollo del niño. El problema es que raras veces se les da esta oportunidad (véase Capítulo 7 [Lefèvre & Hoérée *et al.*]). Durante las consultas, se pone más énfasis en la medición del peso y su inscripción en el Carnet que en el "desempeño", la salud y el desarrollo global. Saben y sienten que el personal de salud no está motivado a responder a sus expectativas. De esta manera, dado que la apreciación del crecimiento mediante la curva no cabe en sus marcos de

referencia, sigue siendo para ellos una práctica o una especialidad reservada al personal de salud (véase Capítulo 12 [Méjean & Maire *et al.*]).

Por lo tanto, no es sorprendente que el personal de salud y los responsables del niño sientan, cada uno por su lado, cierta frustración en relación con el seguimiento del crecimiento. Como no comprenden el discurso del personal de salud, los padres se sienten maltratados. Inversamente, el personal de salud está desmotivado porque los responsables del niño parecen mostrar poco interés por la medición del peso, el registro, la curva, la información proporcionada y las incitaciones orientadas a hacerles cambiar su comportamiento.

2.5 ...que cuesta caro en tiempo y en personal

Por la carga de trabajo que representa, la medición regular del peso de los niños requiere cuantioso personal. Sin embargo, esta condición no siempre se cumple. Además, es relativamente costosa. Un simple cálculo muestra que con una cobertura teórica de 10.000 personas, un Centro de Salud cuenta con aproximadamente 2.000 niños menores de cinco años en la población. Además, para pesar a los niños seis veces durante su primer año y cuatro veces en el transcurso de los años siguientes, serían necesarias 8.800 mediciones. Si se calcula un promedio de diez minutos por consulta¹⁰, esta actividad representa una carga de trabajo de 1.466 horas por año, es decir, más del equivalente a un trabajo a tiempo completo¹¹. Tampoco se deben subestimar las inversiones en tiempo y en dinero que representa el desplazamiento al Centro de Salud para los responsables del niño.

10 Estos diez minutos son completamente insuficientes para realizar una consulta global centrada en el niño.

11 Además, detectar de manera tan intensa a niños mal nutridos a través de las actividades de seguimiento del crecimiento sólo se justifica si las tasas de malnutrición siguen siendo elevadas, sabiendo que en muchos países la malnutrición tiene tendencia a volverse residual.

3. Perspectivas de investigación y de intervención

Considerando los resultados de la investigación y el actual estado de reflexión respecto a una atención más global de la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño, se pueden deducir ciertas pautas de investigación, pero también perspectivas de intervención que habría que profundizar y verificar. Éstas se articulan en torno a los roles específicos de los diferentes actores involucrados en el problema.

3.1 La importancia de las estructuras y de las situaciones familiares

En materia de salud y, más específicamente, de seguimiento al crecimiento y al desarrollo, el rol de las madres es central e inmediatamente perceptible. Son ellas las que asumen la mayor parte de los cuidados cotidianos impartidos al niño (alimentación, higiene, estimulación, etc.). Las relaciones de género vigentes en muchos países acentúan esta característica. Las madres, a su vez, se apropian ampliamente los roles que les atribuyen (véase Capítulo 5 [Suremain]).

Sin embargo, se sabe que en numerosas ocasiones, otros actores intervienen en la salud del niño (especialmente por motivo de episodios de enfermedad, el destete y el paso a la alimentación adulta). De esta manera, más allá de las apariencias, el niño y su madre no forman una pareja o una díada aislada y totalmente autónoma. Esta relación adquiere su sentido en el marco familiar más amplio en el cual se inscribe. Las madres no dejan de mediatizar y de reinterpretar estas influencias familiares. En la mayoría de las sociedades, deben necesariamente negociar con su entorno¹².

12 Lallemand (1997: 40) emplea la expresión de "entorno maternal" respecto a los cuidados impartidos generalmente al niño. Se puede hablar más específicamente de "entorno nutricional" para el caso de las cuestiones de alimentación (Suremain 2000).

