





**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



***EFFECTIVIDAD DEL CUMPLIMIENTO A LA NORMA PARA LA
RECUPERACIÓN NUTRICIONAL DEL MENOR DE 2 A 4 AÑOS
BENEFICIARIO DE OPORTUNIDADES, S.L.P., 2003-2004.***

**Tesis que para obtener el Grado de
MAESTRA EN SALUD PÚBLICA**

Presenta

L. E. SILVIA MERCEDES SANJUANERO RUÍZ

Comité de Tesis:

**L. E. TERESA LUZELDY AVILA ROJAS, M. E. C.
DR. BENITO TORRES RUVALCABA, M. S. P.**

Coasesor:

DR. ALFREDO ORTIZ BALBUENA, M. S. P.

MARZO, 2005.

La presente investigación fue desarrollada con aportaciones económicas de los Fondos Mixtos del Consejo Potosino de Ciencia y Tecnología (COPOCYT) y del Fondo de Apoyo a la Investigación (FAI) de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, así como con aportaciones en especie de los Servicios de Salud de San Luis Potosí.

Al pequeño ser de inmenso corazón, que por siempre ha entendido mi sed de crecimiento: Marifer.

Al par que me dio la vida y que aún sigue entregándose con ese amor incondicional: Mis Padres.

A la tutora y amiga, que toleró con paciencia mis altibajos y nunca quitó el dedo del renglón: Maestra Luzeldy.

Y a los catorce más que dejaron de lado por momentos su vida para unificarse en el sueño de crecer...

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la efectividad del cumplimiento en la atención del niño desnutrido beneficiario de Oportunidades en San Luis Potosí. **Material y métodos:** Estudio observacional, evaluativo, cuantitativo, prospectivo y longitudinal, de madres de menores de 2 a 4 años desnutridos beneficiarios de Oportunidades y personal de salud, con 7 mediciones en expediente individual y tarjeta nutricional. Diseño muestral estratificado. Tamaño de muestra calculado con una prevalencia esperada del 50%, error de ± 5 y nivel de confianza del 95%. **Resultados:** El 99.4% de registros oficiales, 29.7% del personal de salud y 8.0% de madres obtuvieron calificación mala. Fue regular en 86.5% de las madres, 4.9% del personal de salud y 0.6% de registros. 5.5% de madres y 5.4% del personal de salud obtuvieron calificaciones Buenas. La prueba exacta de Fisher (0.002196) muestra relación entre la efectividad del cumplimiento a la normativa y la proporción de recuperados. **Conclusiones:** El no cumplimiento de la NOM 031 SSA2 1999 y el Programa Oportunidades repercute en la efectividad del manejo del menor. Es necesario un redireccionamiento de las acciones que la Institución realiza, aprovechando el recurso familiar para la recuperación nutricional del menor. **Palabras clave:** Efectividad, Norma, Recuperación nutricional, Programa Oportunidades.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the effectiveness in the fulfillment of health services in children beneficiaries of "Oportunities" program at San Luis Potosí. **Material and methods:** An observational, evaluative, quantitative, prospective and longitudinal study conducted to children of 2 to 4 years old with mothers beneficiaries of Oportunities and health personnel, 7 measurements in individual file and nutritional card during 7 months. Stratified sample design. Size of sample calculated with a prevalence expected of 50%, ± 5 error and 95% confidence level. **Results:** 99.4% of official registries, 29.7% health personnel and 8.0% of mothers obtained poor qualifications. 86.5% of the mothers, 4.9% of health personnel and 0.6% of registries obtained medium rates. only 5.5% of mothers and 5.4% of health personnel obtained good rates. Exact's Fisher test (0.002196) shows a relation between the effectiveness of the norm fulfillment and recovered children proportion. **Conclusions:** Not to comply the NOM 031 SSA2 1999 and Oportunities program, affects the effectiveness in child treatment. The actions must be redirect, using the familiar resource in children nutritional recovery. **Key Words:** Effectiveness, Norm, Nutritional recovery, Oportunities program.

INDICE DE CONTENIDOS

CONTENIDO	PÁGINA
Introducción	
1. Planteamiento del problema y Justificación	4
2. Marco teórico	9
3. Objetivos	50
4. Hipótesis	51
5. Diseño metodológico	52
6. Consideraciones éticas	64
7. Resultados	65
8. Discusión	99
9. Conclusiones	106
10. Sugerencias	109
Bibliografía	113
Anexos	123

INDICE DE ANEXOS

1. Contenido del Suplemento Alimenticio "Nutrisano".
2. Operacionalización de variables.
3. Carta Programática para Capacitación de Personal Encuestador.
4. Instructivo para el llenado del Formato de Encuesta para Madres ó Responsable del Menor de 2 a 4 Años con Desnutrición Beneficiario de Oportunidades.
5. Formato de Encuesta para Madres ó Responsable del Menor de 2 a 4 Años con Desnutrición Beneficiario de Oportunidades.
6. Instructivo para el llenado del Formato de Encuesta para Personal de Salud
7. Formato de Encuesta para Personal de Salud.
8. Instructivo para el llenado del Formato para recolección de datos de Registros Oficiales.
9. Formato para recolección de datos de Registros Oficiales.
10. Formato de autorización del personal de salud para aplicación de encuesta
11. Formato de autorización de madres ó responsables del menor de 2 a 4 años con desnutrición beneficiario de Oportunidades para aplicación de encuesta.
12. Manual de codificación.

INDICE DE CUADROS

1. Edad del responsable del menor desnutrido beneficiario del Programa Oportunidades, S.L.P., 2003-2004.
2. Menores de 5 años que habitan en el hogar del menor desnutrido beneficiario del Programa Oportunidades, S.L.P., 2003-2004.
3. Responsable del cuidado del menor desnutrido beneficiario del Programa Oportunidades, S.L.P., 2003-2004.
4. Periodicidad de consulta de nutrición del menor desnutrido beneficiario del Programa Oportunidades, S.L.P., 2003-2004.
5. Calificación de características familiares, S.L.P., 2003-2004.
6. Conocimiento del responsable sobre la somatometría del menor desnutrido beneficiario del Programa Oportunidades, S.L.P., 2003-2004.
7. Conocimiento del responsable sobre la fecha de próxima cita del menor desnutrido beneficiario del Programa Oportunidades, S.L.P., 2003-2004.
8. Última vez que el responsable del menor desnutrido beneficiario del Programa Oportunidades recibió una plática de nutrición. S.L.P., 2003-2004.
9. Conocimiento de los signos, síntomas y complicaciones de la desnutrición por parte del responsable del menor desnutrido beneficiario del Programa Oportunidades. S.L.P., 2003-2004.

10. Utilidad del nutrisano, según el responsable del menor desnutrido beneficiario del Programa Oportunidades. S.L.P., 2003-2004.
11. Conocimiento de nutrisano por parte del responsable del menor desnutrido beneficiario del Programa Oportunidades. S.L.P., 2003-2004.
12. Dotación de nutrisano, según responsable del menor desnutrido beneficiario del Programa Oportunidades. S.L.P., 2003-2004.
13. Calificación del conocimiento de la madre ó responsable sobre nutrición. S.L.P., 2003-2004.
14. Aceptación de nutrisano por parte del menor desnutrido beneficiario del Programa Oportunidades. S.L.P., 2003-2004.
15. Calificación sobre aceptación de nutrisano. S.L.P., 2003-2004.
16. Tipo de Unidad de Salud seleccionada, S.L.P., 2003-2004.
17. Puesto del Personal de Salud, S.L.P., 2003-2004.
18. Años de servicio del Personal de Salud en la institución, S.L.P., 2003-2004.
19. Calificación de características laborales. S.L.P., 2003-2004.
20. Conocimiento del Personal de Salud sobre "Nutrisano" del Programa Oportunidades. S.L.P., 2003-2004.
21. Periodicidad de recepción de Nutrisano en la Unidad de Salud, S.L.P., 2003-2004.

22. Calificación del conocimiento del personal acerca de Nutrisano. S.L.P., 2003-2004.
23. Conocimiento del Personal de Salud sobre la norma para la atención del desnutrido de 2 a 4 años beneficiario de Oportunidades, S.L.P., 2003-2004.
24. Temas incluidos por el Personal de Salud en la capacitación para madres de menores de 2 a 4 años con desnutrición, S.L.P., 2003-2004.
25. Conocimiento del personal de salud acerca del concepto "madre capacitada en atención de la desnutrición", S.L.P., 2003-2004.
26. Calificación del conocimiento de la norma para recuperar desnutridos, S.L.P., 2003-2004.
27. Rango de calificación obtenida en registros oficiales. S.L.P., 2003-2004.
28. Concordancia entre los registros oficiales de menores de 2 a 4 años con desnutrición beneficiarios de Oportunidades, S.L.P., 2003-2004.

INDICE DE GRÁFICAS

1. Porcentaje de calificación en madres ó responsables de menores de 2 a 4 años con desnutrición beneficiarios de Oportunidades, S.L.P., 2003 – 2004.
2. Porcentaje de calificación en el Personal de Salud, S.L.P., 2003 – 2004.
3. Calificación del cumplimiento de la norma en registros oficiales. S.L.P., 2003.
4. Rango de calificación en registros oficiales de menores de 2 a 4 años, S.L.P., 2003.
5. Recuperados de la desnutrición que recibieron Nutrisano, S.L.P., 2003.
6. Porcentaje comparativo de calificación obtenida, S.L.P., 2003 – 2004.
7. Efectividad del cumplimiento a la norma para la recuperación de desnutridos beneficiarios de Oportunidades, S.L.P., 2003.

INDICE DE FOTOGRAFIAS

1. Organización del tarjetero de control nutricional.
2. Ubicación geográfica de los menores seleccionados.
3. Autorización de las madres encuestadas.
4. Uno de los hogares seleccionados.
5. Proceso de recolección de datos a las madres.
6. Personal realizando acciones de vigilancia nutricional.
7. Almacenamiento del Nutrisano.

INTRODUCCION

La salud de los niños, identificada a través de indicadores tales como crecimiento y desarrollo, cobertura de vacunación, morbilidad y mortalidad, expresan el nivel de desarrollo social, así como la disponibilidad, eficiencia y efectividad de los servicios de salud.

La desnutrición es un problema de Salud Pública que ha prevalecido desde el inicio de la humanidad hasta la actualidad. A través de la historia se ha tenido conocimiento de grandes hambrunas que afectan a los grupos más vulnerables, uno de ellos, la niñez. Hacia 1780, las casas cuna anotaban en sus libros que "los niños morían de tristeza"; no encontraban en ellos mal alguno, solamente no progresaban, no querían comer, se ponían tristes y morían.¹

En 1930, Patrón-Correa describió las características clínicas de los niños que presentaban lo que hoy se identifica como Kwashiorkor, relacionándolas con la dieta.² A partir de la Segunda Guerra Mundial se han logrado grandes avances en su estudio, desde sus características bioquímicas, inmunológicas, hormonales y de las estructuras tisulares, hasta llegar a establecer las múltiples consecuencias que pueden afectar el desarrollo psicomotriz. Esto permite contemplarla bajo la perspectiva biomédica, socioantropológica, económica, política y social.

La desnutrición en el menor de cinco años involucra más que alteraciones con efectos inmediatos en la salud del mismo, como mayor susceptibilidad a enfermedades; la detención en el crecimiento y desarrollo que enfrenta durante las etapas tempranas de su vida, son condicionantes para una desnutrición crónica, caracterizada por talla baja de acuerdo a su edad o dificultad para la asimilación de nuevos conceptos y tareas cognitivas durante las etapas posteriores de su vida. Además de las repercusiones a nivel individual, la desnutrición es en sí misma un indicador de alteraciones en la dinámica familiar, donde la disponibilidad

de los alimentos representa un elemento básico para la ingesta en cantidad y calidad por parte del menor y un reflejo del papel que juega la madre para favorecer el acceso a estos.

En 1996 la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en conjunto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas a Favor de la Infancia (UNICEF), promueven la implantación de la estrategia denominada "Lucha integrada contra las enfermedades de la infancia" a partir de los problemas de salud que afectan con mayor frecuencia a los menores de cinco años que habitan en países en desarrollo. Contempla entre ellos el control de las infecciones respiratorias agudas, diarreicas y la desnutrición, factores causales de un gran número de defunciones.³ Se basa en el esquema de atención al menor con énfasis en la detección temprana y tratamiento de cualquier problema que se identifique, independientemente del motivo de consulta, donde se favorezca la aplicación de medidas de prevención y promoción de la salud.

Tanto en el nivel nacional como estatal, durante varias décadas se han implementado diferentes estrategias de suplementación alimentaria encaminadas a la recuperación nutricional del menor de cinco años - aunque desvinculadas de la atención en salud con un enfoque de integralidad -, a fin de favorecer su oportuna inserción dentro del entorno socio-cultural y aumentar las oportunidades de alcanzar un nivel óptimo de desarrollo que le permita mejorar su futuro desempeño.

Las políticas alimentarias a favor del rescate nutricional han ganado espacios en el ámbito de la planificación nacional y desarrollado mecanismos intersectoriales buscando atacarla en sus raíces y manifestaciones, con lo que se permite medir los avances del desarrollo y orientar la toma de decisiones a fin de optimizar sus efectos en los niveles de vida de los grupos poblacionales más desfavorecidos.⁴

Sin embargo, parece ser que desde un enfoque de salud, la atención a la desnutrición se ha centrado a la limitación del daño.

A partir de 2002 surge el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades,⁵ el cual toma como base lo establecido en el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA)⁶ bajo tres grandes componentes: educación, salud y alimentación. Participa el sector salud en los dos últimos a través de cuatro estrategias destinadas a todos los miembros de las familias beneficiarias, con enfoque en la población más vulnerable, como lo son las mujeres embarazadas y en período de lactancia, así como los menores de cinco años. Dichas estrategias son:

- Proporcionar gratuitamente un Paquete Básico de Servicios de Salud, el cual, bajo un enfoque integral, busca favorecer la educación para la salud, identificación temprana y atención oportuna en caso de enfermedad, así como la inclusión de medidas para prevención de complicaciones. Incluye acciones específicas para los problemas de salud que más comúnmente afectan a la población del país.
- Prevenir la desnutrición de los niños, desde la etapa de gestación.
- Distribuir de manera gratuita sobres de suplemento alimenticio.
- Fomentar y mejorar el autocuidado familiar y comunitario mediante capacitación en salud, higiene y nutrición.

El suplemento alimenticio Nutrisano fue creado para la prevención y atención de la desnutrición en los menores de cinco años. Se presenta en un sobre con polvo de diferentes sabores que contiene una aportación de los micronutrientes esenciales para este grupo de edad. Desde 1998 es entregado gratuitamente a los menores beneficiarios del Programa a partir de los cuatro meses y hasta los cuatro años de edad. En el mes de junio de 2002 se tenían registrados en los Servicios de Salud de San Luis Potosí un total de 20,280 menores de cinco años beneficiados con el Programa, equivalentes al 61.2% del total registrado (33,144

menores), con una prevalencia de desnutrición del 32.4%.⁷ Sin embargo, desde los inicios del Programa se han venido presentando inconsistencias que repercuten en bajas coberturas, no sólo de entrega del producto, sino en la continuidad en la atención de salud que debe recibir el menor de cinco años, sobre todo aquel que cursa con desnutrición, reflejado en el bajo índice de recuperación nutricional.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACION

El Gobierno Federal, a través de la Secretaría de Salud y el Consejo Nacional de Vacunación, ha normado los aspectos tendientes a mejorar la salud del menor de cinco años a través de una atención integrada, vacunación universal, prevención y control de las enfermedades diarreicas y respiratorias agudas, así como el control de la nutrición mediante la vigilancia del crecimiento y desarrollo.⁸

La Norma Oficial Mexicana 031 (NOM-0031-SSA2-1999) de atención a la salud del niño, establece los criterios, estrategias, actividades y procedimientos que engloban los componentes señalados, a través de una consulta completa que incluya la identificación de factores de mal pronóstico, evaluación clínica y clasificación, tratamiento adecuado y capacitación a la madre.

Para el componente de nutrición, además de las actividades descritas en la norma oficial señalada, se añaden los lineamientos de operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, en lo respectivo a la estrategia del suplemento alimenticio del niño de cuatro meses a cuatro años de edad y acciones para la vigilancia nutricional de este grupo de edad, bajo un enfoque de integralidad, de acuerdo a su diagnóstico nutricional. Dichas acciones coinciden con las registradas en la norma oficial que se menciona.

Sin embargo, respecto al área de responsabilidad de los Servicios de Salud del Estado de San Luis Potosí, no se aprecia un reflejo del cumplimiento concerniente a la vigilancia nutricional del menor con desnutrición conforme lo establece la Norma Oficial Mexicana señalada, caracterizado por:

1. Inadecuado seguimiento de acuerdo a lo establecido en la norma oficial que redunda en bajas coberturas de consulta mensual. La revisión del informe oficial del Sistema de Información en Salud para Población Abierta denominado SISPA-SS-I-PROGRESA durante el período enero-abril del

2002 refleja una cobertura promedio de consulta a menores con desnutrición por debajo del 50%.⁹

2. Cobertura de entrega mensual de suplemento alimenticio a la población beneficiaria menor al 70%. A partir del año 2000 se ha mantenido la suficiencia del suplemento alimenticio en el nivel estatal, enviándose a las seis jurisdicciones sanitarias que conforman los Servicios de Salud del Estado con una periodicidad bimestral en cantidad suficiente de acuerdo al universo registrado en los formatos oficiales; sin embargo, pareciera que el producto no es entregado dentro de los tiempos establecidos a la unidad de salud y por consiguiente, a la población beneficiaria.¹⁰
3. No se tiene un reflejo del impacto de las actividades implementadas en el estado nutricional de los menores, sobre todo en el grupo de desnutridos. De acuerdo a datos oficiales, durante el 2001 el porcentaje de recuperación fue de 11.3% y hasta el mes de abril del 2002 se tiene un porcentaje del 5% en relación con 10,535 menores con desnutrición beneficiarios del Programa Oportunidades en los Servicios de Salud. Aunque la norma existente señala que para que un menor de cinco años sea notificado como recuperado de la desnutrición debe haber cursado durante seis meses con un crecimiento y desarrollo adecuado para su edad, se desconoce el tiempo promedio en que un menor con algún grado de desnutrición que recibe suplemento alimenticio se recupera, lo que representa un punto importante para determinar la efectividad del producto.

Entre los factores se encuentran: aquellos relacionados al personal de salud, a la población beneficiaria, al propio suplemento alimenticio y a la calidad de los registros oficiales.

En el personal de salud:

- Desconocimiento acerca de la NOM 031 SSA2 1999, en lo referente a la vigilancia nutricional y acerca de los lineamientos de operación del Programa de Oportunidades, en lo respectivo al suplemento alimenticio.
- Sobrecarga de trabajo que afecta la calidad de la atención; ésta se otorga en base a demanda de atención por episodio de enfermedad que propicia un seguimiento nutricional deficiente.
- Rutinización de actividades.
- Subestimación de prioridad de atención en los casos de desnutrición.
- Aplicación inadecuada de la técnica de somatometría.
- Falta de registro sobre la atención y las actividades otorgadas al menor desnutrido y la madre o responsable del mismo.
- Desabasto de papelería para registro de las actividades.

De la población beneficiaria

- En algunos casos, durante las visitas de contraloría social que se realizan como parte de la supervisión del Programa Oportunidades, las madres de los menores beneficiarios refieren que a los niños no les gusta el sabor del suplemento alimenticio.
- Manejo inadecuado del producto, desde su almacenamiento hasta la técnica de preparación e ingesta de acuerdo a la dosis indicada.
- Falta de continuidad en la asistencia a consulta mensual, debido a que la unidad de salud se encuentra alejada del hogar, lo que implica uso de recursos económicos para su desplazamiento, afectando la disponibilidad de recursos económicos. Por otro lado, el que el personal de salud no informe del avance nutricional del menor o que no se otorgue fecha de próxima cita, redundan en desmotivación de la madre del menor desnutrido, por caer en incertidumbre respecto al estado actual y pronóstico del menor. Así mismo, los propios del estado de salud del menor quien, al presentar

una patología asociada, reduce de manera importante las posibilidades de mejorar su estado nutricional.

- La composición familiar determina si el producto será ingerido de manera adecuada por el menor, o se distribuirá de acuerdo al criterio de la madre o persona responsable del menor, influyendo sobremanera la edad de la madre, su estado civil, grado de escolaridad, tipo de familia, número de miembros que la conforman, total de menores de cinco años que habitan el domicilio, persona responsable de la alimentación del menor y trabajo de la madre fuera del hogar.
- En el ámbito familiar son determinantes los conocimientos que sobre alimentación y manejo del suplemento alimenticio tiene la persona responsable, ya que de ello depende, por un lado, la preparación adecuada en cantidad y otorgación del producto con la continuidad establecida y por otro, la implementación de hábitos higiénico-dietéticos favorables para la recuperación nutricional del menor.

Los registros oficiales.

Es donde se documenta, cuantifica y evalúa la productividad de la unidad de salud. A este respecto, se han venido presentando omisiones serias respecto a la concordancia entre uno y otro formato – expediente clínico, tarjeta de control nutricional, hoja diaria, movimiento mensual de existencias de suplemento alimenticio y SISPA Oportunidades- sobre todo en la fecha de consulta, somatometría, exploración física completa, diagnóstico nutricional, valoración psicomotriz, orientación en nutrición y fecha de próxima consulta, generando confusión y errores de registro en los informes mensuales.

Como parte de las responsabilidades que engloba el Programa de Oportunidades dentro de la estrategia de suplementación alimentaria, se encuentra el desarrollo de actividades de vigilancia y control de la nutrición infantil con base en la NOM 031 SSA2 1999, que incluye orientación nutricional y capacitación a las madres de

los menores. Por lo anterior, es necesaria la evaluación sistemática y periódica del cumplimiento de la norma establecida para la vigilancia nutricional a través de los registros en los formatos oficiales, así como la capacitación y asesoría que la madre o responsable del menor reciba y que favorezca la transformación de la cultura del cuidado de la salud en pro de la recuperación nutricional del menor. La evaluación del cumplimiento de la norma es punto clave para el establecimiento de estrategias tendientes a mejorar el desempeño del personal de salud en lo correspondiente al componente de nutrición, pues se incide sobre aquellos factores que influyen de manera desfavorable en el impacto del programa.

Ante la problemática expuesta anteriormente, es importante precisar y evaluar los factores que con base en la norma establecida influyen para que los menores de cinco años usuarios del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades que cursan con desnutrición no se recuperen. Surge entonces la siguiente pregunta de investigación: ¿cuáles son los factores que influyen en la efectividad de aplicación de la NOM 031 SSA2 1999 y los lineamientos de operación del programa Oportunidades para la recuperación nutricional del menor de 2 a 4 años con desnutrición y que es beneficiario de este programa en el área de responsabilidad de los Servicios de Salud del estado de San Luis Potosí?

Aunque se ubica la desnutrición como un problema económico y social más que biológico, por estar íntimamente relacionado con la marginalidad, también es resultado de una inaccesibilidad a la participación social, mantenida por carencia de educación y capacitación individualizada de la persona responsable del menor desnutrido, acorde a su situación y necesidades. Esto exige una intervención profesional responsable tanto para el otorgamiento periódico de la consulta, como para el adecuado registro de todas aquellas actividades que se desarrollan en torno a la vigilancia nutricional.

2. MARCO TEORICO

La alimentación como necesidad biológica de todo ser vivo, ha persistido a lo largo del proceso evolutivo del ser humano. El crecimiento y desarrollo humano conforman un proceso que está determinado por factores genéticos, neuroendocrinos y ambientales presentes en el grupo socioeconómico en el que se desenvuelve, que le permite el aumento de masa por multiplicación celular y el desarrollo y perfeccionamiento de funciones de tipo biológico, psicológico o social. Es un proceso continuo, que se inicia desde el momento de la concepción hasta llegar a la edad adulta, con una velocidad más alta en los dos primeros años y en la pubertad. Durante este proceso pueden presentarse momentos críticos como respuesta a factores externos -tales como la privación o disminución de nutrimentos- que generen alteraciones, las cuales, si no son corregidas con oportunidad, pueden desencadenar una serie de daños muchas veces irreversibles.

2.1. DESNUTRICION.

La historia da conocimiento de grandes hambrunas y sin embargo, es hasta el siglo XIX que existen registros de datos clínicos acerca de la desnutrición. A partir de 1933 se fue consolidando la idea de que las enfermedades identificadas como marasmo, atrepsia, hipotrepsia, distrofia farinácea y atrofia infantil, incluyendo el Kwashiorkor, se referían a un mismo problema, producto de enfermedades carenciales por la falta de alimentos que originaban deficiencias de proteínas, energía y otros nutrimentos. Posterior a la Segunda Guerra Mundial aparecen estudios que describen las características bioquímicas, inmunoquímicas, hormonales, de las estructuras tisulares y los cromosomas, ahondando en las particularidades fisiológicas de órganos y sistemas afectados, así como las consecuencias en el desarrollo psicomotor de los niños.¹¹

En 1949, el médico mexicano Federico Gómez trató de ordenar los conceptos que caracterizan a la desnutrición, a fin de homogeneizar la experiencia de los pediatras mexicanos, definiéndola como *"la asimilación deficiente de alimentos por el organismo (que conduce) a un estado patológico de distintos grados de severidad y distintas manifestaciones clínicas"*.¹² La OMS se refiere a ésta como *"varias condiciones patológicas que se establecen por la carencia de proteínas y energía, en proporción variada, que ocurre con mayor frecuencia en los lactantes y niños, comúnmente asociada con procesos infecciosos"*.¹³ En los países donde hace 50 años prevalecía como problema de Salud Pública se presenta aún con la misma frecuencia, aunque con otras particularidades clínicas y epidemiológicas, producto de los momentos históricos, que determinan la disponibilidad de los alimentos.

En 1973, los doctores Puffer y Serrano publican un informe sobre la mortalidad de la niñez en América, señalando que durante ese año habían ocurrido aproximadamente un millón de decesos en menores de cinco años y que en un 60% de los mismos había estado presente la desnutrición del tipo proteico-calórica, característica de zonas donde predominan las condiciones precarias, favorecedoras de carencias e insatisfacciones en la solución de las necesidades básicas y que generalmente es escondida bajo los diagnósticos de muerte por diarrea, desequilibrio hidroelectrolítico y otras patologías que normalmente la acompañan.¹⁴ La magnitud varía de un país a otro y aún hacia el interior de cada uno de ellos, dependiendo de las condiciones sociodemográficas; sin embargo, se reconoce que al menos dos terceras partes de las muertes infantiles en el ámbito mundial se atribuyen a la desnutrición y sus complicaciones. En México, aproximadamente un 90% de la población consume dietas insuficientes respecto a los requerimientos nutricionales, sobre todo durante las fases críticas de crecimiento y desarrollo.

Actualmente se contempla la desnutrición bajo las vertientes biomédica, socioantropológica, económica y político-social, factores que indican la adquisición o permanencia de estilos de vida. Por un lado, la disponibilidad - aún en los lugares de mayor marginalidad y difícil acceso - de alimentos ricos en grasa, carbohidratos y azúcares que favorecen el desarrollo de sobrepeso y obesidad y, por otro, el arraigo de costumbres alimentarias donde se prioriza la alimentación de los individuos que representan el sostén económico y funcional del núcleo familiar.

Cuando la alimentación es balanceada en calidad y cantidad es ideal para el mantenimiento de un óptimo estado nutricional. El principal obstáculo para una alimentación de calidad es el apego a la cultura arraigada a lo largo de la vida. Durante las etapas tempranas de la vida el organismo demanda mayor cantidad de nutrimentos para incrementar el número y tamaño de las células que integran los tejidos. Como consecuencia del crecimiento tisular, ocurre un aumento de la estatura que se ve restringido cuando se deteriora el estado de nutrición.

Las deficiencias en el consumo de alimentos afectan más a los niños porque su desarrollo físico, motor y mental se altera rápidamente, sobretodo cuando el recién nacido es producto de una madre con antecedentes y/o presencia de desnutrición crónica e inadecuados hábitos higiénico-dietéticos. En cuanto el menor inicia el proceso de ablactación y abandona la lactancia materna para incluirse paulatinamente a la dieta normal, se enfrenta a condiciones higiénico-dietéticas pobres, con alimentos que por generaciones han sido considerados como adecuados para el menor, pero que no muchas veces incluyen el aporte proteico necesario. Esto los hace detener gradual ó bruscamente el incremento en su estatura y la ganancia de peso esperada conforme avanza su edad, favoreciendo un estado de desnutrición que lo lleva a desarrollar diversos trastornos funcionales, que lo afectan tanto física como mentalmente, conformando un círculo

vicioso con un menor expuesto a una dieta deficiente que conlleva a infecciones repetidas.

La desnutrición es una enfermedad multisistémica producida por una disminución drástica, aguda o crónica de los micronutrientes, ya sea por ingesta insuficiente, inadecuada absorción o exceso de pérdidas. Puede presentarse en todas las edades, pero es más notoria entre los 6 y 36 meses de edad, coincidentemente con el destete, cuando existe la introducción de alimentos diferentes a la leche, tales como caldo de frijol, pastas, jugos o atoles, productos ricos en hidratos de carbono, pero pobres o ausentes de proteínas, como producto de la poca disponibilidad de diferentes y variados alimentos y prácticas culturales incorrectas. Estos menores continúan su crecimiento a una velocidad menor y sus requerimientos calóricos y proteicos disminuyen considerablemente, progresando lentamente hacia una desnutrición más grave.

En un macroambiente donde falta educación, hay deficientes condiciones de salud de la población, la comunicación es inapropiada y hay deficiente productividad, utilización y aprovechamiento de los recursos naturales, lo cual conduce a una inadecuada producción, distribución, conservación y consumo alimentario. El microambiente, constituido principalmente por el núcleo familiar, es receptor total del macroambiente, influyendo de manera determinante la capacidad adquisitiva, los conceptos que sobre nutrición y aprovechamiento de los alimentos se poseen, lo que conlleva a errores en el consumo, así como a una inadecuada distribución entre los miembros de la familia, afectando este último factor de manera particular a los más pequeños y al sexo femenino.¹⁵

Deficiencias en la dieta: macro y micronutrientes.

Como se ha descrito, la nutrición depende de lo que cada individuo ingiere. Los alimentos contienen nutrientes y se dividen en dos clases: macronutrientes,

que incluyen azúcares (carbohidratos), grasas (lípidos) y proteínas; y micronutrientes, que comprenden las vitaminas y los minerales.^{16, 17}

- *Carbohidratos*. Son los principales proveedores de energía y nutrientes indispensables para una adecuada función muscular y cerebral.
- *Grasas*. Su deficiencia produce limitación de la energía disponible para el desempeño de las actividades cotidianas.
- *Proteínas*. Son elementos esenciales para la nutrición, crecimiento y reparación de los tejidos y constituyen su mayor suministrador de nitrógeno. Tienen importantes funciones o actividades biológicas, tales como actividad enzimática, transporte de moléculas o iones específicos (hemoglobina, lipoproteínas), capacidad nutritiva, acción contráctil, formación de estructuras, acciones defensivas y regulación celular.
- *Vitaminas*. Intervienen en múltiples funciones dentro del metabolismo celular como catalizadores, activan la oxidación de los alimentos y facilitan la liberación y utilización de energía. Se les atribuyen también funciones de inmunidad y metabolismo de los lípidos. Las más necesarias durante la infancia son las vitaminas A, E, K, D, B12 y ácido fólico.
- *Minerales*. Su deficiencia produce limitación del crecimiento y rendimiento, disminución del apetito, así como una mayor frecuencia y severidad de infecciones.

Durante las fases iniciales de la desnutrición hay disminución de la actividad física con reducción del gasto energético y alteración progresiva de la composición corporal por disminución de la adiposidad. Aumenta la susceptibilidad a las lesiones, hay disminución en la producción de glóbulos rojos; el trabajo cardíaco disminuye conduciendo a hipotensión postural y disminución del retorno venoso. La retención crónica de sodio conduce a un aumento relativo de agua corporal extracelular. Otras alteraciones incluyen limitación de la función intestinal, aumentando la propensión a períodos diarreicos por la motilidad intestinal anormal

y sobrecrecimiento bacteriano; función gonadal reducida, pobre resistencia a las infecciones y afección generalizada del sistema nervioso.¹⁸

El menor con desnutrición grave presenta un cuadro clínico de MARASMO, caracterizado por un déficit marcado del peso para la talla y signos de emaciación que incluyen hundimiento de las órbitas y cara con aspecto de mono pequeño y retraso en el crecimiento de uñas y pelo; éste se torna escaso y reseco con zonas decoloradas (signo de bandera). Aparenta tener exceso de piel para su cuerpo y un tronco grande para sus extremidades, el hígado es blando y puede palpase. El menor se muestra hiperreactivo, hambriento y constipado. Cuando se encuentra muy afectado hay depresión de signos vitales, flacidez y adinamia. El menor con marasmo generalmente se convierte en un desnutrido crónico.^{19, 20}

Otro tipo de desnutrición es el KWASHIORKOR, palabra africana que describe niños alimentados exclusivamente con leche materna por tiempos prolongados y caracterizados por un deterioro rápido de su salud, apatía, anorexia, irritabilidad, infiltración grasa del hígado y edema de leve (cara de luna) a grave. Los casos graves desarrollan manchas cafés y lesiones en el tronco y zonas expuestas que pueden evolucionar a úlceras. Otras manifestaciones incluyen petequias, equimosis y pérdida de pelo con despigmentación, lesiones en las comisuras labiales, atrofia de papilas y alteraciones en la lengua, dermatosis genital e infecciones agregadas.^{21, 22}

Diagnóstico de la desnutrición

Todo trabajador de la salud que tiene contacto y brinda atención a un menor, debe tener siempre presente el objetivo del diagnóstico de la desnutrición, el cual se logra principalmente a través de la valoración, interpretación y registro de los diferentes indicadores establecidos; para lo cual es indispensable contar con el material y equipo mínimo necesario, así como tablas de referencia, formatos de registro y el expediente clínico completo del menor, que incluya tanto notas

médicas como del resto del equipo de salud de la unidad. El diagnóstico definitivo lo establecerá el médico de acuerdo a los instrumentos y criterios establecidos.

Actualmente se utilizan indicadores indirectos y directos. Los indirectos son obtenidos a través de una historia clínica y dietética detallada, evaluando los antecedentes heredofamiliares, socioeconómicos, perinatales, patológicos, no patológicos, inicio y duración de la lactancia materna, introducción de sucedáneos, inicio del destete e introducción de otros alimentos, además de la alimentación actual.

Los indicadores directos abarcan los del tipo bioquímico, caracterizados por una amplia gama de estudios de laboratorio, y que para fines del presente estudio no se abordarán. Los indicadores antropométricos incluyen las mediciones del perímetro braquial, perímetro cefálico, peso y talla. El cruce de estos con la edad exacta del menor origina los indicadores antropométricos de peso para la edad, peso para la talla y talla para la edad, partiendo de una media estandarizada establecida en el nivel nacional. Se emplean las tablas propuestas por la Organización Mundial de la Salud.^{23, 24, 25}

Las tablas recomendadas por la OMS en 1993, están basadas en las curvas de crecimiento del Centro Nacional de Estadística para la Salud de los Estados Unidos de América (NCHS por sus siglas en inglés: National Center for Health Statistics), previa validación internacional. Controlan la variabilidad en los límites de normalidad que se observan a través de la edad. Pueden fijarse arbitrariamente los límites de normalidad, considerando anormales aquellos que se encuentren dos desviaciones estándar abajo del promedio. Habicht y cols. (1974) demostraron que el promedio de variación en diversos grupos étnicos estudiados a nivel mundial fue leve (3% para la talla y 6% para el peso). La OMS toma los valores como referencia e incluye la media y los valores en la primera, segunda y tercera desviación estándar.²⁶

Interpretación de los indicadores antropométricos.

- *Peso para la edad.* Índice resultante de comparar el peso de un niño con el peso ideal que debiera presentar de acuerdo a su edad (mediana de una población de referencia). Se afecta cuando el menor presentó desnutrición, por lo que no hubo aumento de peso y aunque posteriormente no la padezca, seguirá con bajo peso de acuerdo a su edad. Lo mismo ocurre cuando el niño presenta pérdida reciente de peso. De allí la necesidad de llevar un control periódico de este indicador. Cabe señalar que es el comúnmente empleado por el personal de salud.
- *Peso para la talla.* Índice resultante de comparar el peso de un niño con la talla que presenta (media de una población de referencia). Es el método ideal para evaluar el estado nutricional en mayores de un año. Cuando el menor tiene menos peso que otro menor de la misma talla, indica una desnutrición aguda por pérdida reciente de peso.
- *Talla para la edad.* Índice resultante de comparar la talla de un niño con la talla ideal que debiera presentar para su edad (media de una población de referencia); una talla baja para la edad, refleja desnutrición crónica.

2.2. VIGILANCIA NUTRICIONAL

Mediante la vigilancia nutricional con enfoque de integralidad, la entrega de apoyos alimentarios, el fomento del saneamiento básico y la educación nutricional, el personal de salud apoya a la nutrición de la población. Ya Gómez mencionaba que *“el médico se debe convertir en educador (...) para que los padres aprendan a distinguir al niño sano del enfermo y acudan oportunamente al consultorio o al hospital”*. Así mismo, enumera varias estrategias de atención, con énfasis en el tipo de alimentación y vigilancia continua del peso corporal.²⁷

Prevención de la desnutrición

Las medidas de prevención para el control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del menor de cinco años engloban orientación alimentaria a la madre o responsable del menor de cinco años bajo los siguientes aspectos:

- Alimentación adecuada de la madre durante el embarazo y la lactancia.
- Lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro meses de vida.
- Ablactación adecuada.
- Orientación a la madre para el aprovechamiento de los alimentos locales en diversas variedades y combinaciones.
- Promoción de la higiene dentro del hogar, con énfasis en el lavado de manos, corte de uñas, consumo de agua hervida y/o clorada y manejo de alimentos.
- Capacitación a la madre ó responsable del menor de cinco años en los signos de alarma de la desnutrición.
- Esquema básico de vacunación completo.
- Desparasitación intestinal periódicamente tratada con albendazol dos veces al año.
- Megadosis de vitamina A, en administración periódica.
- Fomento de la atención del niño sano.
- Atención integrada del niño enfermo.

Capacitación a las madres

A través de la comunicación para la salud que incluya información suficiente y accesible, se busca favorecer una transformación de actitudes y hábitos en salud con un enfoque preventivo, que parta de sus particularidades culturales, valores, usos y costumbres. Pretende lograr la preservación y fortalecimiento del adecuado estado nutricional al favorecer la conformación de una dieta completa, variada, equilibrada, suficiente e higiénica. Está dirigida a las madres por ser ella quien otorga la alimentación al menor, así como por considerarse el eje del grupo familiar y generadora de cambios. La comunicación en nutrición les permitirá:

- Utilizar los alimentos disponibles de la región a favor de una mejor alimentación de lactantes y preescolares.
- Reforzar hábitos tradicionales favorables para la alimentación infantil.
- Aprovechar la disponibilidad estacional de los alimentos, platillos regionales y preferencias de la comunidad.
- Manejar de forma higiénica los alimentos.

Recomendaciones generales para la capacitación.

- Mantener una actitud de respeto.
- Estimular la comunicación a fin de identificar los conocimientos que poseen y las prácticas que comúnmente realizan (favorables y desfavorables).
- Elogiar los conocimientos o prácticas favorables que posee la madre o que va adquiriendo.
- Aconsejar mejores prácticas, para superar las que se consideren desfavorables para la recuperación nutricional.
- Recomendar y aconsejar en lugar de culpar.
- Propiciar un ambiente de confianza .
- Reconocer que cada madre tiene su ritmo de aprendizaje, por lo que se les debe dedicar el tiempo suficiente para lograr la comprensión del tema tratado.
- Centrar el contenido de la capacitación en las prácticas de mayor riesgo respecto a los factores predisponentes, los factores de mal pronóstico y los errores en la atención en el hogar que hayan sido identificados durante la consulta.
- Tener en cuenta que el estado emocional de la madre, las diferencias culturales y las creencias particulares son factores que pueden interferir con el aprendizaje.
- Utilizar siempre un lenguaje sencillo y claro, evitando términos médicos.
- En áreas indígenas apoyarse en traductores.
- Utilizar apoyos gráficos como rotafolios, trípticos y carteles.

- Asegurar que las madres hayan comprendido el mensaje mediante el uso de preguntas de verificación que fomenten el dar una explicación y no un simple sí o no.
- Insistir en el valor que tiene la participación activa de la madre en el tratamiento de la enfermedad de su hijo, por el cuidado y afecto con el que lo realiza.

El mensaje teórico debe siempre apoyarse de ejemplos, como la preparación en conjunto del suplemento alimenticio del programa Oportunidades y otros alimentos para ofrecerlos a los menores, a fin de verificar su aceptación y convencer a las madres o responsables de los menores de que no son dañinos. Para que una madre esté capacitada, requiere entre cuatro y ocho sesiones participativas para que aprenda, tenga oportunidad de exteriorizar sus dudas y reciba refuerzos sobre el cambio de actitudes. Dichas sesiones pueden coincidir con la consulta del menor. Es necesario comentar a la madre que la recuperación es un proceso lento, a fin de que no se desespere si ve que el menor no alcanza un diagnóstico normal de acuerdo a su edad en una o dos consultas.²⁸

Decisiones a tomar de acuerdo con la evolución del peso en relación con la edad durante la recuperación del niño desnutrido.

Es necesario determinar y anotar el peso para la edad del niño y compararlo con las dos últimas determinaciones:

- Si el peso muestra aumento, comentar a la madre que el crecimiento del niño progresa. Debe procurarse que el peso llegue a lo normal, de acuerdo con los valores de la NOM-031-SSA2-1999.
- Si el peso no ha variado, alertar a la madre que el niño no ha mejorado, y es necesario efectuar acciones específicas en cuanto a mejorar (combinar, variar y complementar) su alimentación.
- Si el peso muestra descenso, hay que hacer mayor hincapié en la vigilancia nutricional del menor, verificando en el ámbito domiciliario el tipo de

alimentación recibida y asesorando sobre aquellos puntos que favorecen este descenso.

2.3. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-031-SSA2-1999, PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD DEL NIÑO.²⁹

Las acciones en nutrición están regidas por la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999 para la Atención a la Salud del Niño, que establece los criterios, estrategias, actividades y procedimientos aplicables al Sistema Nacional de Salud en todas las unidades de salud que proporcionan atención a los niños y que implica: aplicación de vacunas para la prevención de enfermedades que actualmente contempla el esquema de vacunación universal; prevención, tratamiento y control de las enfermedades diarreicas y de las infecciones respiratorias agudas, así como las acciones para la vigilancia del estado de nutrición, crecimiento y desarrollo de los niños menores de cinco años. Las actividades descritas anteriormente están encaminadas a mejorar los actuales niveles de salud del niño (a).

La vigilancia de la aplicación de esta Norma, corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias. Suple las siguientes normas oficiales mexicanas:

- NOM-008-SSA2-1993, control de la nutrición. Crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente, criterios y procedimientos para la prestación del servicio;
- NOM-023-SSA2-1994, para el control, eliminación y erradicación de las enfermedades evitables por vacunación y
- NOM-024-SSA2-1994, para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas en la atención primaria a la salud.

Esta norma tiene por objeto establecer los requisitos que deben seguirse para asegurar la atención integrada, el control, eliminación y erradicación de las enfermedades evitables por vacunación; la prevención y el control de las enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, vigilancia del estado de nutrición y crecimiento y el desarrollo de los niños menores de 5 años. Es de observancia obligatoria en todas las instituciones que prestan servicios de atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud. Parte de las siguientes disposiciones generales:

- La atención integrada al menor de cinco años en la unidad de salud debe considerar los siguientes aspectos: Vigilancia de la vacunación, atención del motivo de la consulta, vigilancia de la nutrición y capacitación de la madre.
- La estrategia para asegurar la atención integrada la constituye la consulta completa que incluye: identificación de factores de mal pronóstico, evaluación clínica y clasificación, tratamiento adecuado, capacitación a la madre sobre la identificación de los signos de alarma, cuidados generales en el hogar y seguimiento de los casos.

Consultas

En cada una de las consultas que se otorguen al menor se deberá registrar la edad (en el menor de un año en meses y días; en el mayor de un año en años y meses), peso, talla, perímetro cefálico y evaluación del desarrollo psicomotor. Respecto a la periodicidad de las consultas que se deben brindar al menor, independientemente de su diagnóstico nutricional, se han establecido de acuerdo a la edad del menor:

- Al niño menor de 28 días dos consultas médicas, la primera a los siete días y la segunda a los 28.
- Al menor de un año seis consultas al año, una cada dos meses.

- Al menor de uno a cuatro años, una consulta con una periodicidad mínima de cada seis meses.

Se consideran como mínimas, para el registro de peso y talla de los niños en la Cartilla Nacional de Vacunación y en el Censo Nominal, las visitas a las unidades de salud con objeto de recibir las dosis del Esquema Básico de Vacunación (al nacimiento, dos, cuatro y seis meses de edad; al cumplir uno, dos y cuatro años de edad respectivamente).

La valoración del estado de nutrición debe basarse en una evaluación que comprende: historia dietética, social y económica, historia clínica con énfasis en los datos antropométricos y signos de desnutrición. Los índices antropométricos a utilizar en la valoración del estado nutricional son: peso para la edad, talla para la edad y peso para la talla. La interpretación de estos indicadores somatométricos es como sigue:

- Peso para la edad: útil para vigilar la evolución del niño, cuando se sigue su curva de crecimiento.
- Peso para la talla: el bajo peso para la talla indica desnutrición aguda y refleja una pérdida de peso reciente.
- Talla para la edad: una talla baja para la edad, refleja desnutrición crónica.

Cada vez que el menor acuda a consulta para el control de la nutrición y crecimiento se realizará la valoración del desarrollo psicomotor, para lo cual se deberán emplear los parámetros establecidos en la norma oficial señalada.

Atención de la desnutrición.

Las acciones de atención al menor con desnutrición dependerán de su diagnóstico nutricional.³⁰

- Desnutrición leve. Incorporar al menor a un programa de orientación alimentaria, y otorgar consulta mensual en la unidad de salud hasta su recuperación.
- Desnutrición moderada sin infección agregada que ponga en peligro su vida. Incorporarlo a un programa de recuperación nutricia ambulatorio, consulta cada quince días hasta que disminuya el grado de desnutrición y continuar con un programa de orientación alimentaria hasta su recuperación.
- Desnutrición moderada con infección agregada que ponga en peligro su vida. Envío a una unidad de segundo nivel; al disminuir el grado de desnutrición y ser dado de alta, incorporarlo a un programa de recuperación nutricia ambulatorio, consulta cada quince días hasta que disminuya el grado de desnutrición y continuar con un programa de orientación alimentaria hasta su recuperación.
- Desnutrición grave. Envío a una unidad de segundo nivel; al disminuir el grado de desnutrición y ser dado de alta, incorporarlo a un programa de recuperación nutricia ambulatorio, consulta cada quince días hasta que disminuya el grado de desnutrición y continuar con un programa de orientación alimentaria hasta su recuperación.

Para que un menor sea diagnosticado como recuperado de la desnutrición, deberá presentar durante seis meses consecutivos un diagnóstico nutricional normal de acuerdo a su edad.

Capacitación y participación social.

Esta norma establece además lineamientos que favorezcan la capacitación en todos los niveles. Respecto al personal de salud, ésta será permanente y podrá recibirla todo el personal de salud, lo cual incluye además a los pasantes en servicio social y al de nuevo ingreso a las unidades médicas. A su vez, el personal de salud podrá instruir a la población acerca de las medidas preventivas para

reducir la probabilidad de enfermar, así como fortalecer la responsabilidad personal y social de la población, respecto al autocuidado de su salud y promover la demanda oportuna de los servicios.

Todas las instituciones de salud fomentarán la participación comunitaria, la cual estará orientada a formar conciencia y autorresponsabilidad en individuos, familias y grupos sociales, con el propósito de que proporcionen facilidades y participen activamente en las acciones de control, eliminación y erradicación de las enfermedades evitables por vacunación; en las de prevención y control de las enfermedades diarreicas; de prevención y control de las infecciones respiratorias agudas y en la vigilancia de la nutrición, el crecimiento y el desarrollo de los niños menores de cinco años; ante lo cual es responsabilidad de las diferentes instituciones del sector salud promover la organización y la participación de la comunidad en las siguientes acciones educativas:

- Reclutamiento y capacitación de personal voluntario.
- Colaboración con las brigadas de salud.
- Apoyo mediante la realización de acciones para la obtención de materiales de promoción y recursos necesarios para las campañas de Semanas Nacionales de Salud, enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas y nutrición.

Para favorecer la participación comunitaria, las instituciones de salud deberán sensibilizar a la población para que permita el desarrollo de acciones preventivas y de control; invitar a maestros, padres de familia, líderes de opinión y grupos de la comunidad, a que colaboren en actividades educativas y de promoción; promover que agrupaciones de la comunidad intervengan activamente en las acciones de salud del niño; procurar la integración y capacitación de otros grupos sociales, en acciones concretas de apoyo a la salud del niño; impulsar la gestión de recursos

ante autoridades e instituciones públicas, privadas y sociales, para el desarrollo de las actividades de salud del niño y consolidar la participación activa de los diversos grupos sociales en la planeación, ejecución y evaluación de las actividades de salud. La promoción y la difusión de las acciones de salud del niño estarán dirigidas a:

- Informar a la población respecto a las medidas preventivas para preservar la salud, los factores que intervienen para favorecer la enfermedad y los riesgos que los padecimientos conllevan.
- Disminuir los riesgos de adquirir padecimientos evitables.
- Eliminar el peligro de complicaciones, al tratar adecuada y oportunamente a los enfermos.

2.4. PROGRAMA DE DESARROLLO HUMANO OPORTUNIDADES

Recientemente se ha planteado la necesidad de ejecutar en conjunto, acciones de educación, salud y alimentación dirigidos a las familias que viven en condición de pobreza extrema para alcanzar diferentes niveles de bienestar. Un requisito indispensable para la planeación e implementación de estrategias, parte de un diagnóstico objetivo de las condiciones de alimentación y nutrición de la población blanco.

El Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA) fue creado en 1997 a fin de promover, en el marco de una política social integral, acciones intersectoriales para la educación, salud y alimentación de aquellas familias que viven en condiciones de extrema pobreza, con el propósito de apoyar y fortalecer sus potencialidades, propiciando su incorporación al desarrollo nacional.³¹

El Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 determina como ejes rectores de la política social el mejorar los niveles de educación y bienestar, a través del fomento

de la equidad de oportunidades y el impulso del desarrollo de las capacidades personales y colectivas.

A partir del 2002, Progresá se transforma en el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (Oportunidades): incorpora nuevas acciones y busca que las capacidades de las personas representen nuevas opciones para las familias en condiciones de marginalidad extrema, para romper así el círculo vicioso de la transmisión generacional de la pobreza.³²

Este programa establece que es tarea del gobierno gestionar una política social que incluya a toda la población, haciéndola partícipe y corresponsable en el desarrollo humano orientado a la disminución de la pobreza extrema, la marginación y la desigualdad, amplía las oportunidades, el desarrollo de las capacidades, la equidad, la seguridad y la igualdad, así como el patrimonio básico de los hogares y articula iniciativas de la sociedad y Gobierno para superar las diferencias, los rezagos y la heterogeneidad territorial.

Es un programa multisectorial donde participan, en el nivel Federal, las Secretarías de Desarrollo Social (SEDESOL), de Educación Pública (SEP), de Salud (SSA) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Propone llevar a cabo acciones que propicien la elevación de sus condiciones de vida a través del mejoramiento de oportunidades de educación, cobertura de salud y alimentación, a través de apoyos monetarios y en especie, así como la coordinación con otros programas sociales que fomenten el empleo, el ingreso y el ahorro de las familias en situación de pobreza; valora iniciativas promovidas por la sociedad civil. Los recursos asignados son subsidios federales sujetos a criterios de objetividad, equidad, transparencia, publicidad, selectividad y temporalidad a fin de asegurar la aplicación eficiente, eficaz, equitativa y transparente, de acuerdo a las reglas de operación del mismo.

La identificación de las familias beneficiarias consta de tres etapas:

- Focalización geográfica, a través de la cual se determinan las localidades o zonas con mayor marginación y se verifica su acceso a servicios de educación básica y salud;
- Recolección de información socioeconómica de cada hogar, a fin de identificar las características socioeconómicas del hogar y de sus miembros para determinar la condición de pobreza de las familias.
- Presentación a través de una asamblea de las familias beneficiarias para depurar los datos o incluir nuevas familias.

Para cumplir de forma eficaz con los propósitos de beneficio familiar y comunitario, las acciones del Programa de Oportunidades se sustentan en siete objetivos fundamentales de los cuales, cuatro son responsabilidad de las Instituciones de Salud:

- Mejorar las condiciones de educación, salud y alimentación de las familias en condición de pobreza extrema, mediante servicios suficientes y de calidad en materia educativa para el autocuidado de la salud.
- Integrar las acciones de educación, salud y alimentación, para que el aprovechamiento escolar no se vea afectado por enfermedades o desnutrición.
- Atender la salud y nutrición durante las etapas de gestación y crecimiento de niños y niñas a través de la entrega de suplementos alimenticios, vigilancia médica en las unidades de salud e información para el autocuidado y la buena alimentación.
- Inducir la responsabilidad y participación activa de los padres y los integrantes de la familia para mejorar su educación, salud y alimentación.

El programa realiza acciones que operan en estrecha vinculación para lograr sus objetivos y que encuentran su aplicación en tres componentes:

- Apoyos educativos.
- Apoyos para mejorar el consumo alimenticio y del estado nutricional de los miembros de las familias de menores recursos.
- Atención a la salud de todos los miembros de la familia, promoviendo un enfoque preventivo.

Los primeros dos componentes son responsabilidad de las instancias denominadas SEDESOL y SEP. Respecto a la atención de la salud, es un componente que descansa en la normativa de aplicación del Sector Salud. Para fines de esta investigación, se hará alusión al mismo, pero con la aplicación que realiza de manera particular la Secretaría de Salud y, en específico, los Servicios de Salud del Estado de San Luis Potosí. El componente salud establece cuatro estrategias específicas:

- Proporcionar gratuitamente el Paquete Básico de Servicios de Salud.
- Prevenir la desnutrición de los niños, desde la etapa de gestación.
- Fomentar y mejorar el autocuidado familiar y comunitario mediante capacitación en salud, higiene y nutrición.
- Reforzar la oferta de servicios de salud para satisfacer la demanda adicional.

Estas acciones se destinan a todos los miembros de las familias beneficiarias, con especial cuidado en la población más vulnerable, como los menores de cinco años. Respecto a este grupo poblacional, para prevenir y atender la desnutrición infantil, se entregan en forma gratuita suplementos alimenticios a los niños y niñas de entre cuatro meses y menores de dos años de edad, así como a los de dos a cuatro años que presentan algún grado de desnutrición. Además, se incluye un producto específico a las mujeres embarazadas o en período de lactancia de las

familias beneficiarias. El suplemento alimenticio no es un sustituto, sino un complemento de la alimentación.