También las reticencias de las madres frente a incitaciones al cambio alimentario están ligadas a los sistemas de actitud locales. Reconocer la malnutrición significa (a veces explícitamente) que la madre ha fallado en su rol que la predispone de forma "natural" a asumir los cuidados del niño (Bonnet 1996). Es la razón por la cual cualquier recomendación está sujeta a una reinterpretación de su parte. Aunque ciertas prácticas están sancionadas por el personal de salud, tienen un sentido en la lógica de las madres y en el juego de las relaciones sociales locales.

En numerosas sociedades, la distribución de los roles y de las responsabilidades están acompañadas de comportamientos a veces muy estrictos para las madres jóvenes (Massard 1978; Katz 1993; Lestage 1999; Suremain, a publicar). Así, éstas sólo cambian el régimen alimenticio de sus hijos si éste corresponde al modelo vigente, regularmente evocado por otros actores. En este contexto, es difícil incitar cualquier cambio en el campo de los hábitos alimentarios, ya que el riesgo de ofender a los actores es particularmente fuerte.

De ahí la importancia de describir de antemano las principales características de la estructura familiar y de comprender el estatus del niño dentro de ella. El estudio de los sistemas de parentesco y especialmente el de las actitudes –focalizadas en los modelos de comportamiento y las apropiaciones de responsabilidad que resultan de ellos con relación al niño– parece indispensable. Permite reconstruir los procesos de toma de decisiones en relación con la salud, la alimentación, el crecimiento y el desarrollo (Suremain 1998; Capítulo 6 [Suremain]).

En la mayoría de los países en vías de desarrollo ha sido demostrada la existencia de "desviaciones positivas" (Berggren 2002). Mientras que algunas familias logran mantener a sus hijos con buena salud y bien nutridos, otras –con condiciones de vida aparentemente similares– tienen hijos frágiles y mal nutridos. El origen de esta situación podría estar relacionado con cuestiones de estructuras y de situaciones familiares.

Los estudios ya citados sobre la rehabilitación nutricional en el Chapare han mostrado que la mayoría de los niños mal nutridos provienen de familias desfavorecidas o desestructuradas (Sevilla & Sejas *et al.* 2001; Hoérée & Kolsteren *et al.* 2002). Las tensiones, los abandonos, los conflictos de diversos orígenes con la suegra o el episodio de depresión que resulta de ellos, contribuyen a explicar las dificultades concretas que tienen las madres al cuidar a sus hijos, como se puso de manifiesto en otros contextos (Gruénais 1985; Bouville 2002). Aunque la malnutrición siempre se caracteriza por un déficit alimentario, los mecanismos que conducen a ella están directamente ligados a situaciones familiares y de precariedad.

3.2 La importancia de los marcos de referencia locales para comprender mejor y dialogar con los responsables del niño

Parece fundamental discernir los marcos de referencia locales en materia de salud, crecimiento y desarrollo del niño. Desde una perspectiva de investigación básica, se trata de realizar encuestas socioantropológicas en un campo de investigación todavía desconocido (Pelto & Pelto 1989; Dettwyler 1991; Dettwyler & Fishman 1992; Pfeiffer & Gloyd *et al.* 2001). Desde una perspectiva de investigación aplicada, estas encuestas proporcionan una especie de "materia prima" de reflexión, cuya consideración es una condición indispensable de la acción.

En ambos casos, el enfoque constructivista parece particularmente apropiado. Como se explicó más arriba (véanse Capítulos 4 [Rubín de Celis & Pecho *et al.*] y 10 [Pecho & Rubín de Celis *et al.*]), se trata de establecer un diálogo entre diferentes categorías de actores, a fin de obtener información y, simultáneamente (a través del diálogo), inducir modificaciones a nivel de las representaciones, actitudes y prácticas de unos y otros.