2.5. SUPLEMENTO ALIMENTICIO

México tiene una historia importante de crisis (ambientales, sociales, económicas y políticas) con efectos en la seguridad alimentaria y la nutrición, que han estimulado el desarrollo de programas y políticas para preservar la seguridad alimentaria y mejorar la nutrición de grupos vulnerables.³³ A pesar de este largo historial, la recuperación del desnutrido sigue constituyendo uno de los retos de Salud Pública más importantes en el país. Es en 1922 cuando surgen por primera vez diversos programas asistenciales dirigidos a población infantil, con la implementación de desayunos escolares en zonas urbanas. Hacia 1975, a través del Sistema Nacional para el Programa de Apoyo al Comercio Ejidal (PACE), el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y el Sistema Alimentario Mexicano (SAM), se fabricó una leche para lactantes. En 1982 el Programa Nacional de Alimentación (PRONAL) implementó programas de vigilancia del estado nutricional y orientación alimentaria. Cada sexenio, el Gobierno Federal implementa diversas modalidades, que van desde la dotación de leche fortificada, productos lácteos, del mar, hasta golosinas con aporte nutricional.

Para el desarrollo del suplemento alimenticio del Programa de Oportunidades (antes suplemento alimenticio PROGRESA) se integró un grupo consultivo compuesto por representantes del Hospital Infantil Federico Gómez, Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, Instituto Nacional de Pediatría, Instituto Nacional de Perinatología e Instituto Nacional de Salud Pública, partiendo del estudio de las deficiencias nutricionales que con mayor frecuencia se presentan en el país.³⁴ Aporta el 20% de los requerimientos calóricos y el 100% de los micronutrientes diarios requeridos contenidos en proteínas de alta calidad,

energía, grasas, carbohidratos, sodio, hierro, zinc, vitaminas A, E, C, B12, y ácido fólico (anexo 1).

Producción y distribución.

La Secretaría de Salud es responsable de la adquisición, distribución y entrega del suplemento alimenticio. La producción de estos se realiza a través de la empresa Leche Industrializada CONASUPO, S.A. (LICONSA), llevándose a cabo la distribución por parte de la Compañía Distribuidora CONASUPO, S.A. (DICONSA), de acuerdo con un programa de entrega establecido por la Secretaría de Salud con una periodicidad bimestral en los niveles Central, Estatal y Jurisdiccional. Las Unidades de Salud realizan entrega mensual a la población beneficiaria. Actualmente se tienen establecidos un total de 229 puntos de destino en el Estado de San Luis Potosí, equivalentes al 80% de las Unidades de Salud que manejan el Programa Oportunidades. Bimestralmente se calculan las necesidades por cada uno de los puntos de destino señalados, de acuerdo al universo de menores de cinco años y mujeres embarazadas y en período de lactancia beneficiarios del Programa considerando en caso necesario, la incorporación de nuevas familias, según el bimestre señalado.

Una vez entregado el suplemento a las Jurisdicciones Sanitarias y Unidades de Salud, éstas son responsables de su manejo hasta su entrega gratuita de forma personal a la titular beneficiaria durante la asistencia a una cita programada o a las pláticas de capacitación mensual en salud. Todos los procedimientos de distribución se respaldan con un registro de flujos (marbete de entradas y salidas, registro de entrega a población beneficiaria). Este sistema debe garantizar el abasto suficiente y oportuno de los suplementos, así como permitir el control de inventarios en todas sus etapas.

Esquema de entrega

El total de niños y niñas de 4 meses a 2 años de edad registrados como beneficiarios del Programa reciben suplemento alimenticio.

A los niños y niñas entre dos y cuatro años registrados como beneficiarios se realiza valoración del estado nutricional de acuerdo con la NOM-031-SSA2 1999. Aquellos clasificados con algún grado de desnutrición reciben el suplemento y deben asistir a consulta de acuerdo al grado de desnutrición para darle seguimiento (quincenal o mensualmente). Una vez que alcanza el peso normal de acuerdo a su edad, se le clasifica como niño en vías de recuperación, continuando con su vigilancia nutricional mensual y con la administración de suplemento. Para considerarlo como menor recuperado y suspender la entrega del suplemento alimenticio, el peso del niño debe continuar adecuado para su edad durante seis meses continuos.

Hasta el año 2002, el total de sobres a recibir mensualmente en ambos grupos fue de 6. A partir del 2003, el Nivel Federal implementó una modificación en el gramaje y presentación del producto, denominándolo entonces como sobres "Nutrisano", debiendo entregarse en total 5 sobres por niño(a) beneficiario(a) al mes.

Dosis y forma de preparación

La dosis diaria es de 44 gramos, equivalente a 4 cucharadas. La forma de preparación indicada es en papilla, mezclando el total de cucharadas indicadas (4) en 5 cucharadas de agua previamente hervida; se mezcla hasta lograr una consistencia homogénea, ingiriéndose inmediatamente y desechando el sobrante.

La productividad de la Unidad de Salud correspondiente a la atención brindada a las familias beneficiarias y el total de sobres entregados y menores beneficiados durante el mes, es registrada en el formato SISPA SS1-PROGRESA y en el

informe denominado Movimiento Mensual de Existencias de Suplemento Alimenticio.

De acuerdo a la distribución por grupo de edad en el Estado de San Luis Potosí, el 11.5% de la población corresponde al grupo de menores de 5 años. Del total de menores de 5 años, el 21 % de los menores de 2 años y el 39.5 % del grupo de 2 a 4 años cursan con algún grado de desnutrición. Entre las principales causas de mortalidad se encuentra la neumonía e influenza, deficiencias de la nutrición e infecciones originadas en el periodo prenatal.

Para el segundo bimestre del año 2002, el total de menores de cinco años por grado nutricional de los Servicios de Salud beneficiarios de este Programa en el Estado se distribuyó de la siguiente manera:³⁵

· Sin desnutrición	22,387 (67.5 %)
· Con desnutrición leve	8,549 (25.8 %)
· Con desnutrición moderada	2,073 (6.3 %)
· Con desnutrición severa	135 (0.4 %)

De acuerdo a la normativa establecida para la entrega de suplemento alimenticio, actualmente se benefician 20,280 menores de cinco años, de los cuales el 52.1% se ubica dentro de algún grado de desnutrición.

Impacto del suplemento alimenticio

El hecho de contar con un suplemento cuya composición de nutrimentos se ajuste a las necesidades de la población objetivo y cuya aceptación clínica y sensorial sea lo más generalizada posible, puede contribuir a mejorar el estado de nutrición de la población para la cual fue creado.³⁶

El fracaso de los programas que han ofrecido complementos de la alimentación en el país se ha debido a que dicho suplemento no respondió a las necesidades de la

población objeto o que su composición no era la apropiada. El producto entonces, debe tener buen sabor, ser de fácil preparación y apariencia atractiva, a fin de garantizar el consumo con la continuidad necesaria.

Sin embargo y a pesar de que el suplemento alimenticio del programa Oportunidades cumple con las características señaladas anteriormente, no se ha tenido el impacto esperado en cuanto a la recuperación de la desnutrición.

A partir del año 2000 la dotación en el ámbito jurisdiccional ha sido acorde en tiempo, forma y cantidad requerida de acuerdo al universo de responsabilidad de cada Unidad de Salud. La revisión y análisis de los registros oficiales arrojan, por un lado, coberturas mayores al 70% de la población susceptible; pero, por otro, cruzando las variables del total de desnutridos beneficiarios y el total de menores registrados como recuperados de la desnutrición, el avance hasta el mes de mayo del 2002 es en promedio de un 5%. Lo anterior conduce a emitir juicios acerca de la utilización que se le está dando a los sobres en el núcleo familiar del menor beneficiario, donde el sabor y presentación por sí solos no favorecen la aceptación del producto.

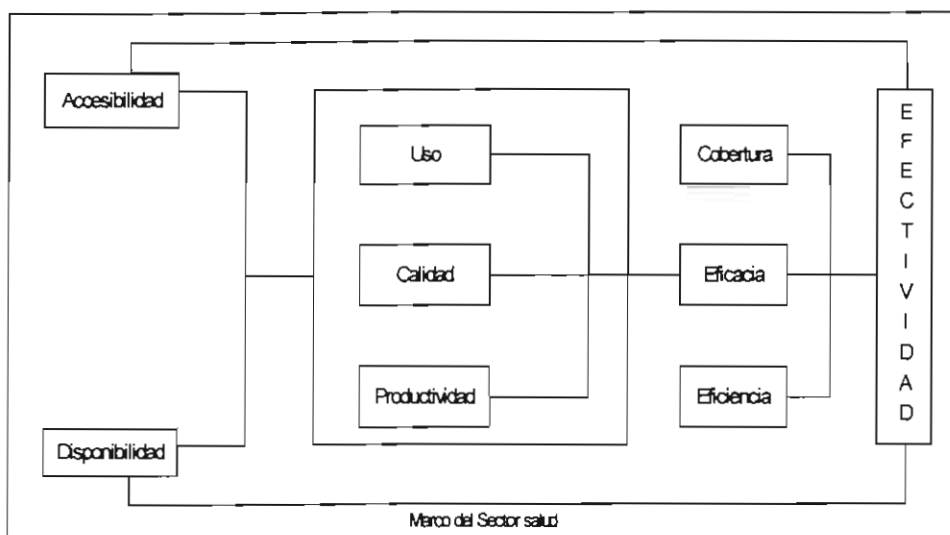
2.6. EVALUACIÓN

A partir de las últimas cinco décadas se ha considerado evaluar los servicios de salud bajo una perspectiva de acceso, equidad y satisfacción de las demandas de servicios de salud que aborda además la calidad con que estos son prestados en las instituciones del sector salud. De ahí la necesidad social de evaluar los sistemas de servicios, las instituciones, programas en específico o personal como conjunto o de acuerdo al perfil profesional ó función que desempeña dentro de una institución o servicio.

- Proveedores de los servicios. Puede ir desde un solo individuo, como se da en el ejercicio privado de la profesión, hasta un programa o un sistema de salud (hospital, institución, sector).
- Elementos del programa sobre el cual se efectúa la evaluación. Puede abordar los recursos, las actividades –o servicios- y los objetivos. Estos elementos conforman la evaluación de la estructura, el proceso y el resultado.

Donabedian crea un parteaguas al visualizar la evaluación como un proceso. Entre otros autores, ha propuesto un modelo de evaluación con un ordenamiento lógico denominado Evaluación del esfuerzo o energía invertida por un sujeto (programa, servicio, institución, función, actividad) para lograr un objetivo o resultado (diagrama 1). Dentro de esta dimensión de Esfuerzo, se distinguen dos componentes: uno tangible y relativamente estático, que es la estructura de los servicios; el otro es intangible y dinámico, que incorpora el proceso administrativo envuelto en su producción. Si bien los resultados o impactos de los servicios de salud deben constituir la parte central de la evaluación, debe también confrontarse dicho producto o resultado con el esfuerzo desarrollado para alcanzarlo.⁴¹

DIAGRAMA 1
MODELO DE EVALUACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD



Fuente:
Donabedian A. La
calidad en la
atención médica.
México: Prensa
Médica
Mexicana. 1984.

Evaluación del proceso. ^{44, 45}

Incluye todos los procedimientos que se realizan para reconocer, diagnosticar y establecer acciones directas o indirectas para lograr los objetivos de la institución. Se contemplan el uso, la calidad y la productividad.

El uso indica la proporción de la población demandante que hizo contacto con un determinado servicio durante un periodo. La calidad mide el grado en el que se aplican los conocimientos actuales y disponibles, que depende de tres variables:

- El grado de satisfacción de las demandas de los servicios que presta la institución.
- El tipo de actividad que debe realizarse de acuerdo al problema a resolver y su forma de ejecutarlo (normatividad de las actividades).
- La oportunidad, equivalente al hacer en el tiempo y secuencia adecuados lo que se debe de hacer.

De esta forma, la calidad de los servicios puede cuantificarse desde un punto de vista técnico – profesional del personal que presta los servicios, a través de la aplicación de conocimientos y técnicas para la solución del problema del usuario, o desde el punto de vista humano, esto es, la forma en que se relaciona el personal con los demandantes. La calidad del servicio depende de manera importante del acto del profesional de la salud en términos de sus especificaciones técnicas, la oportunidad de prestación del servicio, continuidad del tratamiento, integridad de la atención y comunicación efectiva entre el usuario y el prestador del servicio.

Para Donabedian, la calidad se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. Los mayores beneficios posibles son definidos a su vez, en función de lo alcanzable de

acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes.⁴⁶

La productividad está dirigida a reconocer los recursos transformados en acciones, procedimientos o servicios utilizados en la solución de situaciones o problemas, por lo que el mejor nivel de productividad será aquel en el que se alcance el mayor número de unidades o servicios producidos con el menor número de recursos utilizados, en pocas palabras, la relación entre insumos y productos. Por su enfoque centralmente económico, su base de análisis es en término de costos; en salud también se aplica a la relación del tiempo empleado para realizar las actividades, lo que permite medir el desempeño de los servicios por unidad de tiempo.

*Evaluación de los resultados*⁴⁷

Es el objetivo final o la razón de ser de los servicios, ya que mediante esta verificación, la institución se legitima ante el sector, esto es, demuestra que los servicios que presta responden a una demanda prioritaria de la sociedad, donde se emplean criterios tales como cobertura, eficacia y eficiencia. La manera como se interrelacionan e interpretan estas variables determina la efectividad de los servicios o del programa específico que presta la institución de salud.

El indicador eficacia involucra el análisis del logro de los objetivos a través de la reducción de los problemas atendidos en los servicios de salud. Por ejemplo, si el objetivo de un programa es curar, su eficacia se mide en término de los pacientes atendidos que logran su curación; si el objetivo es prevenir, la eficacia se mide en término de las personas protegidas. Este indicador puede medirse fácilmente si se definen las metas y los indicadores de resultado durante la fase de planificación del programa específico.

En cuanto a la eficiencia, se considera parte del análisis de la productividad de los servicios, ya que expresa la relación de los resultados obtenidos en la implementación de un programa de salud y los medios aplicados a su relación. Los estudios existentes sobre eficiencia contribuyen a mejorar tanto la ejecución de las actividades como la distribución de los recursos disponibles. Las siguientes estrategias permiten aumentar la eficiencia, pues mejoran los resultados sin necesidad de incrementar los recursos:

- Concentración de atención de los servicios en los casos de alto riesgo a través de acciones de mercadeo (orientación hacia la comunidad).
- Selección de procedimientos diagnósticos de mayor confiabilidad.
- Mejoramiento de las relaciones interpersonales entre los proveedores y los usuarios.
- Sustitución de hospitalizaciones innecesarias por casos de alto riesgo en hospitales regionales.

Otras estrategias conducen al aumento de la eficiencia, pues favorecen una disminución de los costos sin afectar el resultado de los servicios:

- Reducción del número de usuarios que no necesitan los servicios.
- Reducción de la ordenación innecesaria de servicios auxiliares de diagnóstico.
- Eliminación de procedimientos de diagnóstico y terapéuticos de escasa especificidad.
- Disminución de la capacidad subutilizada.
- Delegación de funciones médicas no sofisticadas a personal paramédico debidamente entrenado y bajo supervisión.
- Atención de casos simples o de bajo riesgo en instituciones con menor grado de complejidad.

De esta manera, puede concluirse que los costos de los diferentes programas e intervenciones de salud están determinados por los indicadores productividad y utilización.

*Efectividad*⁴⁸

La efectividad de los servicios que se prestan en una institución es un reflejo de la influencia general que guarda ésta en el desarrollo sanitario y socioeconómico relacionado con la salud. La OMS considera que la medición de la efectividad *“identifica los cambios necesarios de orientación de los programas de salud, de manera que contribuyan más al desarrollo general del sector de la salud y del socioeconómico”*.⁴⁹ La efectividad es un concepto último ya que el flujo operacional se inicia en la población donde algunos individuos perciben cierta necesidad, hacen contacto con los servicios diseñados para resolverla, ya sean del tipo preventivo, curativo, o de rehabilitación, los cuales desarrollan un modelo de atención que espera satisfacer dicha necesidad.

La determinación de la efectividad de los servicios sólo puede realizarse con datos relativos a las condiciones de salud de la población; cuando éstos son adecuadamente clasificados, se permite establecer:

- La frecuencia (prevalencia o incidencia) de los problemas.
- La trascendencia, esto es, el grado de daño que en término de defunciones, invalidez o transmisibilidad, posee cada uno de los problemas de salud.
- Su vulnerabilidad, o sea, la facilidad de controlar, prevenir, disminuir o erradicar un problema de salud a partir de los recursos disponibles.

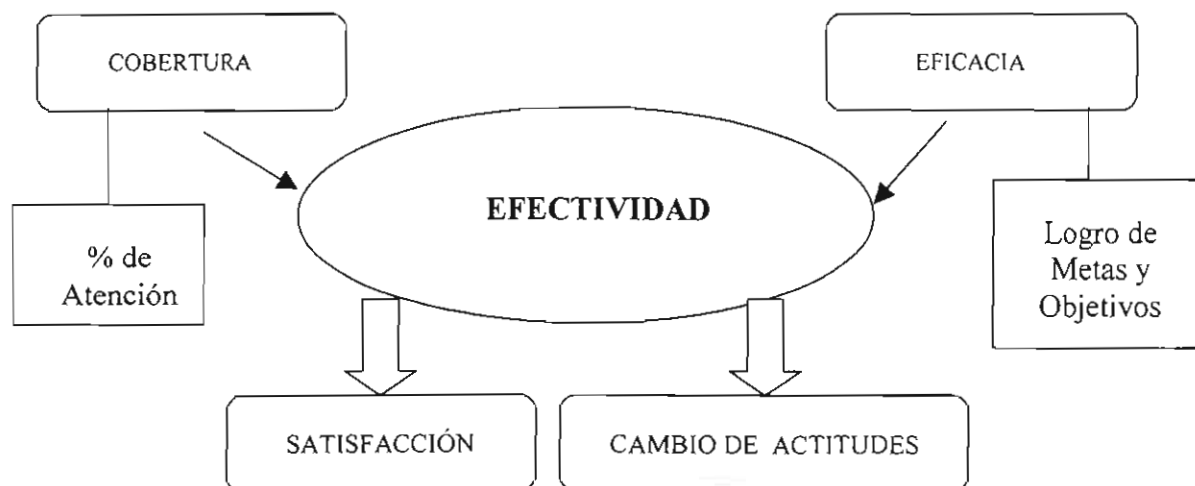
Dentro del criterio de efectividad se considera el impacto, íntimamente ligado con los efectos que producen en la sociedad las acciones de la institución de salud. Si se evaluaran de manera integral los servicios que presta un programa de salud ó la institución en su totalidad, se podrá definir su impacto, o sea, la efectividad que guarda en relación con la sociedad; como producto de este análisis deben surgir

las normas de calidad de las diferentes intervenciones, así como las formas o procedimientos para monitorear y evaluar éstas, dando al programa específico o institución de salud su justificación de existencia dentro del sector salud.

Cuando el análisis muestra que un determinado problema vulnerable a la acción de los servicios de salud no decae con el tiempo o alcanza niveles superiores a los observados en lugares con condiciones similares caben dos posibilidades (diagrama 2):

- El servicio no es eficaz, es decir, no logra el efecto deseado en quienes lo reciben; o
- El servicio no tiene una cobertura suficiente, esto es, que no llega a las personas que lo necesitan.

DIAGRAMA 2



La cobertura se define como la proporción de aquellas necesidades que son demandadas por la población y atendidas por los servicios que se prestan. Esto es, indica si los servicios de salud llegan a la población que realmente los

necesita, lo que se diferencia de manera notable de las aseveraciones de afiliación o población asignada, con las cuales se confunde comúnmente. Para este indicador, es necesario definir la población que demanda los servicios, y distinguirla de la población que realmente los necesita. Una vez cuantificada la medida de cobertura, se debe tener en cuenta que el obtener altas coberturas sólo representa parte del esfuerzo, pues aun queda pendiente la parte sustancial de asegurar la eficacia de los servicios con los cuales se cubre a las personas.

Si, por ejemplo, la efectividad de un programa de salud es baja pese a los esfuerzos por incrementar la cobertura, se podría pensar que no es buena la eficacia de los servicios.

2.7. FACTORES QUE CONDICIONAN LA EFECTIVIDAD EN LA RECUPERACIÓN NUTRICIONAL DEL MENOR BENEFICARIO DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES.

De acuerdo a la experiencia obtenida durante la supervisión de las acciones de vigilancia nutricional del menor de 5 años con desnutrición beneficiario del programa Oportunidades y su impacto en la recuperación nutricional, se ha observado que los factores inherentes a la composición familiar y conocimientos acerca de la desnutrición y su atención por parte de la madre o responsable del menor que incluye el manejo del suplemento alimenticio, pueden influir en la efectividad de este producto. Así mismo, lo referente al conocimiento y desempeño del personal de salud acerca de la norma establecida para la atención del menor beneficiario del Programa Oportunidades que cursa con algún grado de desnutrición, se ve reflejado a través de los registros en los formatos oficiales y por consiguiente, en la información registrada mensualmente.

Población beneficiaria

Entre los factores de mal pronóstico para la salud de un menor de cinco años se encuentra el tener madre analfabeta, entendiéndose madre o responsable del menor como la persona con o sin lazos sanguíneos, responsable de la atención y cuidado en salud del menor de 2 a 4 años con desnutrición; otro de los factores incluye la muerte de un menor de cinco años en la familia.

La nutrición de un niño inicia desde su formación in útero. Un menor nacido antes de 37 semanas de gestación tiene mayores probabilidades de desarrollar patologías del tipo crónico. Esta susceptibilidad favorece el desarrollo de la desnutrición. Lo mismo ocurre en aquellos menores que, aunque nazcan a término, presenten bajo peso al nacer. Por lo regular son hijos de madres que cursan desnutrición crónica y que por ende, también ellos la desarrollarán si no reciben el aporte nutricional adecuado. Este aporte incluye la alimentación exclusiva con leche materna hasta los cuatro a seis meses de edad; actividad que en la actualidad, aún en localidades rurales, enfrenta grandes retos a fin de fomentar su desarrollo, debido sobre todo a que cada vez es mayor el número de madres que desempeñan alguna actividad laboral fuera del hogar que a simple vista le impide brindar este tipo de alimentación; otra causa de abandono a la lactancia lo son las molestias que causa durante los primeros días, así como la cultura del cuerpo esbelto que actualmente se desarrolla y el mito de que el brindar lactancia materna es sinónimo de gordura. La lactancia materna en los primeros meses de vida es una oportunidad excepcional para brindar al menor defensas contra agentes infecciosos. Cuando el lactante toma leche materna a libre demanda, no es necesario complementar su alimentación con otro líquido, incluso agua o té.

La presencia de parasitosis intestinales afecta negativamente el estado nutricional del menor, por varios mecanismos: parásitos como *Ascaris lumbricoides* interfieren en la absorción de nutrimentos, pues provocan reacción inflamatoria secundaria a

una reacción alérgica en el intestino. *Ancylostoma duodenale* y *Entamoeba histolítica* ocasionan sangrado intestinal que puede conducir a anemia. Así mismo, como producto de la infestación, hay pérdida de apetito que produce efecto negativo sobre la nutrición del menor afectado. Un estado de inmunodeficiencia producto de una enfermedad al nacimiento o de tipo crónico, pueden también repercutir en la adecuada absorción de los nutrimentos necesarios.⁵⁰

Respecto a las características de la población beneficiaria, es importante señalar el tipo de familia, estado civil de la madre del menor y empleo de la misma fuera del hogar.⁵¹ Esto repercute primeramente en la definición de la persona que se hace responsable de la alimentación del menor desnutrido: aunque la madre del menor sea quien esté acudiendo a las consultas de control nutricional y a las sesiones educativas, la decisión y vigilancia de la alimentación puede tenerla quien se responsabilice del cuidado del menor, generalmente la abuela, quien probablemente aplicará su criterio con base en su experiencia previa o en los hábitos o costumbres que por generaciones se han transmitido, omitiendo otorgar el suplemento alimenticio por no considerarlo útil o, por el contrario, basando la alimentación del menor en este complemento alimenticio.

Otro factor que puede influir en el otorgamiento adecuado del suplemento alimenticio es el total de miembros que conforma la familia y la presencia de menores de cinco años que no estén beneficiados con el producto ya que, si la persona responsable de la nutrición del menor beneficiario no tiene la suficiente comprensión del uso idóneo de este recurso, lo asignará por igual a los demás miembros de la familia.⁵²

Otras condicionantes derivadas de la experiencia profesional pueden ser:

- Que no les gusta el suplemento alimenticio.

- Manejo inadecuado del producto, desde su almacenamiento hasta la técnica de preparación e ingesta de acuerdo a la dosis indicada.
- Falta de continuidad en la asistencia a consulta mensual, ya sea porque la unidad de salud se encuentra alejada del hogar, lo que implica uso de recursos económicos para su desplazamiento, mermando otros gastos; o porque el personal de salud no informe del avance nutricional del menor ó no se otorgue fecha de próxima cita. Esto repercute en desmotivación de la madre del menor desnutrido, creando incertidumbre respecto al estado actual y pronóstico del mismo. Así mismo, los propios del estado de salud del menor, que al presentar una patología asociada, reduce de manera importante las posibilidades de mejorar su estado nutricional.

En el ámbito familiar es importante el conocimiento que sobre alimentación y manejo del suplemento alimenticio tiene la persona responsable del menor beneficiario, ya que de ello depende, por un lado, la preparación adecuada en cantidad y otorgamiento del producto con la continuidad establecida y por otro, la implementación de hábitos higiénico-dietéticos favorables para su recuperación nutricional.

En el personal de salud.

El personal de salud se define como el personal médico y de enfermería de la unidad de salud seleccionada, responsable de las actividades de vigilancia y recuperación nutricional del menor de 2 a 4 años con desnutrición. Entre los factores inherentes a ellos se encuentran:

- Desconocimiento acerca de la Norma Oficial Mexicana 031 SSA 1999, en lo respectivo a la vigilancia nutricional.
- Deficientes conocimientos acerca de los lineamientos de operación del Programa de Oportunidades, en lo referente a suplemento alimenticio.

- Sobrecarga de trabajo, que afecta la calidad de la atención, la cual se otorga en base a demanda por episodio de enfermedad.
- Rutinización de actividades.
- Subestimación de prioridad de la atención a desnutridos.
- Aplicación inadecuada de técnica de somatometría.
- Falta de registro a la atención otorgada y actividades desempeñadas con el menor desnutrido y la madre o responsable del mismo.

Registros oficiales

Es donde se documenta la productividad de la unidad de salud y al respecto se han presentado omisiones serias respecto a la concordancia entre uno y otro formato – expediente clínico, tarjetero, hoja diaria, movimiento mensual de existencias de suplemento alimenticio y SISPA Oportunidades- sobre todo en la fecha de consulta, somatometría, exploración física completa, diagnóstico nutricional, valoración psicomotriz, orientación en nutrición y fecha de próxima consulta, generando confusión y errores de registro en los informes mensuales.

El expediente clínico individual se define como el documento oficial perteneciente a la Unidad de Salud, en el cual se registra la consulta y acciones implementadas en vigilancia y recuperación nutricional que recibe el menor de 2 a 4 años con desnutrición beneficiario del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. Otro documento oficial empleado para el registro de la atención del menor es la tarjeta de control nutricional SS P 18: se define como el documento oficial perteneciente a la Unidad de Salud ubicado dentro de un tarjetero de control nutricional, en el cual se registran las acciones implementadas en vigilancia y recuperación nutricional que recibe el menor de 2 a 4 años con desnutrición beneficiario del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

La base de la efectividad del suplemento alimenticio es la comprensión del beneficio que otorga para la recuperación nutricional y el manejo que debe de

brindarse, primeramente, concibiéndolo como un complemento de la alimentación diaria y no como un suplemento de la misma y segundo, otorgándolo a los menores beneficiarios de acuerdo a los lineamientos establecidos. Se tiene conocimiento de que las madres de los menores beneficiarios han recibido mínimo en una ocasión "capacitación" para su uso y manejo, más ésta no siempre se otorga de manera personalizada, con una programación partiendo de los conocimientos previos de la persona a capacitar.

Por otra parte, el seguimiento del menor desnutrido no se realiza conforme a la normativa específica para cada tipo de desnutrición, atendiendo al mismo con base en la demanda de consulta originada por la presencia de patologías asociadas con el padecimiento y no con el enfoque de atención al mismo. Esto origina grandes lagunas en su seguimiento que repercute en la no-recuperación, o en el continuo ir y venir entre uno y otro estado de desnutrición o bien, algunos meses con diagnóstico normal conforme a su edad, para caer nuevamente en desnutrición.

Parece ser que el personal de salud se enfrenta, más que ante el reto de crear un cambio de conciencia en la población, a la rutinización de la atención de este importante componente. Aunque se tiene el conocimiento que en la desnutrición están implícitas causas de origen sociocultural, económicas e inclusive políticas, el papel que desempeña el personal de salud es un punto clave para la recuperación nutricional. Al no tenerse una continuidad en la vigilancia nutricional, no se puede establecer un parámetro que defina el promedio de tiempo en que un menor que recibe suplemento alimenticio alcanza un diagnóstico adecuado conforme a los indicadores de peso para la talla y peso para la edad, los cuales son puntos sensibles sobre todo en la desnutrición del tipo agudo.

Es necesario el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana 031 SSA2 1999 y de los lineamientos para la operación de la estrategia del suplemento alimenticio del

programa Oportunidades, puntos clave no sólo para la continuidad en la atención y aseguramiento del consumo del producto, sino también para la implementación de actividades que promuevan el autocuidado en salud, caracterizado por el mejoramiento de la higiene personal y de los alimentos; aprovechamiento de los alimentos de la región para autoconsumo, vigilancia de la dieta del menor desnutrido, comprensión de los beneficios que otorga el suplemento alimenticio, su preparación de acuerdo a la capacitación recibida y el otorgamiento del producto al menor beneficiario.

3. OBJETIVOS

3.1. GENERAL

Evaluar la efectividad del cumplimiento del componente de nutrición en la atención del menor de dos a cuatro años con desnutrición beneficiario del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, en el Estado de San Luis Potosí, durante 2003 y 2004.

3.2. ESPECÍFICOS

3.2.1. Determinar los factores institucionales que influyen en la efectividad del cumplimiento de la norma establecida para la recuperación nutricional del menor de dos a cuatro años beneficiario del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

3.2.2. Determinar los factores que por parte de la madre influyen en la efectividad del cumplimiento de la norma establecida para la recuperación nutricional del menor de dos a cuatro años beneficiario del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

3.2.3. Identificar la proporción de niños de dos a cuatro años recuperados según cumplimiento de la norma establecida.

4. HIPOTESIS

Ha.

La proporción de menores de dos a cuatro años recuperados de la desnutrición es mayor cuando se cumple efectivamente la norma establecida para la recuperación nutricional del menor de 2 a 4 años beneficiario del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

Ho.

La proporción de menores de dos a cuatro años recuperados de la desnutrición es igual cuando no se cumple efectivamente la norma establecida para la recuperación nutricional del menor de 2 a 4 años beneficiario del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

5. DISEÑO METODOLÓGICO

5.1. TIPO DE ESTUDIO

Observacional, evaluativo, cuantitativo, prospectivo y longitudinal. Se realizaron 7 mediciones durante el período de abril a octubre del 2003 en la muestra seleccionada.

5.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

- 686 expedientes de menores de 2 a 4 años de edad con desnutrición, beneficiarios del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.
- 622 Madres de los menores seleccionados en el muestreo.
- 37 miembros del personal médico y de enfermería de las unidades de salud del área de responsabilidad de los menores seleccionados.

5.3. MUESTRA.

El tipo de diseño muestral seleccionado fue multietápico; se agruparon el total de unidades de responsabilidad de los Servicios de Salud del Estado de San Luis Potosí en tres estratos, de acuerdo a sus características sociodemográficas. Tomando como base el total de menores de dos a cuatro años de edad con desnutrición que son beneficiarios del programa Oportunidades en cada estrato, se obtuvo el porcentaje de representación en relación con el universo total de menores con las mismas características en el Estado, equivalente a 8,338. El tamaño de la muestra se calculó por medio de Estatcalc del programa Epi Info 2000, tomando una prevalencia esperada del 50% (p) y un error de ± 5 (45% - 55%), con un nivel de confianza del 95%. El tamaño de la muestra obtenida fue de 686 menores, distribuidos porcentualmente en cada uno de los estratos,

correspondiendo 10 menores para el primero, 177 para el segundo y 499 para el tercero.

La selección de las unidades de salud en cada uno de los estratos se realizó por medio de muestreo aleatorio simple, obteniendo 1 unidad de salud en el estrato 1, 5 unidades en el segundo y 12 en el tercero, para obtener un total de 18 unidades de salud.

ESTRATO	JUR. SANIT.	MUNICIPIO	UNIDAD DE SALUD	DESNUTRIDOS	n
1	I	San Luis Potosí	C.S. SAUCITO	12	10
2	II	Vanegas	ESI SALTO COLORADO	9	9
2	II	Villa de Guadalupe	C.S. RANCHO ALEGRE	7	7
2	III	Ahualulco	C.S. AHUALULCO	27	27
2	III	Salinas	HOSP. INT. SALINAS HGO.	88	20
2	III	Villa de Reyes	ESI GUADIANA	114	114
3	IV	Alaquines	C.S. ALAQUINES	2	2
3	V	Aquismón	C.S. LA MESA	15	15
3	V	Ebano	C.S. EBANO	33	33
3	V	Tamuín	C.S. TAMUÍN	36	36
3	V	Tamuín	ESI FORTALEZA	14	14
3	V	Tamuín	ESI TAMPACOY	59	59
3	V	Tanquián de Esc.	C.S. TANQUIAN DE E.	49	49
3	VI	Coxcatlan	ESI TEPETZINTLA 2A SECC.	23	23
3	VI	Coxcatlan	ESI AJUATITLA 2A SECC	36	36
3	VI	Tamazunchale	ESI PEMUCHO	137	137
3	VI	Tamazunchale	ESI TEZAPOTLA	56	40
3	VI	Xilitla	C.S. ITZTACAPA	55	55
MUESTRA TOTAL				772	686

* ESI. = Equipo de Salud Itinerante

** C. S. = Centro de Salud

5.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Tarjeta de control nutricional de menores de 2 a 4 años con desnutrición, beneficiarios del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, que cuente con expediente clínico individual.
- Tarjeta de control nutricional de menores de 2 a 4 años en vías de recuperación, beneficiarios del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, que cuente con expediente clínico individual.
- Tarjeta de control nutricional de menores de 2 a 4 años diagnosticados en el último mes como recuperados de la desnutrición, beneficiarios del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, que cuente con expediente clínico individual.

5.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Tarjeta de control nutricional de menores de 2 a 4 años con desnutrición, beneficiarios del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, que no cuente con expediente clínico individual.
- Tarjeta de control nutricional de menores de 2 a 4 años en vías de recuperación, beneficiarios del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, que no cuente con expediente clínico individual.
- Tarjeta de control nutricional de menores de 2 a 4 años diagnosticados en el último mes como recuperados de la desnutrición, beneficiarios del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, que no cuente con expediente clínico individual.
- Expediente y tarjeta de control nutricional de menores de 2 a 4 años de edad con desnutrición que registre el diagnóstico de una enfermedad que influya en su estado nutricional (enfermedad renal, cardiopatía, SIDA).

- Expediente y tarjeta de control nutricional de menores de 2 a 4 años de edad con desnutrición sin beneficio del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

5.6. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- Emigración durante el proceso de medición
- Defunción durante el proceso de medición, por una causa ajena a la desnutrición
- Datos de baja del programa Oportunidades durante el proceso de recolección de datos.

5.7. VARIABLES (anexo 2)

Variable independiente

Cumplimiento de la norma: Aplicación de los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana 031 SSA2 1999 y en el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, en la vigilancia y recuperación del menor de 2 a 4 años que cursa con desnutrición. Contempla 2 dimensiones:

- Personal de salud.
- Madre o responsable.

Variable dependiente

Recuperación nutricional del menor de 2 a 4 años de edad, beneficiario del Programa Oportunidades: Registro en los formatos oficiales (tarjeta de nutrición y expediente clínico individual) de datos clínicos y antropométricos que de acuerdo a los lineamientos establecidos en la NOM 031 SSA2 1999, diagnostican al menor de 2 a 4 años sin presencia de desnutrición de acuerdo a su edad. Será evaluada a través de 2 contextos:

- Expediente clínico individual

- Tarjeta de nutrición SSP 18

Las variables cruzadas fueron:

Personal de salud:

- Características laborales vs. Conocimiento de "Nutrisano" del Programa Oportunidades.
- Características laborales vs. Conocimiento de la norma establecida para la vigilancia y recuperación nutricional del menor de 2 a 4 años beneficiario del Programa Oportunidades.

Madre o responsable:

- Características familiares que favorecen la desnutrición del menor vs. Conocimiento básico de la madre o responsable sobre el estado nutricional y atención en nutrición del menor seleccionado.
- Características familiares que favorecen la desnutrición del menor vs. Aceptación de "Nutrisano".

Formatos oficiales:

- Registro correcto vs. Concordancia entre registros.

Personal de salud vs. madre o responsable:

- Características laborales vs. Conocimiento básico de la madre o responsable sobre el estado nutricional y atención en nutrición del menor seleccionado
- Características laborales vs. Aceptación de "Nutrisano".
- Conocimiento sobre "Nutrisano" del Programa Oportunidades vs. Aceptación de "Nutrisano".
- Conocimiento de la norma establecida para la vigilancia y recuperación nutricional del menor de 2 a 4 años beneficiario del Programa

Oportunidades vs. Conocimiento básico de la madre o responsable sobre el estado nutricional y atención en nutrición del menor seleccionado.

Personal de salud vs. Formatos oficiales:

- Características laborales vs. Registro correcto
- Características laborales vs. Concordancia entre los registros.
- Conocimiento sobre “Nutrisano” del Programa Oportunidades vs. Registro correcto.
- Conocimiento sobre “Nutrisano” del Programa Oportunidades vs. Concordancia entre los registros.
- Conocimiento de la norma establecida para la vigilancia y recuperación nutricional del menor de 2 a 4 años beneficiario del Programa Oportunidades vs. Registro correcto.
- Conocimiento de la norma establecida para la vigilancia y recuperación nutricional del menor de 2 a 4 años beneficiario del Programa Oportunidades vs. Concordancia entre los registros.

5.8. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Se consideró fuente de información primaria a las madres o responsables de los menores seleccionados, a las cuales se les aplicó una entrevista estructurada. Se aplicó también entrevista estructurada al personal de salud de las unidades de responsabilidad de los menores seleccionados. Las fuentes de información secundaria incluyeron el expediente individual de cada uno de los menores seleccionados y la tarjeta de control nutricional denominada SSP 18.

La revisión de ambos documentos se realizó considerando el mes de abril del 2003 como primera medición y seis mediciones mensuales posteriores, correspondientes al período mayo – octubre del mismo año.

El trabajo de recolección de datos se realizó en el período comprendido de diciembre del 2003 a marzo del 2004, dividiéndose en 2 etapas. Se contó con aportaciones económicas correspondientes a los Fondos Mixtos del COPOCYT y aportaciones concurrentes de los Fondos de Apoyo a la Investigación (FAI), de la Secretaría de Investigación y Posgrado de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, para la adquisición de material y equipo, servicios y trabajo de campo. Además, aportación en especie de los Servicios de Salud de San Luis Potosí, consistente en autorización de tiempo al investigador para el desarrollo de las acciones y facilidades con vehículo y chofer para trabajo de campo.

Las acciones de recolección de datos fueron realizadas de acuerdo al cronograma programado para visitas a las unidades de salud seleccionadas, el cual tuvo que ser modificado en tres ocasiones, debido a trámites burocráticos para la liberación del recurso económico en las instituciones señaladas.

Para las acciones de recolección de datos se contó con el trabajo de 3 encuestadores que recibieron previamente capacitación formal conforme a carta programática estructurada para el desempeño de sus acciones (anexo 3), reforzada a través de la asesoría en campo. El personal señalado llevó a cabo la recolección de datos correspondiente al Formato de Encuesta para Madres o Responsables de los menores seleccionados (anexos 4 y 5) y el investigador aplicó los Formatos de Encuesta para Personal de Salud (anexos 6 y 7) y Recolección de Datos de Registros Oficiales (anexo 8 y 9).

La metodología implementada consistió en lo siguiente: al llegar a la Unidad de Salud seleccionada y una vez obtenida la autorización correspondiente por parte del personal de salud (anexo 10), se procedió a la revisión del tarjetero de control nutricional del grupo de menores de 5 años, a efecto de seleccionar aquellas tarjetas que reunían los criterios de inclusión establecidos. Cabe señalar que, a pesar de que la tarjeta contiene un apartado para requisitar el número de clave en

caso de que el menor sea beneficiario del programa Oportunidades, el personal de las unidades establece mecanismos únicos para diferenciar entre beneficiario y no beneficiario, tales como una letra "P" en alguno de los márgenes superiores o señales con colores específicos, esto para facilitar su ubicación o realizar conteos rápidos (foto 1).



FOTO 1. Organización del tarjetero de control nutricional.



FOTO 2. Ubicación geográfica de los menores seleccionados.

Posterior a la selección de las tarjetas, se procedió a tomar inicialmente los datos de identificación del menor: nombre completo, fecha de nacimiento, nombre de la madre o responsable y domicilio, los cuales fueron empleados por los encuestadores de las madres o responsables para realizar las visitas domiciliarias, obtener la autorización de estas personas para aplicar el formato de

entrevista (anexo11), recolectar los datos establecidos y reafirmar o rectificar los iniciales obtenidos (foto 2 y 3).



FOTO 3. Autorización de las madres encuestadas.

Mientras el personal encuestador realizaba las visitas domiciliarias, el investigador llevó a cabo la revisión tanto de cada una de las tarjetas seleccionadas como del expediente individual correspondiente, de acuerdo al formato estructurado para este objetivo, así como aplicación de encuesta al personal médico y de enfermería. Los datos recopilados fueron capturados en bases de datos diseñadas ex profeso, de los programas Excel y SPSS para Windows en su versión 10, a partir del total de formatos oficiales recolectados.

Se diseñó un manual de codificación (anexo 12) el cual registra la calificación máxima que puede obtenerse en cada una de las variables establecidas, que incluye la sumatoria de los puntajes asignados a los indicadores determinados, a partir de la norma establecida para la atención y seguimiento nutricional del menor de 2 a 4 años con desnutrición que es beneficiario del programa Oportunidades:

- Madres o responsables de los menores seleccionados: el puntaje máximo fue de 57 puntos.
- Personal de salud: 37 puntos.
- Registros oficiales: para el llenado correcto se realizó sumatoria del máximo puntaje por indicador en cada uno de los formatos que incluye las siete mediciones mensuales; para el expediente individual el puntaje máximo fue de 119 puntos y para la tarjeta de control nutricional de 91 puntos. Para la concordancia entre ambos formatos el puntaje mayor fue de 49 puntos.

Dichos puntajes fueron considerados como el 100%, equivalente a la máxima calificación. Se determinaron escalas para cada uno de los rubros estudiados, estableciendo las siguientes:

- Mala: para calificaciones que van de 0 a 5 puntos;
- Regular: para calificaciones de 6 y 7 puntos;
- Buena: se aplicó en puntajes de 8 y 9 puntos;
- Excelente: en calificaciones de 10 puntos.

Los resultados son presentados en cuadros y gráficas de frecuencia, aplicando análisis univariados y bivariados, de acuerdo a la operacionalización de variables (anexo 12). Se emplearon frecuencias absolutas y relativas, estadística no paramétrica, medida de correlación de Spearman y prueba exacta de Fisher para prueba de hipótesis.

5.9. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Formato de entrevista para madres de menores de dos a cuatro años con desnutrición beneficiarios del Programa Oportunidades.

- Datos generales
- Características familiares del menor beneficiario

- Conocimiento básico de la madre o responsable sobre el estado nutricional y atención en nutrición del menor seleccionado.
- Aceptación del suplemento alimenticio

Formato de entrevista para personal de salud del área de responsabilidad de los menores de dos a cuatro años seleccionados.

- Características laborales
- Conocimiento sobre “Nutrisano” del Programa Oportunidades
- Conocimiento de la norma establecida para la vigilancia nutricional

Formato para evaluación de registros oficiales.

En este formato se verificó la congruencia de los datos registrados en la Tarjeta de Control Nutricional y el Expediente Clínico Individual, en lo respectivo a las consultas de vigilancia nutricional otorgadas, a través de la verificación de la existencia de la siguiente información:

- Fecha de registro
- Peso del menor
- Talla del menor
- Exploración física por aparatos y sistemas
- Valoración psicomotriz
- Diagnóstico nutricional
- Orientación alimentaria
- Suplemento alimenticio otorgado (total de sobres y periodicidad)
- Fecha de próxima cita.

5.10. RESULTADOS DE LA PRUEBA PILOTO

Se realizó aplicación de prueba piloto en unidades de Salud que no fueron seleccionadas a través del muestreo, pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria

número VI, con área de responsabilidad de la zona Huasteca Sur del Estado de San Luis Potosí, con el objetivo de identificar viabilidad de la metodología planeada, así como congruencia de los instrumentos de recolección. Esta prueba se realizó durante las acciones de supervisión y asesoría que comúnmente se llevan a cabo en el nivel operativo.

Se tomaron datos de tres unidades de salud, donde se estimaron los tiempos promedio para la obtención de datos para fuentes primarias y secundarias; de la metodología llevada a cabo, se tomaron en cuenta modificaciones para el orden de obtención de datos, así como en lo respectivo a los formatos de encuesta para madres o responsables de los menores y el personal de salud, donde algunas de las preguntas se cambiaron de orden; en la encuesta para madres o responsables se sustituyeron algunos conceptos por palabras que son de uso más común.

6. CONSIDERACIONES ETICAS

Tomando como marco de referencia el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud, en su Título segundo, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, capítulo I, la presente se cataloga como una investigación sin riesgo, ya que no se realizó modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio. Se respetó la dignidad y bienestar de la población sujeto de estudio, en este caso, las madres de los menores de 2 a 4 años de edad seleccionados, protegiendo su privacidad. Se solicitó consentimiento informado a través de autorización escrita para la aplicación de la entrevista.

En lo respectivo al personal de salud, de acuerdo a lo descrito en el Capítulo V de la Ley mencionada, los resultados de la investigación no serán utilizados en perjuicio de los individuos participantes, a los cuales se solicitó también consentimiento informado a través de autorización escrita para la aplicación de la entrevista y revisión de los registros oficiales mencionados en párrafos anteriores.

Se pretende que los resultados de la presente investigación creen en los tomadores de decisiones el desarrollo de compromisos que repercutan en la atención efectiva al menor con desnutrición que favorezca una recuperación nutricional que represente, más que la curación de una patología, la oportunidad de un verdadero desarrollo y una futura inserción en el campo laboral y productivo de adultos sanos y competentes.

7. RESULTADOS

De acuerdo a los objetivos establecidos en esta investigación y el plan de análisis diseñado, los resultados se presentan conforme a los indicadores y variables establecidas; se abordan los subcapítulos correspondientes a:

- Madres o responsables de los menores con desnutrición beneficiarios del programa Oportunidades.
- Personal médico y de enfermería de las Unidades de Salud seleccionadas.
- Registros oficiales.

7.1. MADRES O RESPONSABLES DE LOS MENORES CON DESNUTRICIÓN BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES

Características familiares del menor beneficiario.

Edad del responsable del menor desnutrido beneficiario del Programa Oportunidades. La edad mínima de la madre o persona responsable del menor con desnutrición seleccionado fue de 14 años y la máxima de 60 años, con una media de 31.99 y una moda de 28. El rango de edad donde se agrupa el mayor número de madres es el de 20 a 39 años, con un 81.7%. Sobresale así mismo, el rango de 40 a 49 años, con un 15.9% (cuadro 1).

CUADRO 1

EDAD DEL RESPONSABLE DEL MENOR DESNUTRIDO BENEFICIARIO DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES, S.L.P., 2003-2004.

Rango de edad	Frecuencia	%
10-19	5	0.8
20-29	256	41.2
30-39	252	40.5
40-49	99	15.9
50-59	8	1.3
60-69	2	0.3
TOTAL	622	100.0

n = 622

FUENTE: Encuesta para madres ó responsables de menores de 2 a 4 años Oportunidades, S.L.P., 2003-2004

CUADRO 4
PERIODICIDAD DE CONSULTA DE NUTRICIÓN DEL MENOR DESNUTRIDO
BENEFICIARIO DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES, S.L.P., 2003-2004.

Periodicidad	Frecuencia	%
Cada mes	493	79.3
Cada 2 meses	66	10.6
Más de 2 meses	18	2.9
Cuando se enferma	45	7.2
TOTAL	622	100.0

n = 622

FUENTE: Encuesta para madres ó responsables de menores de 2 a 4 años Oportunidades, S.L.P., 2003-2004

Al conformar la variable denominada "Características Familiares del Menor Beneficiario" de acuerdo a la escala descrita en el plan de análisis de los datos, se encontró que el 89.4% de las madres o responsables de los menores seleccionados reúnen características familiares buenas, el 9.6% regulares, un 0.6% excelentes y 0.3% malas. (cuadro 5).

CUADRO 5
CALIFICACIÓN DE CARACTERÍSTICAS FAMILIARES, S.L.P., 2003-2004

Calificación	Frecuencia	%
Mala	2	0.3%
Regular	60	9.6%
Buena	556	89.4%
Excelente	4	0.6%
TOTAL	622	100.0%

n = 622

FUENTE: Encuesta para madres ó responsables de menores de 2 a 4 años Oportunidades, S.L.P., 2003-2004

Conocimiento básico de la madre sobre el estado nutricional y atención en nutrición del menor seleccionado.

Conocimiento del responsable de la somatometría del menor seleccionado. El 94.4% de las personas encuestadas conoce el peso obtenido del menor

seleccionado durante la última consulta, un 3.9% refirió no recordarlo y el 1.8% comentó no haber sido informada al respecto. En cuanto a la talla, el 71.9% de las encuestadas conocen el dato obtenido durante la última consulta, un 15.4% refirió no recordarlo y el 12.7% respondió que no ha recibido información sobre este indicador (cuadro 6).

CUADRO 6

CONOCIMIENTO DEL RESPONSABLE SOBRE LA SOMATOMETRÍA
DEL MENOR DESNUTRIDO BENEFICIARIO DEL PROGRAMA
OPORTUNIDADES, S.L.P., 2003-2004.

Peso	Frecuencia	%
Conoce el dato	587	94.4%
No se acuerda	24	3.9%
No le dijeron	11	1.8%
TOTAL	622	100.0%

Talla	Frecuencia	%
Conoce el dato	447	71.9
No se acuerda	96	15.4
No le dijeron	79	12.7
TOTAL	622	100.0

n = 622

FUENTE: Encuesta para madres ó responsables de menores de 2 a 4 años
Oportunidades. S.L.P.. 2003-2004

El 75.1% de las personas encuestadas refieren conocer la fecha de próxima cita para control nutricional del menor seleccionado (otorgada por parte del personal de salud) y que corresponde a un período no mayor de un mes, el 5.3% refiere que tiene su próxima cita en 2 o más meses. El 19.6% comentó no haber recibido fecha para próxima cita (cuadro 7).

CUADRO 7

CONOCIMIENTO DEL RESPONSABLE SOBRE LA FECHA DE PRÓXIMA CITA DEL MENOR DESNUTRIDO BENEFICIARIO DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES, S.L.P., 2003-2004.

Próxima cita	Frecuencia	%
0-1 mes	467	75.1
2 ó más meses	33	5.3
No le dieron cita	122	19.6
TOTAL	622	100.0

n = 622

FUENTE: Encuesta para madres ó responsables de menores de 2 a 4 años Oportunidades, S.L.P., 2003-2004

Última vez que el responsable del menor seleccionado recibió una plática de nutrición. El 40.7% de la población encuestada refirió haber recibido información del personal de salud sobre el tópico en el último mes, 44.7% hace dos o más meses y 14.5% refirió nunca haber recibido esta información por parte del personal de salud de la unidad de responsabilidad (cuadro 8).

CUADRO 8

ÚLTIMA VEZ QUE EL RESPONSABLE DEL MENOR DESNUTRIDO BENEFICIARIO DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES RECIBIÓ UNA PLÁTICA DE NUTRICIÓN. S.L.P., 2003-2004.

	Frecuencia	%
0-1 mes	253	40.7%
2 ó más meses	278	44.7%
No le han dado	91	14.6%
TOTAL	622	100.0%

n = 622

FUENTE: Encuesta para madres ó responsables de menores de 2 a 4 años Oportunidades, S.L.P., 2003-2004

Al indagar acerca del conocimiento sobre los signos y síntomas del padecimiento del menor, los encuestados refirieron conceptos tales como que el menor no tiene hambre, no crece ni engorda, se enferma seguido, tiene falta de ánimo o energía para realizar actividades, está llorón, o presenta manchas en la cara. Se consideró que la persona sabe cuando mencionó 6 ó más de estas características; el 71.9%

de las personas encuestadas no sabe la sintomatología y el 28.1% sabe poco (cuadro 9).

Respecto a las complicaciones que pueden desarrollarse en un menor de cinco años con desnutrición, se exploró el conocimiento sobre conceptos tales como presencia continua de enfermedades, falta de aumento o disminución de peso o talla ("se va para abajo") desarrollo de anemia, problemas en el aprendizaje y muerte. Se consideró que la persona sabe cuando mencionó 4 o más de estas características. A este respecto, el 54.0% no sabe y el 46.0% del total de la población encuestada sabe poco (cuadro 9).

CUADRO 9

CONOCIMIENTO DE LOS SIGNOS, SÍNTOMAS, Y COMPLICACIONES DE LA DESNUTRICIÓN POR PARTE DEL RESPONSABLE DEL MENOR DESNUTRIDO BENEFICIARIO DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES. S.L.P., 2003-2004.

Signos y síntomas	Frecuencia	%
No sabe	447	71.9
Sabe poco	175	28.1
Sabe.	0	0.0
TOTAL	622	100.0

Complicaciones	Frecuencia	%
No sabe	336	54.0
Sabe poco	286	46.0
Sabe.	0	0.0
TOTAL	622	100.0

n = 622

FUENTE: Encuesta para madres ó responsables de menores de 2 a 4 años Oportunidades, S.L.P., 2003-2004

Utilidad del "Nutrisano". En este rubro, la población definió al Nutrisano como un producto para que el menor suba de peso, referido por el 46.2% de los casos. El 28.0% mencionó que sirve para que el menor crezca, 15.2% dijo que sirve para que no se enferme y el 10.6% lo relaciona con un medicamento y menciona que son vitaminas (cuadro 10).