Este enfoque puede ser realizado de manera aislada con los responsables directos del niño (padres, entorno), con el

personal de salud o, como se hizo en Perú, confrontando directamente a los dos grupos de actores. En todos los casos, los marcos de referencia locales constituyen el punto de partida del debate y se integran plenamente en la dinámica de intervención. En la medida en que estos marcos son valorizados y no considerados como obstáculos o resistencias culturales *a priori*, se puede pensar que el proceso favorece el diálogo y la comprensión entre los actores.

3.3 ¿Cuál es el rol de los servicios de salud?

Considerando lo anterior, los servicios de salud sólo pueden jugar un rol de apoyo complementario. En ningún caso pueden sustituir a la madre y al entorno del niño respecto a la prevención y promoción de la salud. Como ya se mencionó (véase Acápite 2.1), el rol de los servicios de salud en materia de promoción de la salud, del crecimiento y desarrollo del niño tampoco se puede limitar a las actividades actuales (vacunación y medición regular del peso).

Muchos elementos muestran que sería más bien conveniente abandonar la medición del peso como una actividad preventiva si ésta no se inserta en un enfoque más global de la salud, del crecimiento y del desarrollo del niño. Se deberían implementar nuevos enfoques, formas más innovadoras de hacer las cosas y, fundamentalmente, nuevas actitudes. Sin embargo, no se trata de reemplazar un enfoque estandarizado por otro. En este campo, las premisas conceptuales y las consignas deberían más bien ser la flexibilidad y la globalidad.

Los lineamientos de investigación identificados son los siguientes.

(i) Prevenir determinados riesgos específicos

Los niños están confrontados con numerosos riesgos durante los primeros años de su vida. Algunos pueden ser prevenidos por la vacunación; otros por análisis de validez univer-

sal (cadera, ojos, etc.); otros, finalmente, requieren una comunicación regular con los padres (especialmente, cobertura de las necesidades nutricionales, prevención de accidentes).

La evaluación de las necesidades del niño en los periodos más críticos de su desarrollo podría aparecer concretamente en un calendario de contacto que no sea universal, sino adaptado a los diferentes contextos locales, entre la familia y los servicios de salud. Por lo tanto, estos últimos deberían dar seguimiento a los niños respetando el calendario de los riesgos que corre el niño.

(ii) ¿Cuál debe ser el rol de la medición del peso?

Identificar y ayudar a los niños malnutridos en los contextos en los que el problema sigue siendo una prioridad de los servicios y programas de salud. Para este fin, la introducción de la medición del peso en las atenciones curativas podría ser una solución, en la medida en que el estado nutricional y la enfermedad a menudo van de la mano (Kasongo Project 1986; Bern & Zucker *et al.* 1997). Sin embargo, esto implica la capacidad de los servicios de salud de rehabilitar a los niños malnutridos. En realidad, muy pocos servicios de salud ofrecen esta posibilidad, cuentan con procedimientos estandarizados o disponen de un sistema de referencia funcional. En el Hospital, se cura a los niños de su enfermedad y se deja a los padres el cuidado de nutrirlos. En este contexto, el fundamento de la rehabilitación nutricional sigue siendo frecuentemente un régimen con un alto contenido en proteína, del cual, de hecho, se ha demostrado que no constituye la solución más eficaz (WHO 1999). Finalmente, una reducida parte de las recomendaciones de la OMS se aplica en el terreno (Waterlow 1999).

(iii) Un enfoque global centrado en el niño

Uno puede preguntarse si el hecho de haber puesto el énfasis en la malnutrición y el seguimiento del crecimiento en

detrimento de un concepto más amplio y global de la salud, del crecimiento y del desarrollo del niño es la verdadera razón del relativo fracaso de los Programas de seguimiento al crecimiento (Engle & Castle *et al.* 1996; Engle 2002). En este caso, sería necesario un enfoque global centrado en el niño reubicado en su entorno psicosocial y sociosanitario.

El seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño no se puede limitar a la medición del peso. Un crecimiento demasiado lento es la expresión de un problema multicausal arraigado en situaciones familiares, sanitarias y/o socioeconómicas complejas. Consecuentemente, el problema no se resuelve con la ayuda de un procedimiento estandarizado único.

Hasta la actualidad, las intervenciones curativas se han focalizado en los aportes alimenticios. Las actividades preventivas, a su vez, se han dirigido con demasiada frecuencia al control de un riesgo específico. Realizadas por diferentes tipos de personal de salud, las actividades están separadas en el espacio y en el tiempo.

El objetivo de los servicios debería ser el de promover y preservar en la mayor medida posible el potencial de salud del niño. En vez de considerar la influencia del entorno como un obstáculo o una contrariedad para el desarrollo del niño (véase Capítulo 9 [Hoerée & Zambrana *et al.*]), cada contacto con la familia debería ser aprovechado como una oportunidad para aprehender la situación del niño en su totalidad. Se debería establecer un diagnóstico individual que ponga el énfasis en el desempeño global del niño, en colaboración y con la participación activa de la familia del niño (véase Acápite 3.1). Considerando la naturaleza plural de los problemas de crecimiento, habrá diversos diagnósticos. Consecuentemente, se podrían realizar acciones adaptadas (tratamientos, educación, rehabilitación nutricional) y se deben implementar mecanismos de apoyo (asistencia psicosocial).

Los niños cuyo crecimiento y desarrollo parecen problemáticos, expresan en muchos casos una tensión familiar (véase (i), arriba). Los servicios de salud deben comprender la com-

pleja dinámica que existe entre los aportes alimenticios proporcionados al niño y la situación familiar, con el fin, si llega el caso, de apoyar a la familia en sus iniciativas. En este marco se debería pensar en soluciones de acompañamiento, en algunos casos intersectoriales (con la ayuda de los servicios sociales).

Aunque estos hechos están científicamente documentados en los países del Norte (Hall 2002), no es el caso en los países del Sur, donde los problemas de nutrición son con demasiada frecuencia y sistemáticamente atribuidas a causalidades estrictamente económicas (pobreza, déficits en términos de seguridad alimentaria). Es indispensable una investigación de base sobre las relaciones entre las dinámicas familiares y el estado nutricional de los niños¹³.

Sin embargo, la implementación de un enfoque global centrado en el niño plantea importantes desafíos. Una redefinición de las tareas y de la división del trabajo al interior de los servicios de salud, que implica cambios en la práctica de la supervisión de los servicios de salud, constituye una primera etapa (véase Capítulo 9 [Hoérée & Zambrana *et al.*]). La capacitación básica y las capacitaciones para la actualización del personal de salud deben ser revisadas, con el fin de centrarse en el paciente más que en el diagnóstico y los tratamientos curativos. Un enfoque como éste es susceptible de responder mejor a la demanda de los responsables del niño para un apoyo en términos de crecimiento y desarrollo. Para su realización, sería necesario introducir otras actitudes a nivel del personal de salud, particularmente en materia de escuchar, de empatía y de capacidad de comunicar respecto a la salud del niño.

Una reciente investigación realizada en Burkina Faso muestra que los padres aprehenden correctamente el crecimiento y desarrollo de sus hijos, bajo la condición de que se aborde el tema a través de entrevistas profundas. Se ha demostrado que este procedimiento es más efectivo para identificar correcta-

13 Es el sentido de los trabajos de orientación sicosociológica realizados por Engle & Castle *et al.* (1996), Bouville (2002) y Engle (2002).

mente a los niños mal nutridos que la medición regular del peso. Al autorizar al personal de salud a debatir más abiertamente con los responsables del niño, la situación de estos últimos mejora notablemente (François 2002; Tonglet 2002).