CUADRO 10
UTILIDAD DEL NUTRISANO, SEGÚN EL RESPONSABLE DEL MENOR
DESNUTRIDO BENEFICIARIO DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES.
S.L.P., 2003-2004.

Utilidad	Frecuencia	%
Para que suba de peso	287	46.2
Para que crezca	174	28.0
Para que no se enferme	95	15.2
Son vitaminas	66	10.6
TOTAL	622	100.0

n = 622

FUENTE: Encuesta para madres ó responsables de menores de 2 a 4 años Oportunidades, S.L.P., 2003-2004

Al cuestionarles acerca del total de cucharadas de suplemento Nutrisano que debe ingerir al día un menor de dos a cuatro años con desnutrición, el 59.8% conoce la dosis correcta. En cuanto a la forma de preparación, el 77.0% conoce la forma correcta, ya que refiere que es en papilla; el 20.3% no conoce la forma correcta y 2.9% mencionó no haber sido informada de este dato (cuadro 11).

CUADRO 11
CONOCIMIENTO DE NUTRISANO POR PARTE DEL RESPONSABLE
DEL MENOR DESNUTRIDO BENEFICIARIO DEL PROGRAMA
OPORTUNIDADES. S.L.P., 2003-2004.

Dosis a otorgar	Frecuencia	%
Sabe	372	59.8
No sabe	215	34.6
No le dijeron	35	5.6
TOTAL	622	100.0

Forma de preparación	Frecuencia	%
Sabe	477	77.0%
No sabe	126	20.0%
No le dijeron	19	3.0%
TOTAL	622	100%

n = 622

FUENTE: Encuesta para madres ó responsables de menores de 2 a 4 años Oportunidades, S.L.P., 2003-2004

El total de sobres recibidos por la persona responsable del menor es muy variable, desde un mínimo de 0 a un máximo de 26, con una media de 7.36 y una moda de 5; el 33.0% refirió que recibe 5 sobres mensualmente, 59% mencionó haber recibido más de 5 sobres, 6.9% obtuvo menos de 5 sobres y 1.1% de la población no respondió. Respecto al periodo de tiempo que le durará la última dotación de suplemento alimenticio "Nutrisano", el 61.6% refirió que le informaron que era para un mes, el 21.1% refirió que le duraría más de 1 mes, 16.6% refirió no haber recibido información al respecto y 0.8% de la población no quiso responder a este cuestionamiento, a pesar de repetirle la pregunta en más de 2 ocasiones. En lo correspondiente a la periodicidad de recepción de los sobres de "Nutrisano", el 64.5% refiere que los recibe mensualmente, 29.3% refiere una recepción bimestral, 5.9% comenta recibirlos con una periodicidad mayor a dos meses y 0.3% de la población no accedió a responder (cuadro 12). Es importante mencionar que los casos donde la persona omitió contestar las preguntas anteriormente mencionadas corresponden a la zona huasteca en personas de habla bilingüe las cuales entendieron las preguntas, pero no quisieron contestarlas.

CUADRO 12

**DOTACIÓN DE NUTRISANO, SEGÚN RESPONSABLE DEL MENOR DESNUTRIDO
BENEFICIARIO DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES. S.L.P., 2003-2004.**

Sobres recibidos por última vez	Frecuencia	%
Más de 5 sobres	367	59.0
5 sobres	205	33.0
Menos de 5 sobres	43	6.9
No respondió	7	1.1
TOTAL	622	100.0

Temporalidad de los sobres	Frecuencia	%
1 mes	383	61.6%
Más de 1 mes	131	21.1%
No le dijeron	103	16.6%
No respondió	5	0.8%
TOTAL	622	100.0%

Periodicidad de recepción	Frecuencia	%
Mensual	401	64.5
Bimestral	182	29.3
Más de 2 meses	37	5.9
No respondió	2	0.3
TOTAL	622	100.0

n = 622

FUENTE: Encuesta para madres ó responsables de menores de 2 a 4 años Oportunidades, S.L.P., 2003-2004

Al conjuntar las calificaciones de cada uno de los indicadores ya señalados para la estructuración de la variable denominada "Conocimiento Básico de la Madre o Responsable sobre el Estado Nutricional y Atención del Menor Seleccionado" y aplicar la escala diseñada, un 50.6% obtiene una calificación regular, el 33.3% una calificación mala, 15.8% buena y 0.3% una calificación excelente (cuadro13).

CUADRO 13

**CALIFICACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LA MADRE Ó RESPONSABLE
SOBRE NUTRICIÓN. S.L.P., 2003-2004**

Clase	Frecuencia	%
Mala	207	33.3%
Regular	315	50.6%
Buena	98	15.8%
Excelente	2	0.3%
TOTAL	622	100.0%

n = 622

FUENTE: Encuesta para madres ó responsables de menores de 2 a 4 años Oportunidades. S.L.P., 2003-2004

Aceptación de "Nutrisano"

Al cuestionar a las personas responsables de los menores seleccionados acerca de la preparación que favorece la ingesta del suplemento alimenticio por parte del niño, el 69.5% refirió la preparación en atole; un 4.8% el polvo solo y a 2.1% no le gusta en ninguna preparación. Resalta que solamente el 23.6% lo acepta en la forma indicada en los lineamientos de operación, esto es, en papilla. Respecto al sabor de preferencia, el 36% de la población encuestada refirió que el menor prefiere ingerir el suplemento alimenticio sabor chocolate, un 19.8% refirió el sabor a vainilla y 15.4% el sabor a plátano; el 28.8% refirió que el menor no hace distinción entre sabor alguno (cuadro 14).

En cuanto a la duración de un sobre de suplemento alimenticio Nutrisano, la población encuestada refiere que le dura de un mínimo de 0 a un máximo de 45 días, con una media de 3.28 y una moda de 2. Destaca que en menos del 1.0% la duración de un sobre es de acuerdo a lo establecido en los lineamientos (6 días). Al 12.9% le dura más de este período y al 84.9% menos de 6 días (cuadro 14).

CUADRO 14

ACEPTACIÓN DE NUTRISANO POR PARTE DEL MENOR DESNUTRIDO
BENEFICIARIO DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES. S.L.P., 2003-2004.

Preparación de preferencia	Frecuencia	%
Atole	432	69.5
Papilla	147	23.6
Polvo	30	4.8
No le gusta	13	2.1
TOTAL	622	100.0

Sabor de preferencia	Frecuencia	%
Chocolate	224	36.0
Vainilla	123	19.8
Plátano	96	15.4
Los tres por igual	179	28.8
TOTAL	622	100.0

Duración de un sobre	Frecuencia	%
Menos de 6 días	528	84.9
Más de 6 días	80	12.9
6 días	4	0.6
No respondió	10	1.6
TOTAL	622	100.0

n = 622

FUENTE: Encuesta para madres ó responsables de menores de 2 a 4 años Oportunidades, S.L.P., 2003-2004

De acuerdo a las calificaciones obtenidas en cada uno de los indicadores contemplados para la estructuración de la variable denominada "Aceptación de Nutrisano" y aplicación de la escala para rangos de calificación diseñada, el 61.9% de las madres o responsables obtuvo una calificación regular; 36.8% una calificación mala y el 1.3% una calificación buena (cuadro 15).

CUADRO 15

CALIFICACIÓN SOBRE ACEPTACIÓN DE NUTRISANO. S.L.P.,
2003-2004

Clase	Frecuencia	%
Mala	229	36.8%
Regular	385	61.9%
Buena	8	1.3%
TOTAL	622	100.0%

n = 622

FUENTE: Encuesta para madres ó responsables de menores de 2 a 4 años
Oportunidades, S.L.P., 2003-2004

Calificación total a variable Madre o Responsable del Menor de 2 a 4 Años con Desnutrición Beneficiario del Programa Oportunidades.

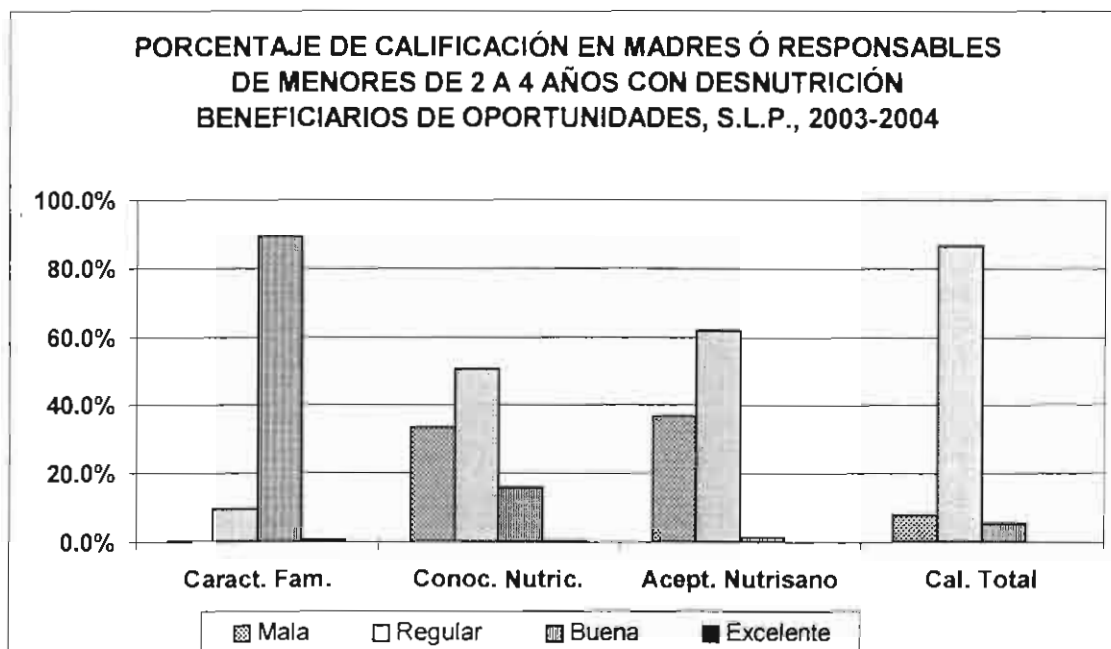
Una vez realizado el manejo estadístico de cada indicador y la agrupación posterior, se procedió a conformar una calificación total de esta variable, a través de un promedio general, resultado de la sumatoria de las calificaciones obtenidas en los rubros de características familiares del menor beneficiario, conocimiento básico de la madre



FOTO 4. Uno de los hogares seleccionados.

ó responsable sobre el estado nutricional y atención en nutrición del menor seleccionado y aceptación de Nutrisano (foto 4 y 5). Los puntajes obtenidos se agruparon en 4 rangos equivalentes a la escala aplicada a las variables anteriores. De acuerdo a este manejo, el 8.0% de las madres o responsables se ubican dentro de la clase denominada "Mala"; un 86.5% de los casos se encuentran en la clase "Regular" y el 5.5% en la clase determinada como "Buena" (gráfica 1).

GRÁFICA 1



n = 622

FUENTE: Encuesta para madres ó responsables de menores de 2 a 4 años Oportunidades, S.L.P., 2003-2004



FOTO 5. Proceso de recolección de datos a las madres.

7.2. PERSONAL DE SALUD (Foto 6)

*Características laborales*

Las unidades seleccionadas a través del proceso de muestreo establecido quedaron conformadas de manera uniforme por las tres modalidades dentro del primer nivel de atención, esto es, Equipos de Salud Itinerantes (ESI) con un 35.1%, al igual que Centros de Salud Rurales y 29.8% para Centros de Salud Urbanos (cuadro 16).

FOTO 6. Personal realizando acciones de vigilancia nutricional.

CUADRO 16

TIPO DE UNIDAD DE SALUD SELECCIONADA, S.L.P., 2003-2004

Tipo	Frecuencia	%
Equipo de Salud Itinerante	13	35.1
Centro de Salud Urbano	13	35.1
Centro de Salud Rural	11	29.8
TOTAL	37	100.0

n = 37

FUENTE: Encuesta para personal médico y de enfermería, S.L.P., 2003-2004.

De acuerdo al puesto que ocupa el personal seleccionado dentro de la unidad de salud, el 54.1% corresponde al área de enfermería y un 45.9% son médicos (cuadro 17).

CUADRO 17

PUESTO DEL PERSONAL DE SALUD, S.L.P., 2003-2004

Puesto	Frecuencia	%
Enfermera (o)	20	54.1
Médico (a)	17	45.9
TOTAL	37	100.0

n = 37

FUENTE: Encuesta para personal médico y de enfermería, S.L.P., 2003-2004.

Según la antigüedad del personal en la Institución, va desde menos de 1 año, correspondiente a personal en servicio social hasta un máximo de 24 años, con una media de 6.89. El 64.5% del personal encuestado refiere laborar desde hace más de 5 años, 21.6% refiere de 1 a 4 años y 13.5% menos de un año (cuadro 18).

CUADRO 18

AÑOS DE SERVICIO DEL PERSONAL DE SALUD EN LA INSTITUCIÓN,
S.L.P., 2003-2004

Años	Frecuencia	%
Más de 5	24	64.9
De 1 a 4	8	21.6
Menos de 1	5	13.5
TOTAL	37	100.0

n = 37

FUENTE: Encuesta para personal médico y de enfermería, S.L.P., 2003-2004.

Al conformar la variable de "Características Laborales" de acuerdo a la escala diseñada, se obtiene una calificación mala en el 43.2% de los encuestados, regular en el 24.3%, buena y excelente respectivamente en el 16.2% de los casos (cuadro 19).

CUADRO 19

CALIFICACIÓN DE CARACTERÍSTICAS LABORALES, S.L.P., 2003-2004

Calificación	Frecuencia	%
Mala	16	43.2%
Regular	9	24.3%
Buena	6	16.2%
Excelente	6	16.2%
TOTAL	37	100.0%

n = 37

FUENTE: Encuesta para personal médico y de enfermería, S.L.P., 2003-2004.

Conocimiento sobre Nutrisano del Programa Oportunidades

El 8.1% de los encuestados se refiere al Nutrisano como un medicamento y complemento de la alimentación y el 91.9% se refiere a éste únicamente como un “complemento de la alimentación habitual del menor”. En cuanto a los criterios que se emplean para la entrega del Nutrisano a los menores de 5 años beneficiarios del programa Oportunidades, el 75.7% de los encuestados conoce los criterios; el 24.3% no los conoce. Respecto al número de sobres de Nutrisano que deben entregarse al menor mensualmente, el mínimo mencionado fue de 3 sobres, con una moda de 5. Resalta que el 94.6% del personal encuestado conoce el número de sobres que se deben entregar a los menores de 2 a 4 años con desnutrición, al referir el dato de 5 sobres mensuales; el 5.4% no conoce la cantidad correcta. Acerca de la forma o consistencia en que debe de quedar el suplemento alimenticio una vez preparado de acuerdo a lo establecido en los lineamientos de operación del programa Oportunidades, el 83.8% la conoce y el 16.2% no la conoce, al referir que podía ser en la forma que fuera, siempre y cuando favorezca la ingesta por parte del menor (cuadro 20).

CUADRO 20

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE "NUTRISANO" DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES. S.L.P., 2003-2004

Utilidad	Frecuencia	%
Sabe poco	34	91.9
Sabe	3	8.1
TOTAL	37	100.0

Criterios de entrega	Frecuencia	%
Sabe	28	75.7
No sabe	9	24.3
TOTAL	37	100.0

Sobres a dotar por mes	Frecuencia	%
Sabe	35	94.6
No sabe	2	5.4
TOTAL	37	100.0

Forma de preparación	Frecuencia	%
Sabe	31	83.8
No sabe	6	16.2
TOTAL	37	100.0

n = 37

FUENTE: Encuesta para personal médico y de enfermería, S.L.P., 2003-2004.

Respecto a la recepción de la remesa de Nutrisano en la Unidad de Salud (foto 7) el 70.3% del personal encuestado refirió recibirlo con una periodicidad mayor a dos meses, 18.9% comentó que es bimestral, el 2.7% que es mensual y 8.1% refirió no saber, por no ser la persona responsable de la recepción (cuadro 21).



FOTO 7. Almacenamiento del Nutrisano.

CUADRO 21

PERIODICIDAD DE RECEPCIÓN DE NUTRISANO EN LA UNIDAD DE
SALUD, S.L.P., 2003-2004

	Frecuencia	%
Mayor a 2 meses	26	70.3
Bimestral	7	18.9
Mensual	1	2.7
No sabe	3	8.1
TOTAL	37	100.0

n = 37

FUENTE: Encuesta para personal médico y de enfermería, S.L.P., 2003-2004.

Al considerar los indicadores que forman parte de la variable denominada "Conocimiento del personal sobre el Nutrisano" y aplicación de la escala determinada, se obtiene una calificación buena en el 75.7% de los encuestados; 10.8% obtienen una calificación mala y regular respectivamente y 2.7% calificación excelente (cuadro 22).

CUADRO 22

CALIFICACIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL PERSONAL ACERCA DE
NUTRISANO. S.L.P., 2003-2004

Calificación	Frecuencia	%
Mala	4	10.8%
Regular	4	10.8%
Buena	28	75.7%
Excelente	1	2.7%
TOTAL	37	100.0%

n = 37

FUENTE: Encuesta para personal médico y de enfermería, S.L.P., 2003-2004.

Conocimiento de la norma establecida para la vigilancia y recuperación nutricional del menor de 2 a 4 años beneficiario del programa Oportunidades

Respecto del conocimiento que el personal de salud encuestado tiene sobre los lineamientos en los cuales se basa la vigilancia nutricional del menor, se obtiene una calificación regular en el 75.7%, al referir únicamente el uso de la Norma Oficial Mexicana. Es importante señalar que fue una mínima parte la que identificó específicamente el número de ésta (031 SSA2 1999), siendo relacionada en su mayoría con la anteriormente establecida (008 SSA2 1993) y que fue vigente hasta el 2002. El 13.5% de los encuestados tienen una calificación excelente, ya que señalan, además de la Norma Oficial Mexicana, los Lineamientos de Operación del Programa Oportunidades (cuadro 23).

En cuanto al indicador denominado Periodicidad de consulta del menor de 2 a 4 años con desnutrición, es de conocimiento pleno en el 97.3% del personal de salud encuestado, al referir que debe otorgarse consulta al menor desnutrido cada mes o quince días, según el grado de desnutrición (cuadro 23).

Se indagó sobre el conocimiento que posee el personal acerca de los indicadores del menor de 2 a 4 años para diagnosticarlo como desnutrido, tales como peso para la edad, peso para la talla, talla para la edad, historia dietética, datos clínicos y valoración psicomotriz. Se consideró que el personal sabe cuando refiere cuatro o más de estos. De acuerdo a las respuestas obtenidas, el 48.6% no conoce estos, centrándose sobre todo en el indicador de peso para la talla o peso para la edad. Un 45.9% tiene un conocimiento regular al incluir, además de los datos anteriormente señalados, otros como datos clínicos y el indicador de talla para la edad. Destaca el hecho de que únicamente el 10.1% del personal refirió la valoración psicomotriz y 7.1% consideró la historia dietética. En total, el 5.4% del personal de salud tiene una calificación excelente (cuadro 23).

Dentro de las actividades que el personal de salud realiza para coadyuvar a la recuperación nutricional, el 18.9% no posee el conocimiento suficiente, al considerar que únicamente se brinda orientación alimentaria. El 67.6% conoce poco y el 13.5% conoce correctamente las acciones, al mencionarlas en su totalidad. De acuerdo a las respuestas obtenidas, 89.2% del personal conoce correctamente cuándo diagnosticar a un menor de 2 a 4 años como recuperado de la desnutrición; un 10.8% no lo sabe (cuadro 23).

CUADRO 23

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE LA NORMA PARA LA ATENCIÓN DEL DESNUTRIDO DE 2 A 4 AÑOS BENEFICIARIO DE OPORTUNIDADES, S.L.P., 2003-2004

Normativa empleada	Frecuencia	%
Sabe poco	28	75.7
Sabe.	5	13.5
No sabe	4	10.8
TOTAL	37	100.0
Periodicidad de consulta	Frecuencia	%
Sabe	36	97.3
No sabe	1	2.7
TOTAL	37	100.0
Indicadores para diagnóstico	Frecuencia	%
No sabe	18	48.6%
Sabe poco	17	45.9%
Sabe	2	5.5%
TOTAL	37	100.0%
Acciones para favorecer recuperación	Frecuencia	%
Sabe poco	25	67.6
No sabe	7	18.9
Sabe	5	13.5
TOTAL	37	100.0
Diagnóstico de recuperación nutricional	Frecuencia	%
Sabe	33	89.2
No sabe	4	10.8
TOTAL	37	100.0

n = 37

FUENTE: Encuesta para personal médico y de enfermería, S.L.P., 2003-2004.

Acerca de los temas que el personal de salud maneja dentro de la capacitación de madres o responsables de los menores beneficiarios de Oportunidades que cursan con desnutrición, el 38.0% menciona lo respectivo a medidas higiénico – dietéticas; 19.6% refiere el tema de prevención de enfermedades diarreicas, 17.4% comenta incluir lo respectivo a prevención de infecciones respiratorias agudas, 13.0% aborda el esquema de vacunación conforme a la edad del menor, 9.8% comenta incluir el correspondiente a signos de alarma por desnutrición y 2.2% refiere incluir el tema de estimulación temprana (cuadro 24).

CUADRO 24

TEMAS INCLUIDOS POR EL PERSONAL DE SALUD EN LA CAPACITACIÓN PARA MADRES DE MENORES DE 2 A 4 AÑOS CON DESNUTRICIÓN, S.L.P., 2003-2004

Acción	Frecuencia	%
Medidas higiénico-dietéticas	14	38.0
Prevención de enfermedades diarreicas	7	19.6
Prevención de infecciones respiratorias	6	17.4
Esquema de vacunación	5	13.0
Signos de alarma por desnutrición	4	9.8
Estimulación temprana	1	2.2
TOTAL	37	100.0

n = 37

FUENTE: Encuesta para personal médico y de enfermería, S.L.P., 2003-2004.

El 48.3% del personal encuestado, considera que una madre está capacitada para atender a su hijo desnutrido cuando devuelve procedimientos y conocimientos, aunque también señalan que no cuentan con un formato establecido y homologado en la Institución para evaluar este indicador. El 38.3% refiere que una madre está capacitada cuando el menor mejora o se recupera de la desnutrición y el 13.4% refiere que esto ocurre cuando la madre acude a las pláticas programadas (cuadro 25).

CUADRO 25

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD ACERCA DEL CONCEPTO "MADRE
CAPACITADA EN ATENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN", S.L.P., 2003-2004

Acción	Frecuencia	%
Cuando devuelve procedimientos y conocimientos	18	48.3
Cuando el menor mejora ó se recupera de la desnutrición	14	38.3
Asiste a pláticas programadas	5	13.4
TOTAL	37	100.0

n = 37

FUENTE: Encuesta para personal médico y de enfermería, S.L.P., 2003-2004.

Respecto a las calificaciones obtenidas en la variable denominada "Conocimiento de la norma establecida para la vigilancia y recuperación nutricional del menor de 2 a 4 años beneficiario del Programa Oportunidades" y la aplicación de la escala diseñada, el 75.7% del personal de salud posee un conocimiento malo, 21.6% regular y 2.7% bueno (cuadro 26).

CUADRO 26

CALIFICACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE LA NORMA PARA
RECUPERAR DESNUTRIDOS, S.L.P., 2003-2004

Calificación	Frecuencia	%
Mala	28	75.7%
Regular	8	21.6%
Buena	1	2.7%
TOTAL	37	100.0%

n = 37

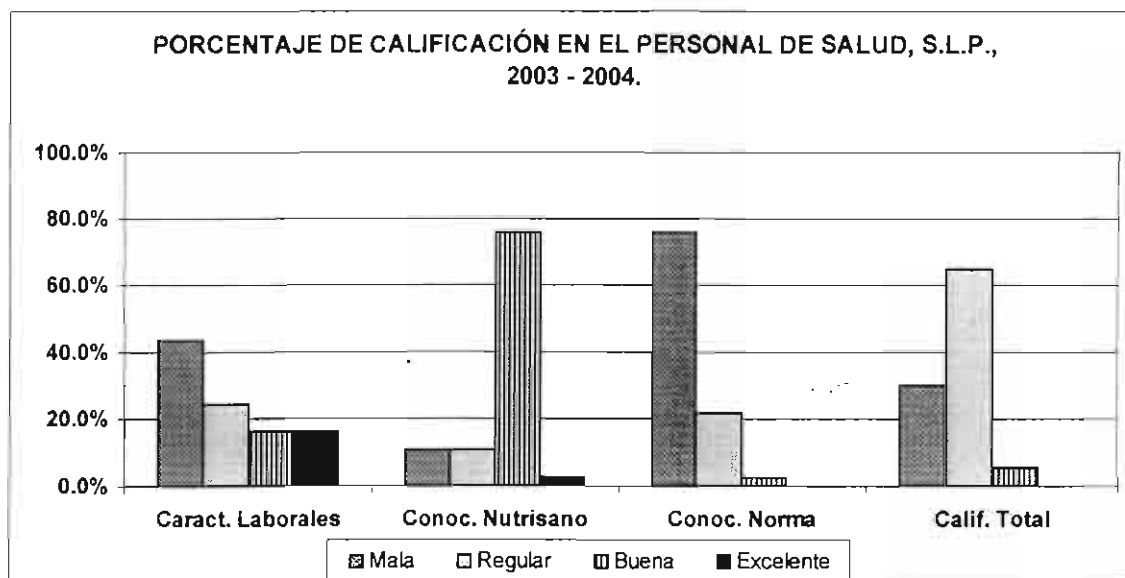
FUENTE: Encuesta para personal médico y de enfermería, S.L.P., 2003-2004.

Evaluación del personal de salud respecto a la operación del Componente de Nutrición en menores beneficiarios del Programa Oportunidades.

Al promediar las variables inherentes al personal de salud que incluyen Características Laborales, Conocimiento sobre Nutrisano del Programa Oportunidades y Conocimiento de la Norma Establecida para la Vigilancia y

Recuperación Nutricional del Menor de 2 a 4 años Beneficiario del Programa Oportunidades, el 29.7% del personal obtuvo una calificación mala; el 64.9% una calificación regular y el 5.4% una calificación buena (gráfica 2).

GRÁFICA 2



n = 37

FUENTE: Encuesta para personal médico y de enfermería, S.L.P., 2003-2004.

7.3. FORMATOS OFICIALES.

Se revisaron los datos de siete meses, equivalentes a un mínimo de siete consultas de vigilancia nutricional para un desnutrido de acuerdo a la norma establecida para la atención del mismo por personal de salud. Con base en este indicador, se tomó como efectivo al cumplimiento en el registro durante dicho período.

De acuerdo a la periodicidad de los registros y la especificación clara y objetiva con base a lo estipulado en la norma, se aplicó la escala de rangos de calificación ya diseñada y aplicada en las variables anteriores; esta escala se aplicó tanto para

la variable "Registros Correctos" como "Concordancia entre los Registros Oficiales".

Registros correctos

Fecha. El 63.7% de los registros en la tarjeta y 78.0% del expediente obtuvieron una calificación mala durante el periodo, el 11.5% y 10.1% fueron regulares, el resultado fue bueno en el 14.4% y 8.6% respectivamente; una calificación excelente se obtuvo en el 10.3% y 3.4%, respectivamente (cuadro 27).

Peso. El 63.6% de los registros en la tarjeta y 78.0% del expediente durante siete meses fueron malos; el 11.8% y 9.9% regulares, 14.3% y 8.7% obtuvieron una calificación buena y el 10.3% y 3.4% respectivamente, una calificación excelente (cuadro 27).