3.4 La importancia del contexto socioeconómico y político para definir mejor los roles de las organizaciones comunitarias

En un primer nivel, los actores (y a veces las familias enteras) se integran en redes de sociabilidad que participan en la sociedad local o nacional. En el Perú, las organizaciones comunitarias (Clubs de Madres, Vaso de Leche, etc.) son particularmente estructuradoras. Asimismo, en Bolivia, las afiliaciones religiosas (nuevas iglesias) y políticas (Federación de los Cocaleros) tienen repercusiones concretas en la vida cotidiana e, indirectamente, en la salud del niño.

Por otra parte, en determinados contextos, las contradicciones socioeconómicas (inseguridad alimentaria, situaciones inflacionistas, globalización, guerra civil, etc.) son particularmente fuertes y mantienen a las familias en situaciones de precariedad y de incertidumbre (Delpeuch & Martin-Prével *et al.* 1996; Suremain 1998).

Independientemente de si son de carácter político o civil, las organizaciones comunitarias pueden estar directamente involucradas en los Programas de promoción de la salud y del crecimiento del niño. Potencialmente, su rol se sitúa por lo menos en dos niveles. Pueden en primer lugar apoyar a los padres en su rol, facilitándoles el acceso a diversas actividades y poniendo a su disposición infraestructuras útiles para el desarrollo de los niños (guarderías, parques infantiles, capacitaciones, educación, etc.). Luego, pueden combatir activamente toda una serie de riesgos extremadamente importantes que corren los niños y que escapan al control de los servicios de salud (como, por ejemplo, asegurar el acceso al agua potable, acondicionar los espacios urbanos, etc.).

4. A manera de conclusión

Los datos y los análisis expuestos a lo largo de la presente publicación muestran que el seguimiento del crecimiento tal como es practicado actualmente en diferentes países del Sur, funciona mal y que tiene muy poca utilidad como instrumento de detección precoz de la malnutrición. Los argumentos desarrollados conducen a la conclusión de que la medición del peso, si no se inscribe en un enfoque más amplio de la salud y del desarrollo del niño, se debería finalmente abandonar.

A partir de diferentes estudios presentados en esta obra, resulta claro que las actividades ofertadas por los servicios de salud no responden a las demandas de los responsables del niño. Lo que se ofrece en términos de asesoramiento y consejos se basa efectivamente en un paradigma con demasiada frecuencia lineal, vinculando la adquisición de la información a la adopción casi sistemática de un cambio de comportamiento. Los diferentes textos confirman que este paradigma subestima la complejidad de los determinantes de los comportamientos y que la simple transferencia de información sólo conduce a frustrar a los responsables del niño. Esta estrategia, que atribuye la causa de la malnutrición a una falta de información, ignora la perspectiva y las lógicas de acción de los responsables del niño, quienes luchan a diario para alimentarlos y cuidarlos.

La implementación de un enfoque global e integrado, tal como fue realizado en Bolivia y Perú, con la participación de los servicios de salud, los responsables del niño (padres) y otros actores comunitarios, demuestra que es posible promover la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño de forma diferente. Por lo tanto, la hipótesis según la cual la participación de todos los actores involucrados conduce a incrementar la responsabilidad de unos y de otros, se encuentra ampliamente confirmada. En la medida en que existe una colaboración real entre los actores, es posible la introducción de actividades globales destinadas a preservar la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño.

Referencias bibliográficas

BERGGREN, G.

2002 "Assisting mothers and caretakers to adopt behaviours that promote child growth and development". En: *Promoting growth and development of under fives* (Kolsteren, P. & Hoérée, T. & Perez-Cueto, E. ed.): 282-298. Antwerp: ITGPress.

BERN, C. & ZUCKER, J.R. & PERKINS, B.A.

1997 "Assesment of potential indicators for protein-energy malnutrition in the algorithym for integrated management of childhood illness", *Bulletin of the World Health Organization* 75:87-96.

BONNET, D.