Talla. El 64.6% de los registros en la tarjeta de control nutricional y 80.3% de los registros en el expediente individual durante siete meses tienen una mala calificación; fue regular en el 12.0% y 10.1%; buena para el 13.7% y 7.6% y excelente para el 9.8% y 2.0%, respectivamente (cuadro 27).

Exploración física. Este dato sólo se registra en el expediente individual; la calificación obtenida fue mala en el 98.5% de los registros en el lapso señalado, regular para el 1.3% y buena en el 0.1%. En este indicador no se obtuvieron calificaciones excelentes (cuadro 27).

Valoración psicomotriz. Este indicador es también solamente registrable en el expediente individual; se obtuvo una calificación mala en el 99.9% de los registros y regular en 0.1% de estos durante el periodo (cuadro 27).

Diagnóstico nutricional. La calificación fue mala en el 99.4% de los registros en tarjeta y el 99.9% del expediente durante el periodo comprendido; el resultado fue regular en el 0.6% de la tarjeta y 0.1% del expediente (cuadro 27).

Orientación alimentaria. Para la tarjeta de control nutricional, este indicador obtuvo una calificación mala en el 98.7% en el lapso establecido, regular en el 0.1%, buena en el 0.4% y excelente en el 0.7%. Para el expediente, la calificación en el periodo fue mala en el 100% (cuadro 27).

Registro de entrega de Suplemento alimenticio "Nutrisano". Para el expediente individual, la calificación obtenida en el periodo fue mala en el 99.7% y buena para el 0.3%. Respecto a la tarjeta de control nutricional, la calificación fue mala en el 92.1% de los registros, regular en el 4.7%, buena en el 2.6% y excelente en el 0.6% (cuadro 27).

Registro de próxima cita. El registro fue malo en el 85.0% de las tarjetas y el 92.4% de expedientes; regular en el 7.6% y 4.7% respectivamente; bueno en el 5.7% y 2.3% y excelente en el 1.7% y 0.6%, respectivamente (cuadro 27).

Al promediar los porcentajes de cada uno de los indicadores evaluados en los registros oficiales, se encuentra que en la tarjeta de control nutricional, el 81.0% de los registros son malos, un 6.9% regulares, el 7.3% son buenos, y 4.8% muestran calificaciones excelentes (cuadro 27).

A este respecto, en el expediente individual, el 91.9% de los registros obtienen una calificación mala, un 4.0% calificación regular, el 3.1% buena, y el 1.0% calificación excelente (cuadro 27).

CUADRO 27

RANGO DE CALIFICACIÓN OBTENIDA EN REGISTROS OFICIALES. S.L.P., 2003-2004.

INDICADOR	MALA		REGULAR				BUENA				EXCELENTE					
	Tarjeta		Expediente		Tarjeta		Expediente		Tarjeta		Expediente					
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%				
Fecha	437	63.7%	535	78.0%	79	11.5%	69	10.1%	99	14.4%	59	8.6%	71	10.3%	23	3.4%
Peso	436	63.6%	535	78.0%	81	11.8%	68	9.9%	98	14.3%	60	8.7%	71	10.3%	23	3.4%
Talla	443	64.6%	551	80.3%	82	12.0%	69	10.1%	94	13.7%	52	7.6%	67	9.8%	14	2.0%
Diagnóstico Nutricional	682	99.4%	685	99.9%	4	0.6%	1	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Orientación Alimentaria	677	98.7%	686	100.0%	1	0.1%	0	0.0%	3	0.4%	0	0.0%	5	0.7%	0	0.0%
Entrega de Nutrisano	632	92.1%	684	99.7%	32	4.7%	0	0.0%	18	2.6%	2	0.3%	4	0.6%	0	0.0%
Fecha de próxima cita	583	85.0%	634	92.4%	52	7.6%	32	4.7%	39	5.7%	16	2.3%	12	1.7%	4	0.6%
Exploración Física			676	98.5%			9	1.3%			1	0.1%			0	0.0%
Valoración Psicomotriz			685	99.9%			1	0.1%			0	0.0%			0	0.0%
TOTAL	556	81.0%	630	91.9%	47	6.9%	28	4.0%	50	7.3%	21	3.1%	33	4.8%	7	1.0%

n = 686

FUENTE: Formato de evaluación de registros oficiales, S.L.P., 2003 - 2004.

Concordancia entre los registros oficiales

De acuerdo a la revisión de las calificaciones obtenidas de manera global en la tarjeta de control nutricional y el expediente individual de cada uno de los menores seleccionados para el estudio durante el periodo correspondiente a siete meses, se obtuvo una concordancia positiva en 5.2% de los datos de los menores y negativa en el 94.8% de los menores (cuadro 28).

CUADRO 28

CONCORDANCIA ENTRE LOS REGISTROS OFICIALES DE MENORES DE 2 A 4 AÑOS CON DESNUTRICIÓN BENEFICIARIOS DE OPORTUNIDADES, S.L.P., 2003-2004

Concordancia	Frecuencia	%
No	650	94.8
Si	36	5.2
TOTAL	686	100.0

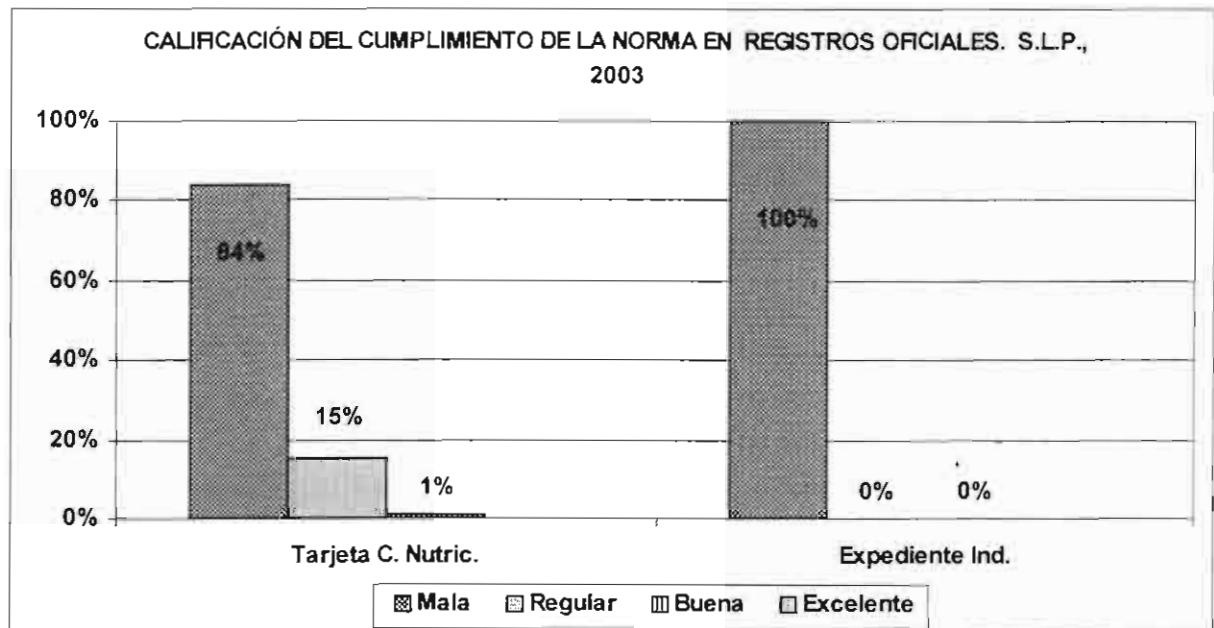
n = 686

FUENTE: Formato de evaluación de registros oficiales, S.L.P., 2003 - 2004.

Cumplimiento de la norma en Registros Oficiales

Una vez obtenidas las calificaciones de cada uno de los indicadores de ambos formatos oficiales, se procedió a construir una calificación global para cada uno de los registros. El 84.0% de las tarjetas de control nutricional y el 100% de los expedientes clínicos individuales de los menores con desnutrición seleccionados se consideran malos de acuerdo al cumplimiento de las acciones establecidas en la norma para la recuperación nutricional de los mismos; 15.0% de las tarjetas reúnen criterios regulares y 1% son buenas (gráfica 3).

GRÁFICA 3



n = 686

FUENTE: Formato de evaluación de registros oficiales, S.L.P., 2003.

7.4. RECUPERADOS DE LA DESNUTRICIÓN

Durante el periodo de estudio se obtuvo un promedio de 53 menores en vías de recuperación, equivalente al 7.76% del total de la muestra. El número de menores registrados como recuperados fue de 51 (7.4%) a lo largo de los 7 meses, de los cuales ninguno presenta registros mensuales del diagnóstico nutricional de acuerdo a la norma (durante seis meses consecutivos); al 47.0% le falta cuando menos 1 registro de diagnóstico nutricional en el periodo anterior al reporte de recuperación nutricional. Así mismo, el 47.0% presenta más de un registro de recuperado en el periodo de estudio. Se observa una relación entre el total de recuperados registrados mensualmente y la calificación obtenida en los registros oficiales (gráfica 4).

GRÁFICA 4

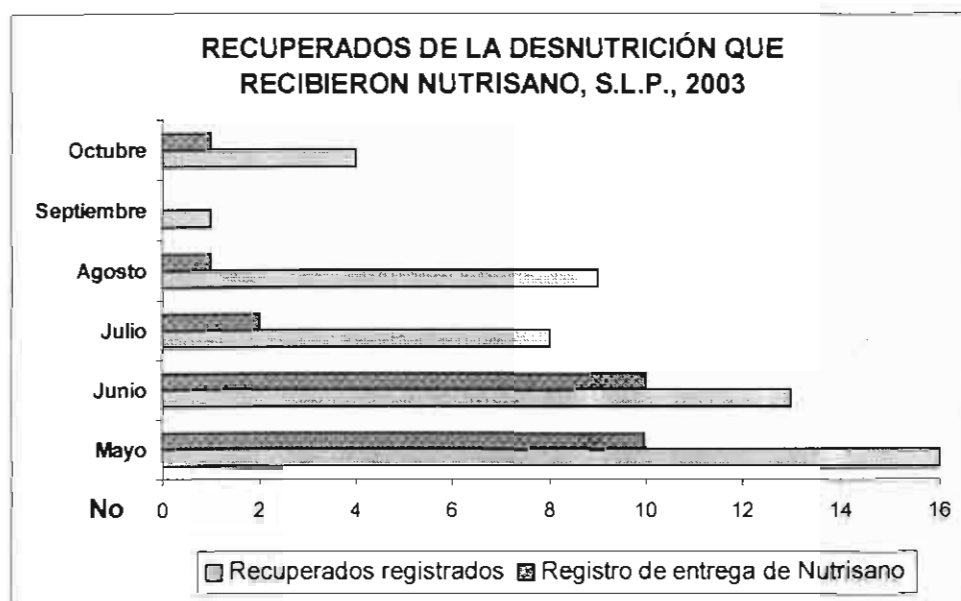


n = 686

FUENTE: Formato de evaluación de registros oficiales, S.L.P., 2003.

Respecto a la recepción de Nutrisano por parte de los menores registrados como recuperados, se consideró el reporte de entrega de este producto en el bimestre anterior al registro de recuperación nutricional, obteniéndose un porcentaje promedio de registro de entrega del 33.4% (gráfica 5).

GRÁFICA 5



n = 686

FUENTE: Formato de evaluación de registros oficiales, S.L.P., 2003.

De los 51 menores registrados como recuperados de la desnutrición, el 92.2% (47) de ellos presentaron posteriormente registro como desnutridos.

7.5. CRUCE DE VARIABLES

Se realizó prueba de Spearman con correlación entre los rangos obtenidos de cada una de las variables. Respecto a las variables que mostraron un bajo coeficiente de correlación, esto es de 0.250 a 0.500 (ó -0.250 a -0.500), se ubicaron las siguientes:

- Registro Correcto en Tarjeta de Control Nutricional -
- Concordancia entre los Registros - 0.323

- Características Laborales - Concordancia entre los Registros - 0.320
- Conocimiento de la Norma Establecida para la Vigilancia y Recuperación Nutricional del Menor de 2 a 4 Años Beneficiario del Programa Oportunidades - Registro Correcto en Expediente - 0.296
- Características Laborales - Registro Correcto en Expediente 0.270
- Características Laborales - Conocimiento de la Norma Establecida para la Vigilancia y Recuperación Nutricional del Menor de 2 a 4 Años Beneficiario del Programa Oportunidades 0.255

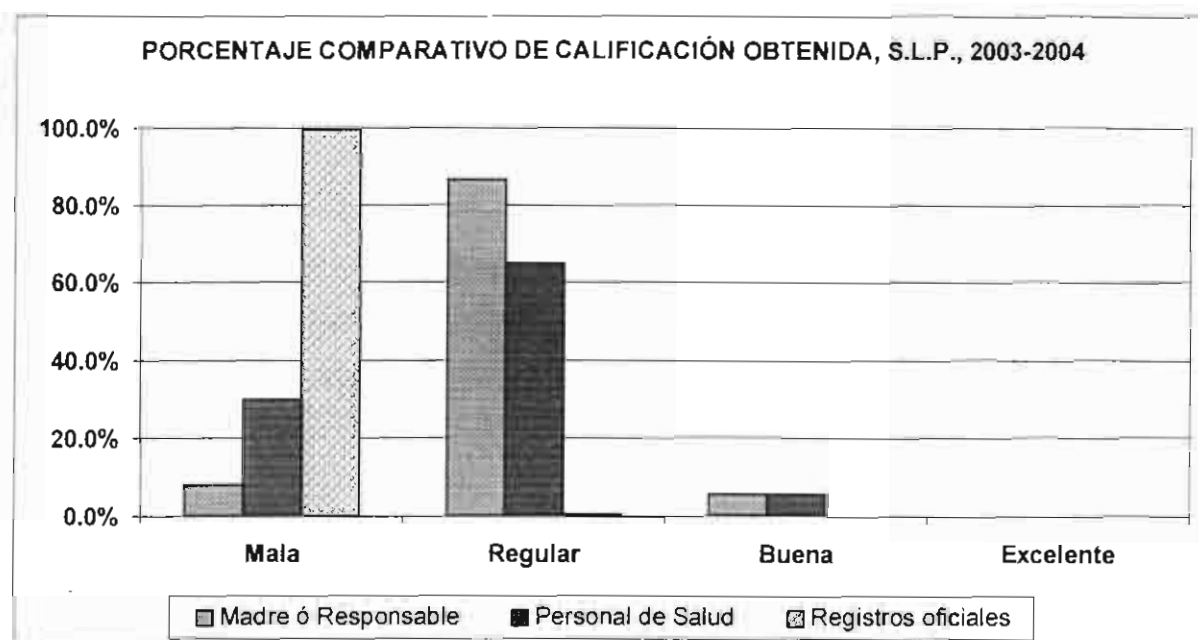
Las variables que mostraron un coeficiente de correlación de moderado a bueno con significancia estadística fueron el Registro Correcto en Tarjeta de Control nutricional – Registro Correcto en Expediente, al obtener cifras de 0.618. Esto es, que a mayor registro correcto en la tarjeta de control nutricional, mayor registro correcto en expediente individual.

7.6. EFECTIVIDAD DEL CUMPLIMIENTO A LA NORMA

Al obtenerse las calificaciones tanto en las fuentes primarias como secundarias se obtuvo una mala calificación en el 99.4% de los registros oficiales, siguiendo en orden descendente el personal de salud, con un 29.7%, y en menor porcentaje el grupo de madres o personas responsables de los menores seleccionados, con un 8%. Respecto al término regular, éste se obtuvo mayormente en el grupo de madres o personas responsables de los menores seleccionados, con un 86.5%, le siguen el personal de salud con un 4.9% y los registros oficiales con un 0.6%. En

cuanto a la calificación considerada como buena, solamente se ubicaron en este rubro el 5.5% del grupo de madres o personas responsables de los menores seleccionados y el 5.4% del personal de salud. El término excelente no se obtuvo en ninguno de los rubros (gráfica 6).

GRÁFICA 6

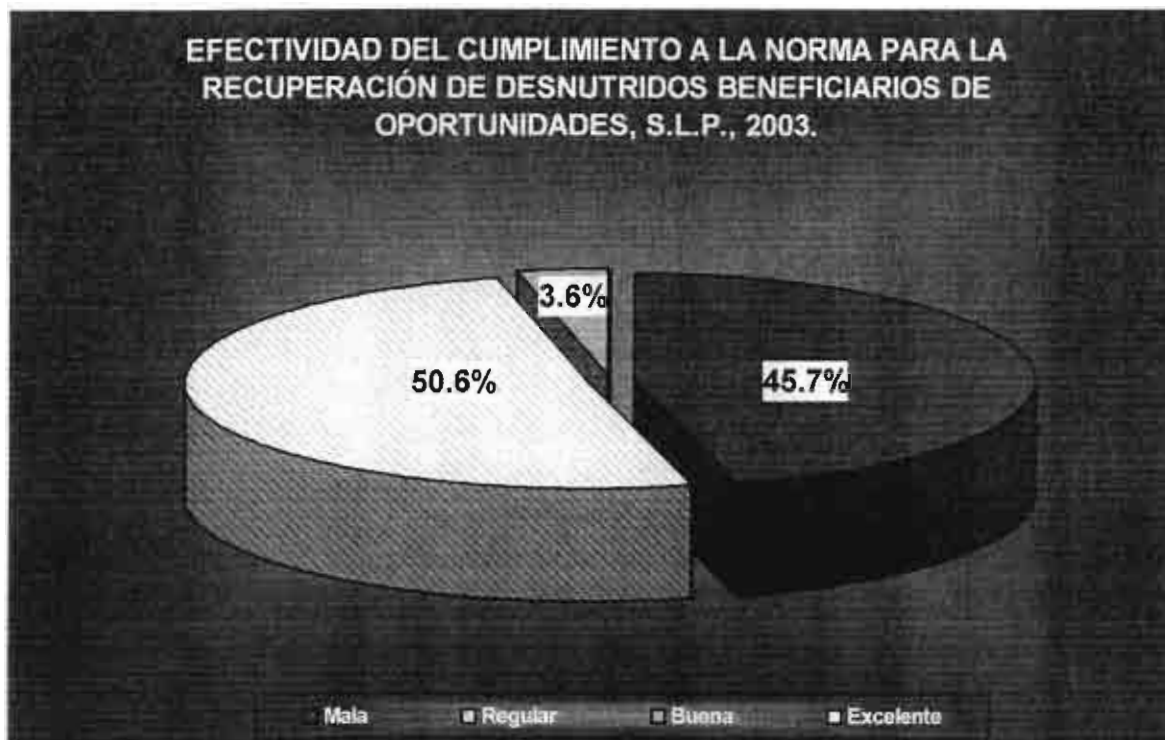


n = 686

FUENTE: Fuentes primarias y secundarias de datos, S.L.P., 2003 - 2004.

Al conjuntar las calificaciones tanto de fuentes primarias como secundarias se obtiene que en el 46.5% la efectividad del cumplimiento a la norma es mala, en el 54.5% regular, en 3.0% buena y 0.0% excelente (gráfica 7).

GRÁFICA 7



FUENTE: Fuentes primarias y secundarias de datos, S.L.P., 2003 - 2004.

Se realizó prueba exacta de Fisher para prueba de hipótesis, al tomar como matriz el total de menores registrados como recuperados y no recuperados de la desnutrición, obteniéndose un valor de 0.002196, lo cual es estadísticamente significativo y demuestra que la proporción de recuperados de la desnutrición está en relación con la efectividad del cumplimiento a la norma.

7. DISCUSIÓN

Según lo establecido en la norma, los factores de mal pronóstico se conceptualizan como aquellas variables empleadas para identificar que un niño con desnutrición tiene mayor probabilidad de desarrollar complicaciones graves y consecuentemente, de morir.²³ Respecto de las características familiares del menor con desnutrición seleccionado para el estudio, el rango de edad encontrado en la persona responsable del menor no representa un factor de riesgo, que repercuta tanto en la salud materna como en la atención del menor.^{53, 54}

El hecho de que en el hogar del menor seleccionado habitan en su mayoría de uno a dos menores, puede favorecer el dedicar más tiempo a la atención individualizada del menor. En un estudio realizado por Sandoval–Priego, denominado Estrategias familiares de vida y su relación con desnutrición, se identificó que entre los factores relacionados con la ocurrencia de desnutrición se encuentran los inherentes a la formación de la familia, con un intervalo, entre el nacimiento del hermano mayor y el correspondiente al sujeto de estudio, menor a 36 meses y que al momento de la visita para recolección de datos estuvo integrada por seis o más personas.⁵⁵ Sin embargo, se encontró el hecho de ser prácticamente la madre la persona responsable de la atención y cuidado del menor, lo cual se sustenta en la norma, al señalar que la capacitación se dirige a las madres por ser el eje del núcleo familiar y generadora de cambios.

En cuanto al conocimiento básico de la madre sobre el estado nutricional y atención del menor seleccionado, más del 80% poseen calificaciones de malas a regulares. La norma refiere que es fundamental que el personal de salud involucrado en la atención aproveche todas las oportunidades de contacto con la madre o responsable del menor, para llevar a cabo un proceso educativo que logre modificar favorablemente los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres que favorezcan la conservación de la salud.

Es importante resaltar el hecho de que tanto la madre como el personal de salud definen la desnutrición como la pérdida de peso y no como una patología que afecta de forma integral al menor. Esto se denota cuando los porcentajes del conocimiento de los datos de peso y talla muestran una diferencia entre uno y otro de más de 22 puntos porcentuales; así mismo, en el hecho de no relacionar la desnutrición con otros síntomas. Si bien la NOM 031 SSA2 1999 refiere que el indicador inicial de desnutrición es peso para la edad, establece además el considerar para la evaluación y clasificación de la desnutrición los indicadores talla para la edad y peso para la talla (este último indicador en mayores de un año de edad), así como valoración clínica, dietética e incluso biomédica en aquellos casos específicos que lo ameriten. Este factor representa un alto riesgo para el desarrollo de complicaciones en el menor, tanto a corto como largo plazo. Un ejemplo de esto lo representa el que la madre no relacione los problemas de aprendizaje de un niño, así como la presencia y desarrollo continuo de diferentes patologías, como parte de un efecto a mediano o largo plazo de una desnutrición crónica.

La norma señala que a través de la educación para la salud se busca favorecer una transformación de actitudes y hábitos que parta de sus particularidades culturales, valores, usos y costumbres para lograr el fortalecimiento del estado nutricional. Es importante aquí el papel del personal de salud como orientador y asesor para el paulatino cambio de actitudes que favorezca la recuperación del menor. Sin embargo, el personal de salud aún no logra visualizar dicha importancia; esto se representa por el hecho de que, a pesar de que el menor que cursa con desnutrición debe ser citado a consulta con una periodicidad quincenal o mensual, cerca del 20% de estos menores se dejan como cita abierta o nunca han recibido información o asesoría respecto a nutrición.

Otra de las acciones fundamentales del personal de salud a favor del rescate nutricional establecida en la norma lo representa el brindar los productos que la institución y el Programa Oportunidades han creado para tal fin, así como capacitar para su adecuado manejo y conservación. A este respecto, tanto el 90% de las madres como del personal de salud lo definen como un producto que complementa la alimentación del menor, concepto que coincide con el señalado en los Lineamientos de Operación del programa Oportunidades.

En cuanto a la preparación, a pesar de que más de tres cuartas partes de las madres refieren la forma correcta, el resto menciona que como parte de la información que recibe del personal de salud a este respecto, se le ha indicado que se prepare el producto de manera indistinta, siempre y cuando se favorezca la aceptación e ingesta por parte del menor con desnutrición; esto mismo es señalado por el 16.2% del personal encuestado. Respecto a la dosis a brindar diariamente, cerca de la mitad del universo seleccionado no la conoce. Como parte del macroambiente que rodea al desnutrido, la falta de educación y la comunicación deficiente repercuten en el núcleo familiar: una pobre capacidad adquisitiva y conceptos erróneos sobre la utilización de los alimentos conducen a errores en el consumo y a una inadecuada distribución de los nutrientes – en este caso el Nutrisano - entre los miembros de la familia.⁵⁶ Lo anterior se confirma al verificar la duración del contenido de un sobre: los Lineamientos de Operación establecen que éste debe tener una duración de 6 días, lo cual solamente se cumple en el 1% de los encuestados, lo cual hace pensar en el efecto que guarda para la población el hecho de definir al Nutrisano como un complemento de la alimentación y por otra parte, manejarlo con el término “suplemento”.

El mayor porcentaje de la población encuestada refiere un promedio de tres días de duración de un sobre de Nutrisano, con una moda de 2 días. Sin embargo, si el menor ingiere al día el equivalente a tres o más dosis, estaría recibiendo una sobrecarga de los micronutrientes diarios requeridos de acuerdo a su edad, lo cual

desarrollaría efectos secundarios como náuseas, vómitos, diarrea, astenia, alteraciones de orina o edema, hasta reacciones adversas como confusión, gastritis o alteraciones renales,⁵⁷ datos que no se encontraron registrados en los formatos oficiales o fueron referidos por la población encuestada, lo que significa que dura menos tiempo del normado porque se distribuye de manera indistinta entre los miembros del hogar.

Lo mismo sucede con la forma de preparación. Podría tomarse como un acierto el hecho de que el personal de salud indique a las madres que puede preparar de diferentes maneras el suplemento alimenticio, siempre y cuando el menor acepte ingerir la dosis diaria. Sin embargo, de acuerdo a lo mencionado por Bueno,¹⁶ por la American Academy of Pediatrics¹⁷ y por Alpers, S.,⁵⁷ uno de los factores que favorecen la inestabilidad de los nutrientes es el calor, por lo que en el 69.2% de los hogares donde se refirió que el menor acepta el suplemento en preparaciones tales como atoles, no está recibiendo el aporte nutrimental indicado.

Los Lineamientos de Operación del Programa Oportunidades establecen la entrega mensual de 5 sobres de Nutrisano, que según los resultados se cumple solamente en el 33% de los menores seleccionados, ya que cerca del 60% recibe más de esta cantidad al mes; este último porcentaje puede ser justificado con el hecho de que la familia beneficiaria reside en un sitio alejado de la unidad de salud de responsabilidad, o pertenece a un área de influencia de equipos de salud itinerantes (brigadas médicas móviles), por lo que se dificulta poder dotar al menor del producto dentro de los tiempos establecidos. Sin embargo, este porcentaje coincide con el 64.5% que recibe dotación cada mes, así como con el 61.6% de los encuestados que señalaron que el personal de salud le informó que la cantidad recibida era para un mes, ante lo cual crea un sobreabasto en el hogar del beneficiario, que repercute nuevamente en que el producto sea ingerido por otros miembros de la familia y no manejado como un medicamento, tanto en el nivel familiar como institucional.

De acuerdo con el Convenio para entrega de suplemento alimenticio establecido entre los Servicios de Salud del Estado y DICONSA, se ha estipulado una periodicidad bimestral para entrega del producto a las Unidades de Salud, lineamiento que no es respetado, puesto que casi tres cuartas partes de las unidades seleccionadas lo reciben con una periodicidad mayor a dos meses. Es también importante tomar en cuenta el sabor de preferencia del producto por parte del menor, hecho que coadyuva a la aceptación del suplemento. Aunque en los niveles Federal y Estatal se maneja un formato de solicitud de Nutrisano por sabor, el personal de salud lo desconoce.

A pesar de que la atención al menor de cinco años se encuentra normada en documentos de carácter oficial, el personal de salud muestra un desconocimiento del total de los lineamientos; así mismo, es mínimo el porcentaje que refiere los Lineamientos de Operación del Programa Oportunidades como otra fuente oficial que determina la atención en salud al menor de cinco años, con enfoque hacia los beneficiarios de dicho Programa.