1996 "Présentation. La notion de négligence sociale à propos de la malnutrition de l'enfant", *Sciences Sociales et Santé* 14(1): 5-16.

2002 "Malnutrition: a subject-matter for anthropology?". En: *Promoting growth and development of under fives* (Kolsteren, P. & Hoérée, T. & Perez-Cueto, E. ed.): 39-43. Antwerp: ITGPress.

BOUVILLE, J.-F.

2002 "Current and hypothesized psychological indicators of 'care for nutrition' (caregiving behaviours and interactions that optimize the child's use of food)". En: *Promoting growth and development of under fives* (Kolsteren, P. & Hoérée, T. & Perez-Cueto, E. ed.): 162-169. Antwerp: ITGPress.

DELPEUCH, F. & MARTIN-PRÉVEL, Y. & FOUÉRE, T. & TRAISSAC, P. & MBEMBA, F & LY, C.

1996 "L'alimentation de complément du jeune enfant après la dévaluation du franc CFA: deux études de cas en milieu urbain, au Congo et au Sénégal", *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé* 74(1): 67-75.

DETTWYLER, K.A.

1991 "Growth status of children in rural Mali: implications for nutrition education programs", *American Journal of Human Biology* 3(5): 447-462.

- DETTWYLER, K.A. & FISHMAN, C.
1992 "Infant feeding practice and growth", *Annual Review of Anthropology* 21: 171-204.
- DIXON, R.A.
1991 "Monitoring the growth of the world's children", *Annals of Tropical Paediatrics* 11: 3-9.
- ENGLE, P.L. & CASTLE, S. & MENON, P.
1996 "Child development vulnerability and resilience", *Social Science & Medicine* 43(5): 621-635.
- ENGLE, P.L.
2002 "Early child development: should we have global indicators?". En: *Promoting growth and development of under fives* (Kolsteren, P. & Hoérée, T. & Perez-Cueto, E. ed.): 23-38. Antwerp: ITGPress.
- FRANÇOIS, I.
2002 "A randomized trial for the evaluation of a new model of routine child health care in Ouagadougou, Burkina faso: the effects of changing practices and attitudes of the health staff". En: *Promoting growth and development of under fives* (Kolsteren, P. & Hoérée, T. & Perez-Cueto, E. ed.): 327-340. Antwerp: ITGPress.
- GARINE (de), I.
1984 "De la perception de la malnutrition dans les sociétés traditionnelles", *Information sur les Sciences Sociales* 23(4-5): 731-754.
- GARNER, P. & PANPANICH, R. & LOGAN, S.
2000 "Is routine growth monitoring effective? A systematic review of trials", *Archives of Disease in Childhood* 197-201.
- GEORGE, S. & LATHAM, M.C. & GEREIN, N. & CERVINSAS, J.
1992 "The practice of growth monitoring", *Lancet* 918.
- GEREIN, N.
1988 "Is growth monitoring worthwhile?", *Health Policy and Planning* 3(3): 181-194.
- GOPALDAS, T.
1988 "Field level health worker's skill in detection of growth retardation and faltering in young children", *Indian Journal of Pediatrics* 55: S55-S58.

GRANT, J.-P.

1982 *The state of the world's children, 1982-83*. Oxford: UNICEF/Oxford University Press.

GRANT, J.-P.

1983 "Une révolution au profit du suivi et du développement des enfants", *Carnets de l'Enfant* 61-62: 21-33.

GRUÉNAIS, M.-É.

1985 "Mariages en ville et malnutrition aiguë", *Sciences Sociales et Santé* 3(3-4): 57-83.

HALL, D.M.B.

2002 "Is growth and development monitoring in children really useful?". En: *Promoting growth and development of under fives* (Kolsteren, P. & Hoérée, T. & Perez-Cueto, E. ed.): 111-114. Antwerp: ITGPress.

HENDRATA, L. & ROHDE, J.E.

1988 "Ten pitfalls of growth monitoring", *Indian Journal of Paediatrics* 55: S9-S15.