Como parte de los indicadores para determinar el diagnóstico nutricional, es fundamental indagar sobre los correspondientes a la historia dietética y alimentación actual, pues el cruce de estos con aquellos del entorno familiar, ubicarán al personal de salud en el cauce sobre el cual dirigir las acciones de orientación a la madre o responsable de salud. Es decepcionante que solamente el 7% del personal encuestado refiera valorar estos indicadores. A este respecto, la norma resalta la importancia de la valoración dietética para conocer la forma en que el niño que acude a consulta es alimentado, para detectar la presencia de hábitos no adecuados que estén favoreciendo el problema de la mala nutrición.

La norma establece que todo ser humano nace con un rico potencial de desarrollo que es importante promover durante los primeros años de vida. Uno de cada diez

miembros del equipo de salud refiere la valoración psicomotriz como parte de la atención que brinda al menor, lo cual no da cumplimiento a lo establecido en la NOM 031 SSA2 1999 y más recientemente, en el Programa de Estimulación Temprana, en el cual se menciona que cada vez que el menor acuda a consulta para el control de la nutrición y crecimiento se realizará la valoración del desarrollo psicomotor, a efecto de evaluar el riesgo de presentar problemas de desarrollo. Cuanto más estímulos existen en el ambiente de un menor y cuanto más le permita recoger experiencias nuevas y diferentes, mejor aprenderá y más se desarrollará su facultad de aprender.⁵⁸

Respecto a los temas sobre los cuales se debe orientar la capacitación, tanto la NOM 031 SSA2 1999 como los Lineamientos de Operación del Programa Oportunidades determinan los referentes a la identificación de signos de alarma por desnutrición, infecciones respiratorias, enfermedad diarreica, higiene personal y del hogar, esquema de vacunación, aprovechamiento de alimentos de la región con alto contenido nutricional y atención integrada del niño enfermo. En este estudio se encontró que el enfoque del personal de salud no se centra hacia un grupo de temas, mostrado a través de los porcentajes tan variados que presentaron cada uno de estos. Aquí se deja de lado lo que Gómez mencionaba: *“el médico se debe convertir en educador (...) para que los padres aprendan a distinguir al niño sano del enfermo y acudan oportunamente al consultorio o al hospital”*.²⁷

Los resultados encontrados en los registros oficiales respectivos demuestran que no existe cumplimiento con lo establecido tanto en la NOM 031 SSA2 1999 como en los lineamientos de operación del Programa Oportunidades, al señalar una periodicidad de consultas mensual o quincenal, según el grado de desnutrición y la presencia de infecciones agregadas.

En los registros oficiales es donde se sustentan todas aquellas acciones que se implementan en el menor con desnutrición y su entorno familiar, que parten de una base diagnóstica requisitada también en estos. Como un acto rutinario, la responsabilidad del registro en el expediente individual recae en el personal médico y el respectivo a la tarjeta de control nutricional, en el personal de enfermería. La norma señala que al referir las indicaciones en el expediente, es importante no olvidar medidas generales, alimentación, estimulación temprana, capacitación de la madre y cita para seguimiento. La prueba de correlación de Spearman muestra que el cumplimiento en uno de los formatos determina la calidad del otro; sin embargo, la efectividad del cumplimiento a la norma establecida afecta sobretudo a los registros del expediente individual, ya que datos tales como exploración física y valoración psicomotriz (de registro único en el expediente) son prácticamente nulos. Lo anterior denota que el seguimiento nutricional del menor es solamente conceptualizado bajo el enfoque de toma de somatometría y entrega del Nutrisano y no bajo un esquema integrado de valoración, evaluación, seguimiento, asesoría/capacitación y registro de las acciones, que involucren tanto la atención intramuros como fuera de la unidad, esto es, en su entorno familiar y/o comunitario, con participación interdisciplinaria del equipo de salud de la unidad.

Pudiera decirse que el registro en el expediente individual es obligación exclusiva del personal médico; sin embargo, dicho documento representa una valiosa oportunidad de requisitar toda aquella productividad del equipo de salud que integra la Unidad, lo que devuelve su carácter de colectividad, trabajo en equipo y visión multidisciplinaria, que repercutirá determinadamente y de manera favorable en la salud del menor con desnutrición.

8. CONCLUSIONES.

De acuerdo a los resultados obtenidos en relación con los objetivos planteados para esta investigación y la prueba de hipótesis aplicada, se concluye que la recuperación nutricional del menor de dos a cuatro años con beneficio del Programa Oportunidades no puede lograrse de una manera efectiva debido al deficiente cumplimiento de la norma establecida para este fin. A este respecto, el Personal de Salud, independientemente del puesto que ocupa dentro de la Unidad de Salud y la antigüedad laboral en la Institución, presenta serias deficiencias respecto de los conocimientos técnicos básicos tanto para diagnosticar la desnutrición como para favorecer una atención que repercuta en la recuperación nutricional. Esto se traduce en la clara necesidad de planear e implementar un programa acorde a las características del menor.

Por otra parte, a pesar de que el suplemento alimenticio denominado Nutrisano tiene una antigüedad dentro del Sector Salud mayor a 7 años y que es definido por el personal de salud y la población de acuerdo a los lineamientos del programa Oportunidades, lo que debiera repercutir en un manejo exitoso y fungir como apoyo en la recuperación nutricional, no presenta tal efecto. Esto lleva a la conclusión de que tanto los términos "suplemento alimenticio" como "complemento" empleados hasta el momento, no favorecen el impacto del producto en la población, traducido en la ingesta correcta del producto, tanto en dosis como forma de preparación.

Es importante mencionar que sobresale una debilidad de carácter administrativo responsabilidad de los niveles Jurisdiccional y Estatal: en casi tres cuartas partes de las unidades seleccionadas la periodicidad de recepción de este producto es mayor a dos meses, ante lo cual se genera un sobreabasto de existencias a nivel familiar, al dotar a la familia de mayor cantidad de producto que debe ser consumido en un menor tiempo.

La visión irregular y fragmentaria de los lineamientos que establece la NOM 031 SSA2 1999 y el Programa Oportunidades repercute de manera desfavorable en la efectividad del cumplimiento a la norma, pues el Personal de Salud operativo percibe esta separación y lo traslada a la forma de manejo del menor desnutrido, al visualizar las acciones de vigilancia nutricional en beneficiarios del programa Oportunidades diferentes a las del resto de la población. En este contexto, es imprescindible destacar que la Norma Oficial Mexicana mencionada funge como rectora de la atención del menor con desnutrición.

Mantener el indicador de cobertura con suplemento alimenticio al grupo de menores de dos a cuatro años con desnutrición como uno de los principales medios de evaluación del programa Oportunidades favorece la visión parcial de la atención de la desnutrición, perpetuando la atención con base a limitación del daño.

Parece aún muy lejano el enfoque de atención integral al menor tanto para determinar su diagnóstico como para establecer el plan de atención, seguimiento y evaluación: las acciones se concretan a la toma del peso y talla del menor, dejando de lado los factores del entorno sobre los cuales se puede incidir. El personal de salud por lo general subestima el riesgo de secuelas y deficiencias en las funciones biológicas, motoras e intelectuales que puede desarrollar el menor como consecuencia de la desnutrición. Considera este padecimiento como un problema de carácter social, donde su trabajo no encontrará repercusión alguna. Esta visión conlleva a interrogar sobre las estrategias que deben desarrollarse para que el enfoque de atención integral sea puesto en marcha con impactos que hablen de una efectividad de las acciones.

La atención a la desnutrición debe mantenerse bajo una visión de integralidad y de participación multidisciplinaria. Es necesario evaluar los aspectos epidemiológicos

del impacto que generan las acciones en el menor a nivel familiar y comunitario; así mismo, desarrollar indicadores que permitan evaluar los efectos del nutrisano en la modificación de un grado de desnutrición a otro.

Entre los factores que por parte de la madre del menor con desnutrición favorecen la efectividad del cumplimiento a la norma, es importante destacar que las características en las cuales ellas son las principalmente involucradas muestran más bien que poseen factores que pueden potencializar esta efectividad, tales como la edad, la presencia de pocos menores en el hogar y el que sea este personaje quien se encarga del cuidado y atención del desnutrido. Sin embargo, destaca la clara repercusión de las acciones que sobre difusión y capacitación realiza el Personal de Salud con este personaje, al observar que los porcentajes más bajos de calificación obtenida corresponden al conocimiento del manejo efectivo del desnutrido en el hogar e indicaciones básicas para el uso y consumo del Nutrisano.

Es necesario aprovechar efectivamente el papel que debe desarrollar el entorno familiar para la recuperación nutricional del menor. No tomar a la madre como un ser pasivo y simple receptor de información, sino más bien como el principal agente de cambio en el núcleo familiar que parte de un conocimiento y necesidades sentidas o reales. Ante esto, los objetivos para la estrategia de rescate nutricional deben proyectar el involucramiento de la madre en todas las actividades del proceso de recuperación del menor.

9. SUGERENCIAS

Para fines didácticos las sugerencias que a continuación se exponen se han separado para las diferentes instancias y niveles, pero es importante mantener el enfoque de integralidad del proceso de recuperación nutricional del menor que, a efecto de sinergizar su impacto, no debe desvincularse.

PARA LA INSTITUCIÓN

Nivel normativo:

El nuevo enfoque que las acciones de vigilancia y recuperación nutricional tomen debe incluir la verdadera valoración de las implicaciones económicas que tanto para la institución como para la familia representa el hecho de mantener un menor en un estado de desnutrición. Es necesario que se tome como una prioridad la atención al menor desnutrido y se ejecute un plan de acción de calidad con un enfoque de integralidad.

Es necesario favorecer la capacitación del personal a través de la actualización continua conforme a la norma establecida, que involucre el enfoque de integralidad, así como de participación interdisciplinaria. Se sugiere retomar la metodología que anteriormente se desarrollaba a través del Centro Estatal de Capacitación, a través del establecimiento de Centros Regionales de Capacitación ubicados en los Hospitales de responsabilidad de la Institución donde se incluya además de médicos y enfermeras, a otros actores del equipo de salud, tanto institucional (promotor, coordinador comunitario y odontólogo) como comunitario (auxiliar de salud, agente de la salud, promotor voluntario), que involucre talleres que favorezcan un aprendizaje significativo para la atención integral al menor, así como la enseñanza de técnicas para el manejo de grupos y capacitación individual y colectiva.

Con el propósito de favorecer la ingesta adecuada del Nutrisano de manera exclusiva por parte de beneficiario, tanto en dosis como forma de preparación, se sugiere desarrollar una campaña que difunda entre la población susceptible la importancia de este producto como coadyuvante de la recuperación nutricional, donde se sustituyan los términos “suplemento” y “complemento” por el de otro que favorezca la ingesta adecuada y exclusiva del menor con desnutrición y que deje de lado el carácter mágico o de medicalización que tradicionalmente se aplica a este tipo de productos. Se sugieren los nombres de “Nutrimento Crecerás” o “Papilla Crecer es Vida”. Así mismo, sensibilizar al personal de salud sobre la importancia que guarda el producto como coadyuvante de la recuperación nutricional.

Se sugiere simplificar los registros que se realizan en las unidades de primer nivel (móviles y fijas). Desarrollar un formato de historia clínica pediátrica, que incluya los aspectos de nutrición y facilite el enfoque de las acciones a implementar a nivel individual y familiar. Así mismo, homologar en la Institución los criterios de evaluación para capacitación de madres o personas responsables de menores con desnutrición.

Implementar un plan de supervisión de calidad: que capacite, asesore y resuelva, por parte de los coordinadores de Nutrición y Oportunidades tanto del nivel Estatal como Jurisdiccional, que favorezca el aprendizaje del personal operativo en el desarrollo del componente con base en la norma establecida, así como la visión de los tomadores de decisiones para reforzar o redireccionar las acciones, a través de la retroalimentación de experiencias del personal de salud en el manejo y recuperación de menores con desnutrición y en el proceso de sensibilización, educación y transformación de actitudes saludables de las madres.

Nivel Operativo:

Que el equipo de salud visualice la atención del menor bajo un enfoque integral, que asegure la detección oportuna de la desnutrición, donde se consideren las características individuales y del entorno familiar, a efecto de diseñar e implementar un plan de acción acorde, que impacte en la recuperación nutricional del menor.

Se sugiere el apego a la norma respecto al diagnóstico nutricional la cual menciona considerar inicialmente o a manera de tamizaje en el mayor de un año de edad el indicador peso para la talla (y no el de peso para la edad, que se usa indiscriminadamente en el menor de 5 años) y de forma complementaria, sobre todo con el menor detectado como desnutrido, la valoración de indicadores tales como antecedentes patológicos, desarrollo psicomotor, esquema de vacunación, desparasitación, hábitos alimenticios y disponibilidad de nutrimentos en el hogar, que brinden al equipo de salud una perspectiva más amplia sobre el plan a seguir y los cuales deban ser valorados posteriormente en cada una de las consultas que se otorgue al menor.

Para el tratamiento y seguimiento del menor se sugiere el desarrollo de acciones programadas de capacitación a la madre tanto de forma individual como grupal a través de la incorporación de grupos de apoyo a la desnutrición, donde se favorezca el intercambio de experiencias y el reforzamiento del aprendizaje individual. A efecto de mantener el interés de las madres y lograr un aprendizaje significativo, se sugiere llevar un control individual de los temas que recibe cada madre o persona responsable del menor. Es imprescindible considerar que la sensibilización y capacitación de la madre en atención de la desnutrición es la puerta de entrada para la adquisición de una cultura de salud a nivel individual y familiar.

Programar un plan de visitas domiciliarias al hogar del menor para evaluar y asesorar respecto de la atención del desnutrido y el manejo adecuado del Nutrisano en el hogar.

Considerar la tarjeta de control nutricional y el expediente individual como los principales formatos oficiales donde se registre el seguimiento realizado con el menor, así como las limitantes que interfieren con su recuperación nutricional (inasistencia a consulta, pláticas y sesiones de capacitación, cumplimiento de tareas). Tanto los avances como retrocesos que se detecten mediante la vigilancia nutricional del menor deben ser informados a la madre.

PARA LAS MADRES

- Cumplir con las citas establecidas por el Personal de Salud.
- Participar activamente en todas las acciones que se implementen para favorecer la recuperación del menor.
- Preguntar al Personal de Salud los avances o retrocesos que presenta el menor durante su proceso de recuperación.
- Expresar sus dudas al personal de salud, que favorezcan un mejor manejo del menor en el hogar.
- Otorgar exclusivamente al menor con desnutrición el suplemento alimenticio Nutrisano, con base en la dosis y la forma de preparación establecidas.

10. BIBLIOGRAFÍA REFERIDA

¹ Martínez, M. La Salud del Niño y del adolescente. México. 2001; 3-11, 65-72, 550-560.

² Nájera, Oralia, et als. La desnutrición en México: revisión de los programas gubernamentales y los estudios diagnósticos de alcance nacional. Boletín médico del Hospital Infantil de México. 2000. Vol. 57 (10); 120-130.

³ OPS. Lucha integrada contra las enfermedades de la infancia, nueva estrategia para mejorar la salud infantil. Revista Panamericana de Salud Pública. 1998. Vol. 4, tomo 3; 202- 207.

⁴ Arnauld, Jaques. Los sistemas de información en la vigilancia alimentaria. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, Cuadernos de Nutrición. 1986. No. 2, marzo - abril; 33- 43.

⁵ SEDESOL. Lineamientos de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. México, 2002.

⁶ Coordinación nacional del programa de Educación, Salud y Alimentación. Lineamientos generales para la operación del programa de Educación, Salud y Alimentación. Documentos de divulgación. México, 1999.

⁷ Servicios de Salud de San Luis Potosí. Registros del programa de Atención a la Infancia y la Adolescencia. Servicios de Salud de San Luis Potosí. México, abril 2002.

⁸ Secretaría de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva, Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia. Niñas y niños bien desarrollados, manual de atención. México, 2002.

⁹ Servicios de Salud de San Luis Potosí. Informe SISPA Oportunidades. México, enero – abril de 2002.

¹⁰ Servicios de Salud de San Luis Potosí. Informe SISPA Oportunidades. México, enero – abril de 2002.

¹¹ Vega, Leopoldo. Cientificismo en la desnutrición de los niños, Revista Mexicana de Pediatría. Septiembre – octubre de 1998. Vol. 65, No. 5; 194-195.

¹² Gómez, Federico. Desnutrición. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 1946. Vol. 3, No. 4; 216-221 .

¹³ Vega, Leopoldo. A propósito del ensayo sobre desnutrición. Revista Mexicana de Pediatría. Septiembre – octubre de 1997. Vol. 64, No. 5; 180-183.

¹⁴ Martínez, M. La Salud del Niño y del adolescente. México. 2001; 3-11, 65-72, 550-560.

¹⁵ Martínez, M. La Salud del Niño y del adolescente. México. 2001; 3-11, 65-72, 550-560.

¹⁶ Bueno, M. Et als. Nutrición en Pediatría. Madrid. 1999; 27-95.

¹⁷ Comité de Nutrición American Academy of Pediatrics. Manual de nutrición en Pediatría. Argentina. 1994; 30-45.

¹⁸ Martínez, M. La Salud del Niño y del adolescente. México. 2001; 3-11, 65-72, 550-560.

¹⁹ Watson, E. Crecimiento y desarrollo del niño. 3ª edición. E.U.A. 1990; 235.

²⁰ Vega, Leopoldo. 20 años de experiencia en la Rehabilitación de niños desnutridos en un centro asistencial. Revista mexicana de Pediatría. Enero – febrero de 2000. Vol. 67, No. 1.; 12-19.

²¹ Watson, E. Crecimiento y desarrollo del niño. 3ª edición, E.U.A. 1990; 235.

²² Martínez, M. La Salud del Niño y del adolescente. México. 2001; 3-11, 65-72, 550-560.

²³ Federación, Diario Oficial. NOM 031 SSA 1999, para la atención a la salud del niño. México. 2002; Capítulo 5.

²⁴ Vega, Leopoldo. A propósito del ensayo sobre desnutrición. Revista Mexicana de Pediatría. septiembre – octubre de 1997. Vol. 64, No. 5; 180-183.

²⁵ Vega, Leopoldo. Cientificismo en la desnutrición de los niños, Revista Mexicana de Pediatría. Septiembre – octubre de 1998. Vol. 65, No. 5; 194-195.

²⁶ SSA. Componente de nutrición, Manual de Procedimientos técnicos. Programa de atención a la salud del niño. México. 1998.

²⁷ Gómez, Federico. Desnutrición. Boletín Médico del Hospital Infantil de México. 1946. Vol. 3, No. 4; 216-221.

²⁸ SSA. Componente de nutrición, Manual de Procedimientos técnicos. Programa de atención a la salud del niño. México. 1998.

²⁹ Federación, Diario Oficial. NOM 031 SSA 1999, para la atención a la salud del niño. México. 2002.

³⁰ SSA. Manual del Paquete Básico de servicios de Salud. México. 1997.

³¹ Federación, Diario Oficial. Lineamientos Generales para la Operación del Programa de educación, Salud y Alimentación. México. 1999.

³² Federación, Diario Oficial. Lineamientos Generales para la Operación del Programa de educación, Salud y Alimentación. México. 1999.

³³ Barquera, Simón, et als. Políticas y Programas de Alimentación y Nutrición en México. Revista de Salud pública de México. septiembre – octubre de 1999. Vol. 43, No. 5; 464 - 477.

³⁴ Rosado, J. L. Desarrollo y evaluación de suplementos alimenticios para el Programa de Educación, Salud y Alimentación. Revista de salud pública de México. Mayo – junio de 1999. Vol. 41, No. 3; 153-162.

³⁵ Servicios de Salud de San Luis Potosí. Registros del Informe Mensual SISPA SSI-PROGRESA. México. Junio de 2002.

³⁶ Martínez, Homero, et als. Aceptabilidad a suplementos nutricios en mujeres embarazadas ó lactando y niños menores de cinco años. Revista de Salud Pública de México. Mayo – junio de 1999. Vol. 41, No. 3; 163-169.

³⁷ Torres Hernández F. Funciones Sustantivas de la Administración de Hospitales: Evaluación. México.

³⁸ Pineault, R. Planificación Sanitaria. Universidad de Montreal. Ed. Masson, Canadá. 1995.

³⁹ Torres Hernández F. Funciones Sustantivas de la Administración de Hospitales: Evaluación. México.

⁴⁰ Pineault, R. Planificación Sanitaria. Universidad de Montreal. Ed. Masson, Canadá. 1995.

⁴¹ Donabedian, A. La calidad de la Atención Médica. Prensa Médica Mexicana, México. 1984.

⁴² Torres Hernández F. Funciones Sustantivas de la Administración de Hospitales: Evaluación. México.

⁴³ Pabon Lasso H. Evaluación de los Servicios de Salud. Universidad del Valle, Colombia. 1985; 9 – 41.

⁴⁴ Torres Hernández F. Funciones Sustantivas de la Administración de Hospitales: Evaluación. México.

⁴⁵ Pabon Lasso H. Evaluación de los Servicios de Salud. Universidad del Valle, Colombia. 1985; 9 – 41.

⁵⁵ Sandoval – Priego A. A, Reyes Morales H. Et al. Estrategias familiares de vida y su relación con desnutrición en niños menores de dos años. Salud Pública de México. 2002. Vol. 44, no. 1.

⁵⁶ Martínez, M. La Salud del Niño y del adolescente. México. 2001; 551.

⁵⁷ Alpers, S. Nutrición. E.U.A. 2003; 10.

⁵⁸ S. S. A. Estimulación temprana, Lineamiento técnico. México. 2002; 9 -11.

11. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Aguirre, J. Evaluación de los patrones alimentarios y la nutrición en cuatro comunidades rurales. *Revista de Salud Pública de México*. Septiembre – octubre de 1998. Vol. 40, No. 5; 398-407.

Avila, A. La desnutrición Infantil en el medio rural mexicano. *Revista de Salud Pública de México*. Marzo – abril de 1998. Vol. 40, No. 2; 150-160.

Aranceta-Bartrina, J. *Nutrición comunitaria*. España. 2001.

Castilla, L. *Estadística simplificada para la investigación en ciencias de la salud*. México. 1991.

Chávez, A. Nutrición y desarrollo psicomotor durante el primer semestre de vida. *Revista de Salud Pública de México*. Marzo – abril de 1998. Vol. 40, No. 2; 111-118.

Daniel, W. *Bioestadística: bases para el análisis de las ciencias de la salud*. E. U. A. 2002.

Dawson, S. *Bioestadística médica*. E. U. A. 2002.

García, C. *Pediatría social*. Asociación Española de Pediatría. 1995; 71-75.

Hernández, B. Et al. Evaluación del impacto de Oportunidades en la mortalidad materna e infantil. *Evaluación externa del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*. México. 2003.

Hill, A. Texto Básico de Estadística Médica. E. U. A. 1980.

Instituto Nacional de Salud Pública. Memorias de Salud Pública. México. 2001; 36, 39, 64, 66, 68, 139.

Instituto Nacional de Salud Pública. Evaluación de una atención integrada contra la desnutrición infantil en áreas urbanas. México. Marzo – abril 2004. Vol. 46, no. 2.

Instituto Nacional de Salud Pública de México, 1998. Vol. 40, no. 5; 109-110, 216, 408-414.

López- Flores, F. Evaluación de una atención integrada contra la desnutrición infantil en áreas urbanas de Nayarit, México. Salud Pública de México, 2004. Vol. 46, no. 2; 158-163.

López-Ríos, O. Efecto de los servicios de salud y de factores socioeconómicos en las diferencias espaciales de la mortalidad mexicana. Salud Pública de México. 1997. Vol. 39, no. 1; 16-24.

Manda, Serena. Antropología Cultural. Adaptaciones Socioculturales. México. 1987.

Martínez, José Alfredo. Fundamentos teórico – prácticos de nutrición y dietética. México. 1998.

Mataix, José. Nutrición y alimentación humana. Vol. II, Situaciones fisiológicas y patológicas. México. 2002; 922-926.

Mock, Nancy. Marco conceptual para los sistemas de vigilancia nutricional. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Diciembre de 1993. Vol. 115, No. 6.; 511-522.

Organización Mundial de la Salud. Foro Mundial de la salud, 1988. Vol. 9, No. 4.; 627-630.

Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. Evaluación del impacto de los programas de nutrición y de salud, 1982.

Organización Panamericana de la Salud. Recursos terapéuticos adotados no âmbito familiar para o tratamento de crianças de 0 a 5 anos no municipio de Itajaí-SC, 2004.

Polit, D. Investigación científica en ciencias de la salud, principios y métodos. 2000.

Rivera, J. Capacidad de peso para edad y longitud para edad para predecir desmedro a los tres años de vida. Revista de Salud Pública de México. Marzo – abril de 1998. Vol. 40, No. 2,; 127-132.

Salazar, J. Miguel et als. Psicología Social. México. 1986.

ANEXO 1

CONTENIDO NUTRICIONAL DEL SUPLEMENTO ALIMENTICIO PARA NIÑOS DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES

Dosis diaria: 44 gr

Proteína	5.8 Gr
Energía	194 Kcal
Grasas	6.6 G
Carbohidratos	27.9 G
Sodio	24.5 Mg
Hierro	10 Mg
Zinc	10 Mg
Vitamina A	400 Mg
Vitamina E	6 Mg
Vitamina C	40 Mg
Vitamina B2	0.7 Mg
Acido fólico	50 Mg

Sabores: chocolate, vainilla y plátano.

ANEXO 2

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

PERSONAL DE SALUD

VARIABLE	INDICADORES	DEFINICIÓN	NIVEL DE MEDICION	VALORES O ESCALA	CÓDIGO
Características laborales	Tipo de unidad de salud.	Clasificación de la Unidad de Salud, según ubicación y tipo de población que atiende.	Nominal Cualitativa	Centro de salud urbano	2
				Centro de salud rural	1
				Equipo de salud itinerante	0
	Puesto/código	Actividades desempeñadas por el personal de salud.	Nominal Cualitativa	Médico	1
				Enfermera(o)	0
				Más de 5 años	2
Antigüedad	Tiempo de servicio prestado a la Institución de estudio.	Ordinal Categorica	De 1 a 4 años	1	
			De 0 a 1 año.	0	
Conocimiento sobre "Nutrisano" del Programa Oportunidades	Utilidad del "Nutrisano".	Beneficios que trae para el menor seleccionado el ingerir suplemento alimenticio, conforme lo referido en los lineamientos de operación.	Nominal Cualitativa	Complemento alimenticio	1
				Favorece recuperación del menor desnutrido	1
				Es un medicamento	1
	Criterios para entrega del "Nutrisano".	Características que debe poseer la población para recibir suplemento alimenticio.	Dicotómica Cualitativa	No sabe	0
				Sabe	1
				No sabe	0
Sobres a entregar.	Total de sobres que el personal de salud debe entregar mensualmente al menor de 2 a 4ª con desnutrición.	Dicotómica Cualitativa	Sabe	1	
			No sabe	0	

VARIABLE	INDICADORES	DEFINICIÓN	NIVEL DE MEDICION	VALORES O ESCALA	CÓDIGO
	Forma de preparación	Manera en que el suplemento alimenticio debe prepararse, para que sea ingerido por el menor seleccionado, según los lineamientos de operación.	Dicotómica Cualitativa	Sabe No sabe	1 0
	Periodicidad de recepción	Tiempo promedio en que se recibe dotación de "Nutrisano" en la unidad de salud	Ordinal Categórica	Menos de 1 mes 1 a 2 meses Más de 2 meses	2 1 0
Conocimiento de la norma establecida para la vigilancia y recuperación nutricional del menor de 2 a 4 años beneficiario del Programa Oportunidades.	Norma para la vigilancia nutricional del menor de 2 a 4 años.	Lineamientos técnicos en los cuales se rige la Institución para brindar vigilancia nutricional al menor de 2 a 4 ^a beneficiario de Oportunidades.	Nominal Cualitativa	NOM para la atención del menor de 5 años (031, 008) y lineamientos de operación del programa Oportunidades No sabe	2 0
	Periodicidad de consulta del menor de 2 a 4 años con desnutrición	Total de tiempo que debe transcurrir entre una y otra cita para consulta de vigilancia nutricional de un menor de 2 a 4 años con desnutrición.	Dicotómica Cualitativa	Mensual Quincenal. Mayor a un mes	1 0
	Diagnóstico de desnutrición en el menor de 2 a 4 años.*	Criterios empleados según lo establecido en la NOM 031 SSA2 1999.	Nominal cualitativa	Peso / Edad Talla / Edad Peso / Talla Datos clínicos Desarrollo psicomotriz Historia dietética No sabe	1 1 1 1 1 1 1 0

VARIABLE	INDICADORES	DEFINICIÓN	NIVEL DE MEDICION	VALORES O ESCALA	CÓDIGO
	Total de madres capacitadas	Registro de madres de menores de 2 a 4ª del área de responsabilidad de la Unidad de Salud y que son beneficiarios del Programa Oportunidades, que están registradas como capacitadas para atención de la desnutrición.	Nominal Cuantitativa	Cuenta con registro No cuenta con registro	1 0
	Recuperados de la desnutrición	Total de menores de 2 a 4ª beneficiarios del programa Oportunidades que de acuerdo a los registros en expediente clínico y tarjeta de control nutricional, se han recuperado de la desnutrición en los últimos 6 meses.	Nominal cuantitativa	Cuenta con registro No cuenta con registro	1 0

* Para calificar este indicador se aplicó una calificación porcentual de acuerdo al total de valores referidos por el encuestado, en relación con los aquí señalados.