HENRY, F.J. & BRIEND, A. & COOPER, E.S.

1989 "Targeting nutritional interventions: is there a role for growth monitoring?", *Health Policy and Planning* 4: 295-300.

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

2002 "La prise en charge de la malnutrition chez les enfants préscolaires: le rôle des services de santé", *Cahiers Santé* 12(1): 94-99.

KASONGO PROJECT

1986 "Growth decelerations among under-5-year-old children in Kasongo (Zaire). II. Relationship with subsequent risk of dying, and operational consequences", *Bulletin of the World Health Organization* 64: 703-709.

KATZ, E.

1992 "Del frío al exceso de calor: dieta alimenticia y salud en la Mixteca". En: *Medicina tradicional, herbolaria y salud comunitaria en Oaxaca* (Sesia, P. ed.): 99-115. Oaxaca: CIESAS.

KOLSTEREN, P. & LEFEVRE, P. & LERUDE, M.-P.

1997 "Nutrition rehabilitation and the importance of the perception of malnutrition in the follow-up of rehabilitated children", *Asian Pacific Journal of Clinical Nutrition* 6: 106-110.

KOLSTEREN, P. & HOERÉE, T. & PEREZ-CUETO, E. (ed.)

2002 *Promoting growth and development of under fives*. Antwerp: ITGPress.

LALLEMAND, S.

1997 "Enfances d'ailleurs, approche anthropologique". En: *Enfances d'ailleurs, d'hier et d'aujourd'hui* (Guidetti, M. & Lallemand, S. & Morel, M.-F. ed.): 7-57. Paris: Armand Colin.

LAUNER, L.J. & HABICHT, J.P.

1989 "Concepts about infant health, growth, and weaning: a comparison between nutritional scientists and maduresse mothers", *Social Science & Medicine* 29: 13-22.

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

2000a "Investigación socio-antropológica clásica, focus groups y modelo causal. Experiencias y reflexiones sobre algunas combinaciones metodológicas innovadoras desarrolladas en Bolivia y Perú", *Revista Electrónica de Epistemología de Ciencias Sociales* 9: <http://rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/moebio/index.html>.

LEFEVRE, P. & SUREMAIN (de), C.-É. & RUBÍN de CELIS, E. & SEJAS, E.

2000b "Combining techniques: The use of the causal model as a support for focus group discussions in a socioanthropological research on the differing perceptions of caretakers and healthprofessionals on child's health". En: *Proceedings of the Fifth International Conference on Social Science Methodology* CD-ROM.

LEFEVRE, P. & SUREMAIN (de), C.-É.

2002a "De la investigación a la investigación-acción participativa: las lecciones de una experiencia multidisciplinaria sobre el desarrollo y el crecimiento del niño(a) en Bolivia y en Perú", *The Bolivian Research Review* 2: bolivianstudies.org.

2002b "Les contributions de la socio-anthropologie à la nutrition publique : pourquoi, comment et à quelles conditions ?", *Cahiers Santé* 12(1): 77-85.

LESTAGE, F.

1999 *Naissance et petite enfance dans les Andes péruviennes. Pratiques, rites, représentations*. Paris: L'Harmattan.

MASSARD, J.

1978 "Un retour à la simplicité. L'alimentation de la jeune accouchée en Malaisie", *ASEMI (Asie du Sud-Est et Monde Insulindien)* 9(3-4): 141-149.

MULL, D.S.

1991 "Traditional perceptions of marasmus in Pakistan", *Social Science & Medicine* 32: 175-191.

PELLETIER, D.L.

1994 "The relationship between child anthropometry and mortality in developing countries: implications for policy, programs and future research", *Journal of Nutrition* 124: 2047S-2081S.

PELTO, G.H. & PELTO, P.J.

1989 "Small but healthy? An anthropological perspective", *Human Organization* 48: 11-15.

PFEIFFER, J. & GLOYD, S. & LI, L.R.

2001 "Intrahousehold resource allocation and child growth in Mozambique: an ethnographic case-control study", *Social Science & Medicine* 53(1): 83-98.

RABAIN, J.

1979 *L'enfant du lignage. Du sevrage à la classe d'âge*. Paris: Payot.

REID, J.

1984 "The role of maternal and child health clinics in education and prevention: a case study from Papua Guinea", *Social Science & Medicine* 19: 291-303.

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.

SEVILLA, R. & SEJAS, E. & ZALLES, L. & BELMONTE, G. & CHEVALIER, P. & PARENT, G.

2003 "Le 'clapsen': une démarche globale pour la réhabilitation nutritionnelle de l'enfant gravement malnourri en Bolivie", *Cahiers Santé* 10: 97-102.

SUREMAIN (de), C.-É.

1998 "De la parcelle à la rue, il n'y a qu'un pas !": vers une approche socioanthropologique de la précarité à Brazzaville (Congo)", *Autrepart* 7: 43-62.

2000 "Dynamiques de l'alimentation et socialisation du jeune enfant à Brazzaville (Congo)", *Autrepart* 15: 73-91.

a/p "Entre convivialité et suspicion: une approche anthropologique de la sociabilité chez les Kukluya". En: *Comportements et innovations alimentaires. Une intervention nutritionnelle auprès de jeunes enfants et son évaluation au Congo (plateau Kukuuya)* (Martin-Prével, Y. & Tchibindat, F. & Suremain (de), C.-É. & Trèche, S. ed.).

THAVER, I.H. & HUSEIN, K. & CARA, N.B.

1993 "The 'P' in GMP: am ajor shift in growth monitoring program of a primary health care project", *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health* 24: 23-27.

TONGLET, R.

2002 "Is formal screening more effective than trusting mother's feeling". En: *Promoting growth and development of under fives* (Kolsteren, P. & Hoérée, T. & Perez-Cueto, E. ed.): 103-110. Antwerp: ITGPress.

WATERLOW, J.

1999 "Treatment of children with malnutrition and diarrhoea", *Lancet* 354: 1142.

WILSON, J.M. & JUNGNER, G.

1968 "Principles and practices of screening for disease", *Public Health Papers* 34:

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)

1986 *Growth chart. A tool for use in infant and child health care.* Geneva: World Health Organization.

1999 *Management of severe malnutrition: a manual for physicians and other senior health workers.* Geneva: World Health Organization.



En la mayoría de los países del Sur raras veces se aborda la salud infantil de manera global. Frecuentemente, es objeto de intervenciones disociadas unas de otras (promoción del crecimiento, atención curativa y preventiva, alimentación) y sin concertación entre los diferentes actores responsables (madres, personal de salud, entorno). Esta situación conduce a una escasa eficacia en los cuidados impartidos y a la recurrencia de determinados problemas de salud.

Partiendo de esta constatación, equipos belgas, bolivianos, franceses y peruanos especializados en salud pública, socioantropología y nutrición han realizado una investigación-acción orientada a definir, promover y aplicar un enfoque global y comprensible de la salud, el crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años en Bolivia y Perú.

En estos dos países, que atraviesan profundas reformas en salud, el enfoque pretende lograr un equilibrio entre la prevención y cuidados curativos y la consideración del rol de los responsables del niño; en la medida en que está orientado hacia una mayor implicación de los usuarios del sistema de salud y de los profesionales en salud infantil, la complementariedad entre ambos es fundamental.

En esta obra, la dinámica de la investigación, sus principales resultados e implicaciones operacionales son presentados de manera tal que del conjunto del proceso realizado se pueda rescatar lecciones de forma global, comprensible y desde una perspectiva interdisciplinaria.

Esta publicación se dirige a investigadores y a actores en el ámbito de la salud y del desarrollo interesados en la promoción y el seguimiento de la salud del niño.

ISBN 99905-75-10-X