MADRE Ó RESPONSABLE

VARIABLE	INDICADORES	DEFINICIÓN	NIVEL DE MEDICION	VALORES O ESCALA	CÓDIGO
Características familiares que favorecen la desnutrición del menor.	Edad de la madre ó responsable	Años cumplidos al momento de la entrevista.	Ordinal cuantitativa	De 25 a 39 a.	2
				De 17 a 24 a.	1
				40ª. y más	0
				Menor de 17ª	0
	Menores de cinco años.	Los que habitan en el hogar del entrevistado, incluyendo al menor seleccionado.	Ordinal Categórica	De 1 a 2	2
				De 3 a 4	1
				5 ó más	0
	Responsable del control nutricional.	Persona que por lo regular se hace cargo de llevar al menor seleccionado a la consulta de vigilancia nutricional.	Nominal Cualitativa	Madre / Padre	4
				Abuela	3
				Hermanos	2
				Tío (a)	1
				No pariente	0
Responsable de la alimentación.	Persona que por lo regular se hace cargo de alimentar al menor seleccionado.	Nominal Cualitativa	Madre / Padre	3	
			Abuela	3	
			Hermanos	2	
			Tío (a)	1	
			No pariente	0	
Conocimiento básico de la madre ó responsable del menor en nutrición	Periodicidad de consultas.	Espacio de tiempo entre una y otra consulta de vigilancia nutricional.	Ordinal Cualitativa	Cada mes	3
				Cada dos meses	2
				Más de 2 meses	1
				Sólo cuando se enferma	0
	Diagnóstico nutricional según peso	Estado nutricional del menor seleccionado de acuerdo al último pesaje, y que fue referido por el personal de salud.	Nominal Cualitativa	Conoce el dato	2
				No conoce el dato	1
				No le informaron	0

VARIABLE	INDICADORES	DEFINICIÓN	NIVEL DE MEDICION	VALORES O ESCALA	CÓDIGO
	Diagnóstico nutricional según talla	Estado nutricional del menor seleccionado de acuerdo a la última talla obtenida, y que fue referida por el personal de salud.	Nominal	Conoce el dato	2
			Cualitativa	No conoce el dato	1
				No le informaron	0
	Próxima cita	Total de días /meses en que el personal de salud tratante ha citado al menor para vigilancia nutricional.	Ordinal	0-1 mes	2
			Categoría	2 ó más meses	1
				No le dieron cita	0
	Última plática de nutrición ó demostración culinaria.	Total de días ó meses en que el personal de salud tratante realizó actividad grupal relacionada al manejo de la desnutrición.	Ordinal	0-1 mes	2
			Categoría	2 ó más meses	1
				No le han dado	0
	Signos y síntomas de la desnutrición. *	Características con las que la madre ó responsable del menor seleccionado define la presencia de desnutrición.	Nominal	No tiene hambre	1
			Cualitativa	Está débil	1
				Está llorón	1
				No quiere hacer nada	1
				Se enferma muy seguido	1
				No crece ni engorda	1
			Tiene manchas en la cara	1	
Complicaciones de la desnutrición. *	Características con las que la madre ó responsable del menor seleccionado define la presencia de complicaciones producto de la desnutrición.	Nominal	No sabe	0	
		Cualitativa	Se muere	1	
			Se enferma muy seguido	1	
			No crece	1	
			No engorda	1	
	Anemia	1			

VARIABLE	INDICADORES	DEFINICIÓN	NIVEL DE MEDICION	VALORES O ESCALA	CÓDIGO
				No aprende	1
				No sabe	0
	Utilidad de "Nutrisano", del Programa Oportunidades. *	Beneficios que trae para el menor seleccionado el ingerir el suplemento alimenticio, de acuerdo a lo referido por el personal de salud tratante.	Nominal Cualitativa	Aumenta de tamaño	1
				Sube de peso	1
				Protege contra enfermedades	1
				Son vitaminas	1
				No le informaron	0
	Dosis diaria.	Cantidad de suplemento alimenticio en cucharadas, que debe ingerir diariamente el menor, según lo referido por el personal de salud tratante.	Nominal Categoría	4 cucharadas	2
				No sabe	1
				No le informaron	0
	Forma de preparación	Manera en que debe prepararse el suplemento alimenticio para que sea ingerido por el menor, de acuerdo a lo referido por el personal de salud tratante.	Nominal Categoría	Papilla	2
				No la conoce	1
				No le informaron	0
	Sobres recibidos	Total de sobres que la Unidad de salud le entregó al menor beneficiario por última vez.	Ordinal Categoría	5 sobres	2
				Más de 5 sobres	1
				Menos de 5 sobres	0
	Temporalidad de los sobres recibidos.	Total de tiempo que la cantidad de sobres recibidos le debe durar, según lo referido por el personal de salud.	Nominal Categoría	Un mes	2
				Más de un mes	1
				No le informaron	0

* Para calificar este indicador se aplicó una calificación porcentual de acuerdo al total de valores referidos por el encuestado. en relación con los aquí señalados.

VARIABLE	INDICADORES	DEFINICIÓN	NIVEL DE MEDICION	VALORES O ESCALA	CÓDIGO
Aceptación de "Nutrisano"	Preparaciones de preferencia	Forma de preparación con la cual el menor ingiere en mayor cantidad el producto.	Nominal	Papilla	3
			Cualitativa	Atole/bebida	2
				En polvo	1
				No le gusta	0
	Sabor de preferencia	Sabor de predilección del producto por parte del menor seleccionado.	Nominal	Los 3 por igual	2
			Cualitativa	Chocolate	1
				Vainilla	1
				Plátano	1
	Duración de un sobre	Total de días que tarda en terminarse el menor un sobre del producto.	Ordinal	6 días	2
			Cualitativa	Menos de 6 días	1
				Más de 6 días	0
	Periodicidad de recepción.	Tiempo promedio en que el personal de salud entrega la dotación de "Nutrisano" al menor seleccionado.	Nominal	Cada mes	2
Categórica			Cada 2 meses	1	
			Más de 2 meses	0	

FORMATOS OFICIALES

VARIABLE	INDICADORES	DEFINICIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN	VALORES O ESCALA	CÓDIGO
Llenado / registro correcto.	Fecha	Día, mes y año de registro	Ordinal	Completa	2
			Categórica	Incompleta	1
				Sin registro	0
	Peso	Cantidad registrada en gramos	Nominal	Registrado	1
			Categórica	Sin registro	0
	Talla	Cantidad registrada en centímetros	Nominal	Registrada	1
			Categórica	Sin registro	0
	Exploración física	Registro en expediente clínico de datos de inspección, palpación, auscultación y percusión por aparatos y sistemas.	Ordinal	Completa	2
			Categórica	Incompleta	1
				Sin registro	0
	Valoración psicomotriz	Registro en expediente clínico de datos de evaluación de desarrollo psicomotor de acuerdo a la edad del menor seleccionado.	Ordinal	Completa	2
			Categórica	incompleta	1
				Sin registro	0
	Diagnóstico nutricional	Evaluación del estado nutricional del menor seleccionado, de acuerdo a los indicadores establecidos en la NOM 031 SSA2 1999.	Nominal	Recuperado	3
		Categórica	Vías de recuperación	2	
			Desnutrido	1	
			Sin registro	0	
Orientación alimentaria	Registro en expediente clínico y tarjeta de control nutricional, de actividades encaminadas a mejorar la alimentación del menor seleccionado.	Nominal	Descrita por tipo, cantidad y periodicidad.	2	
		Categórica	Registrada como tal	1	
			Sin registro	0	

VARIABLE	INDICADORES	DEFINICIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN	VALORES O ESCALA	CÓDIGO
	Suplemento alimenticio	Registro en expediente clínico y tarjeta de control nutricional, del total de sobres de "Nutrisano" entregados al menor seleccionado.	Nominal Cualitativa	Señala total de sobres. No señala total de sobres.	2 1
	Próxima cita	Registro en expediente clínico y tarjeta de control nutricional, de la próxima fecha en que el menor seleccionado recibirá	Nominal	Sin registro.	0
			Cualitativa	Señala día y mes	2
				Señala mes No registrada	1 0
Concordancia entre los formatos oficiales.	Fecha	Concordancia en el día, mes y año de registro	Nominal Cualitativa	Sí concuerda No concuerda	1 0
	Peso	Concordancia en la cantidad registrada en gramos	Nominal	Sí concuerda	1
			Cualitativa	No concuerda	0
	Talla	Concordancia en la cantidad registrada en centímetros	Nominal	Sí concuerda	1
			Cualitativa	No concuerda	0
	Diagnóstico nutricional	Concordancia en la evaluación del estado nutricional del menor seleccionado, de acuerdo a los indicadores establecidos en la NOM 031 SSA2 1999.	Nominal	Sí concuerda	1
			Cualitativa	No concuerda	0
	Orientación alimentaria	Concordancia en el registro en expediente clínico y tarjeta de control nutricional, de actividades encaminadas a mejorar la alimentación del menor seleccionado.	Nominal	Sí concuerda	1
Cualitativa			No concuerda	0	

VARIABLE	INDICADORES	DEFINICIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN	VALORES O ESCALA	CÓDIGO
	Suplemento alimenticio	Concordancia en el registro del total de sobres de "Nutrisano" entregados al menor seleccionado.	Nominal Cualitativa	Si concuerda No concuerda	1 0
	Próxima cita	Concordancia en el registro de la próxima fecha en que el menor seleccionado recibirá consulta de vigilancia nutricional.	Nominal Cualitativa	Si concuerda No concuerda	1 0

ANEXO 3

CARTA PROGRAMÁTICA PARA CAPACITACIÓN DE PERSONAL ENCUESTADOR

TIEMPO	TEMA	OBJETIVOS
10 minutos	Objetivos de la investigación	Conocer los fines para los cuales se ha diseñado el estudio de investigación
30 minutos	Entrevista. Objetivos y técnica	Conocer la técnica adecuada para realizar una entrevista a población-
30 minutos	Sesgos de información	Identificar los principales errores que se pueden cometer durante la realización de una entrevista y que alteran los datos y resultados de la investigación.
50 minutos	Encuesta para Madre ó responsable del menor de dos a cuatro años con desnutrición beneficiario de Oportunidades	Conocer el formato de encuesta diseñado para la recolección de datos
60 minutos	Taller para aplicación del formato de encuesta para madre ó responsable seleccionada.	Aplicar de manera práctica el formato de encuesta diseñada.
40 minutos	Organización de las acciones	Determinar la metodología para la recolección de datos en la población seleccionada.

ANEXO 4

ENTREVISTA PARA MADRES DE MENORES DE 2 A 4 AÑOS DE EDAD CON DESNUTRICIÓN BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES INSTRUCTIVO DE LLENADO

Este instructivo contiene las indicaciones a considerar para el llenado correcto de la Entrevista Para Madres Ó Responsables De Los Menores De 2 A 4 Años que fueron seleccionados para el Estudio De Investigación.

Es importante señalar que el formato **NO PODRÁ SER LLENADO POR LA PERSONA A ENCUESTAR**. Para esto, el encuestador deberá dirigir cada una de las preguntas que contiene. Así mismo, **NO DEBERÁ SUGERIR NINGUNA RESPUESTA**, pues esto dará resultados inadecuados para el estudio, que busca indagar acerca del conocimiento y conceptos de la persona acerca de la desnutrición y su atención.

En caso de que la persona no entienda la pregunta que se le hace, deberá repetírsele nuevamente, tal como está escrita. De acuerdo a la respuesta que de, se ubicará dentro de las alternativas de respuesta que señala el formato.

No	PREGUNTA	INSTRUCCIONES
	No DE FOLIO	Número dado por el investigador.
	FECHA	Anotar día, mes y año.
	NOMBRE DEL MENOR	Nombre completo del menor seleccionado.
	NOMBRE DE LA MADRE Ó RESPONSABLE	Nombre completo de la madre ó responsable del menor seleccionado.
	DOMICILIO	Anotar calle, No., colonia ó barrio. En caso de no contar con estos datos, solicitar alguna seña particular (ej.: junto a la escuela, por el pozo, etc.).
	LOCALIDAD	Localidad donde se ubica la vivienda
	MUNICIPIO	Municipio al cual pertenece la localidad.
P1	¿Cuántos años tiene la persona que cuida a (nombre del menor)?	Anotar edad de la persona en años cumplidos. Sustituir (nombre del menor) por el nombre de pila del niño seleccionado. Aplicar siempre que encuentre este dato.
P2	¿Cuántos menores de 5 años viven en esta casa, contando a (Nombre del menor)?	Anotar el número que refiera. Incluye al menor seleccionado para el estudio.
P3	¿Quién es la persona que lleva a (nombre del menor) a la unidad de Salud, para que lo revisen de su nutrición?	Encerrar el número correspondiente según la respuesta que refiera. En caso de que refiera más de una persona, pedirle el dato de aquella que por lo regular realiza la actividad.
P4	¿Quién le da de comer a (nombre del menor)?	Encerrar el número correspondiente según la respuesta que refiera. En caso de que refiera más de una persona, pedirle el dato de aquella que por lo regular realiza la actividad.
P5	¿Cada cuándo lleva a consulta a (nombre del menor) para que lo chequen de su nutrición?	Encerrar el número correspondiente según la respuesta que refiera
P6	¿Cómo le dijeron que estaba (nombre del menor) de su peso en la última consulta?	Marcar que "Conoce el dato", cuando refiere el peso que tuvo el menor en la consulta más reciente. En caso de que titubeara y no pueda dar el dato, marcar el número correspondiente a "No se acuerda". Si el personal de

		salud no le dio el dato, marcar el número correspondiente a "No le dijeron nada".
P7	¿Cómo le dijeron que estaba (nombre del menor) de su estatura en la última consulta?	Marcar que "Conoce el dato", cuando refiere la talla que tuvo el menor en la consulta más reciente. En caso de que titubeara y no pueda dar el dato, marcar el número correspondiente a "No se acuerda". Si el personal de salud no le dio el dato, marcar el número correspondiente a "No le dijeron nada".
P8	¿ Cuándo le toca su próxima cita a (nombre del menor) para checarlo de su nutrición?	Encerrar el número correspondiente según la respuesta que refiera.
P9	¿Cuándo fue la última vez que le dieron una plática de nutrición ó le enseñaron como preparar comidas en la clínica/centro de salud/brigada?	Encerrar el número correspondiente según la respuesta que refiera.
P10	¿Cómo sabe que un niño está desnutrido? (marque todas las que mencione)	Marcar un "SI" por cada una de las respuestas que dé. Aquellas que no mencione marcarlas como "NO".
P11	¿Qué le pasa a un niño menor de cinco años que no se le atiende en su nutrición? (marque todas las que mencione)	Marcar un "SI" por cada una de las respuestas que dé. Aquellas que no mencione marcarlas como "NO".
P12	¿Para qué sirve el suplemento alimenticio que el Programa Oportunidades da a los niños? (marque todas las que mencione)	Marcar un "SI" por cada una de las respuestas que dé. Aquellas que no mencione marcarlas como "NO".
P13	¿Cuántas cucharadas le dijeron en la clínica que debe de comer el niño (a) al día?	Marcar "2" cuando señale cuatro cucharadas, "1" para cualquier otra cantidad que refiera, y "0" cuando no le dijeron en la unidad de salud.
P14	¿Cómo le dijeron en la clínica que se debe preparar el suplemento alimenticio?	Marcar "2" cuando señale la preparación en papilla, "1" para cualquier otra forma que refiera, y "0" cuando no le dijeron en la unidad de salud.
P15	¿Cuántos sobres de suplemento alimenticio le entregaron la última vez?	Anotar la cantidad que refiera la persona.
P16	¿Para cuánto tiempo le dijeron que eran los sobres que le entregaron?	Marcar "2" cuando señale un mes, "1" para cualquier otra cantidad que refiera, y "0" cuando no le dijeron en la unidad de salud.
P17	¿Cómo le gusta más comerse el suplemento a (nombre del menor)?	Marcar el número según prefiera por lo regular ingerir el menor seleccionado el suplemento. En caso de que refiera que no le gusta, pasar a pregunta No. 19.
P18	¿Qué sabor le gusta más?	Marcar según el sabor que prefiera el menor. En caso de que le gusten 2 sabores, señalar los dos. En caso de que le gusten los tres por igual, marcar el rubro que lo selala.
P19	¿Cuánto tiempo le dura cada sobre del suplemento?	Anotar según refiera la persona.
P20	¿Cada cuándo le entregan los sobres de suplemento alimenticio al niño(a) en la clínica?	Marcar "2" cuando señale un mes, "1" para cada dos meses, y "0" cuando el tiempo excede a 2 meses.
	ENCUESTADOR	Anotar nombre del encuestador

P11	¿Qué le pasa a un niño menor de cinco años que no se le atiende en su nutrición? (marque todas las que mencione)	P11-1	Se muere	1	Sí	0	No
		P11-2	Se enferma muy seguido	1	Sí	0	No
		P11-3	Se queda bajo de estatura / no crece	1	Sí	0	No
		P11-4	No engorda	1	Sí	0	No
		P11-5	Le da anemia	1	Sí	0	No
		P11-6	No aprende	1	Sí	0	No

P12	¿Para qué sirve el suplemento alimenticio que el Programa Oportunidades da a los niños? (marque todas las que mencione)	P12-1	Para que crezcan	1	Sí	0	No
		P12-2	Para que engorden/suban de peso	1	Sí	0	No
		P12-3	Para que no se enfermen	1	Sí	0	No
		P12-4	Son vitaminas	1	Sí	0	No

P13	¿Cuántas cucharadas le dijeron en la clínica que debe de comer el niño (a) al día?	2	Cuatro
		1	Cualquier otra que mencione
		0	No le dijeron
P14	¿Cómo le dijeron en la clínica que se debe preparar el suplemento alimenticio?	2	En papilla
		1	Cualquier otra que mencione
		0	No le dijeron
P15	¿Cuántos sobres de suplemento alimenticio le entregaron la última vez? (anotar cantidad)		
P16	¿Para cuánto tiempo le dijeron que eran los sobres que le entregaron?	2	1 mes
		1	más de 1 mes
		0	no le dijeron

IV. ACEPTACION DE "NUTRISANO"

P17	¿Cómo le gusta más comerse el suplemento a (nombre del menor)?	3	Papilla
		2	Atole/bebida
		1	En polvo
		0	No le gusta (pase a No. 19)
P18	¿Qué sabor le gusta más?	1	Chocolate
		1	Vainilla
		1	Plátano
		2	Los 3 por igual
P19	¿Cuánto tiempo le dura cada sobre del suplemento? (anotar el que refiera).		
P20	¿Cada cuándo le entregan los sobres de suplemento alimenticio al niño(a) en la clínica?	2	Cada mes
		1	Cada 2 meses
		0	Más de 2 meses

ENCUESTADOR: _____

ANEXO 6
ENTREVISTA PARA PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA
INSTRUCTIVO DE LLENADO

Este instructivo contiene las indicaciones a considerar para el llenado correcto de la Entrevista Para Personal de salud de las Unidades de Salud que fueron seleccionadas para el Estudio De Investigación.

Es importante señalar que el formato NO PODRÁ SER LLENADO POR LA PERSONA A ENCUESTAR. Para esto, el encuestador deberá dirigir cada una de las preguntas que contiene. Así mismo, NO DEBERÁ SUGERIR NINGUNA RESPUESTA, pues esto dará resultados inadecuados para el estudio. En caso de que la persona no entienda la pregunta que se le hace, deberá repetírsele nuevamente, tal como está escrita. De acuerdo a la respuesta que de, se ubicará dentro de las alternativas de respuesta que señala el formato.

No	PREGUNTA	INSTRUCCIONES
	No DE FOLIO	Número dado por el investigador.
	Nombre de la Unidad de salud	Con el que se denomina la Unidad seleccionada.
	FECHA	Anotar día, mes y año.
	Tipo de unidad de salud	Anotar el correspondiente según refiera el personal.
	Puesto/Código desempeñado	Marcar 1 si es médico y 0 si es enfermera (o)
	Años de servicio en la Secretaría de Salud	Anotar cantidad en años. Si son meses, señalar.
P1	¿Para qué sirve el suplemento alimenticio de niños?	Marcar todas las que señale. Si refiere no saber, marque 0.
P2	¿A qué población debe entregarse?	Marcar 1 si menciona a todos los niños de 6 a 23 meses, de 2 a 4a. desnutridos, y mujeres embarazadas y en período de lactancia. Marque 0 si refiere cualquier otra respuesta.
P3	¿Cuántos sobres se entregan a los menores de 2 a 4 años al mes?	Anotar la cantidad que refiera la persona.
P4	¿Cómo se debe preparar el suplemento para niños?	Marcar 1 si refiere "En papilla", ó 0 para cualquier otra forma que mencione
P5	¿Cuándo fue la última vez que recibió suplemento alimenticio en la unidad?	Señalar el total de meses ó días según refiera.
P6	¿En qué lineamientos se basa la vigilancia nutricional del menor de dos a cuatro años?	Marcar cada una de las que señale. Si refiere algún dato diferente ó no sabe, marque 0.
P7	¿Cada cuándo debe acudir a consulta el desnutrido de 2 a 4 años?	Marque 1 si señala cada quince días ó cada mes. Para cualquier otro que mencione marque 0.
P8	¿Qué criterios toma en cuenta para realizar el diagnóstico nutricional del menor de 2 a 4 años?	Marcar un "SI" por cada una de las respuestas que dé. Aquellas que no mencione marcarlas como "NO".
P9	¿Cuál es la normatividad para diagnosticar a un menor de cinco años como recuperado?	Marcar 1 si refiere "Permanecer 6 meses normal para la edad", ó 0 para cualquier otra respuesta.
P10	¿Qué actividades realiza para la recuperación nutricional de un menor de 2 a 4 años?	Marcar un "SI" por cada una de las respuestas que dé. Aquellas que no mencione marcarlas como "NO".
P11	¿Qué temas incluye en la capacitación de madres de desnutridos de 2 a 4 años?	Marcar un "SI" por cada una de las respuestas que dé. Aquellas que no mencione marcarlas como "NO".
P12	¿Qué criterios considera para determinar que la madre ó responsable de un menor con desnutrición está capacitada en desnutrición?	Marcar un "SI" por cada una de las respuestas que dé. Aquellas que no mencione marcarlas como "NO".
P13	¿Cuántas madres ó responsables de niños de 2 a 4ª con desnutrición y que son beneficiarios de Oportunidades se han capacitado en atención de la desnutrición?	Anotar cantidad que refiera.
P14	De acuerdo a los registros de la Unidad ¿Cuántas menores de 2 a 4ª beneficiarios de Oportunidades se han recuperado de la desnutrición en los últimos 6 meses?	Anotar cantidad que refiera.
	ENCUESTADOR	Anotar nombre del encuestador

ANEXO 7

FORMATO DE ENTREVISTA PARA PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERÍA

No DE FOLIO _____

UNIDAD DE SALUD: _____ FECHA _____

I. CARACTERÍSTICAS LABORALES DEL PERSONAL DE SALUD

Tipo de unidad de salud	2 1 0	Centro de salud urbano Centro de salud rural Equipo de salud itinerante
Puesto/Código desempeñado	1 0	Médico Enfermera (o)
Años de servicio en la Secretaría de Salud (anotar los que refiera)		

II. CONOCIMIENTO SOBRE "NUTRISANO" DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES

P1	¿Para qué sirve el suplemento alimenticio de niños?	1 1 1 0	Complemento de la alimentación. Favorece recuperación del menor. Es un medicamento No sabe
P2	¿A qué población debe entregarse?	1 0	Todos los niños de 6 a 23 meses, de 2 a 4a. desnutridos, y mujeres embarazadas y en período de lactancia. No sabe
P3	¿Cuántos sobres se entregan a los menores de 2 a 4 años al mes? (anotar cantidad).		_____ Sobres
P4	¿Cómo se debe preparar el suplemento para niños?	1 0	En papilla Cualquier otro que mencione
P5	¿Cuándo fue la última vez que recibió suplemento alimenticio en la unidad? (señale sólo uno de los rubros)		_____ Meses _____ Días

III. CONOCIMIENTO DE LA NORMA ESTABLECIDA PARA LA VIGILANCIA Y RECUPERACIÓN NUTRICIONAL DEL MENOR DE 2 A 4 AÑOS BENEFICIARIO DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES.

P6	¿En qué lineamientos se basa la vigilancia nutricional del menor de dos a cuatro años?	1 1 0	Norma Oficial Mexicana (031, 008). Lineamientos de operación de Oportunidades No sabe
P7	¿Cada cuándo debe acudir a consulta el desnutrido de 2 a 4 años?	1 0	Cada quince días, cada mes Cualquier otro que mencione

P8	¿Qué criterios toma en cuenta para realizar el diagnóstico nutricional del menor de 2 a 4 años?	P8-1	Peso para la edad	1	Sí	0	No
		P8-2	Talla para la edad	1	Sí	0	No
		P8-3	Peso para la talla	1	Sí	0	No
		P8-4	Datos clínicos	1	Sí	0	No
		P8-5	Desarrollo psicomotriz	1	Sí	0	No
		P8-6	Historia dietética	1	Sí	0	No

P9	¿Cuál es la normatividad para diagnosticar a un menor de cinco años como recuperado?	1 0	Permanecer 6 meses normal para la edad. No sabe				
P10	¿Qué actividades realiza para la recuperación nutricional de un menor de 2 a 4 años?	P10-1	Entrega suplemento	1	Sí	0	No
		P10-2	Cita correcta	1	Sí	0	No
		P10-3	Orientación alimentaria	1	Sí	0	No
		P10-4	Capacitación a la madre	1	Sí	0	No
		P10-5	Forma grupo de apoyo	1	Sí	0	No
P11	¿Qué temas incluye en la capacitación de madres de desnutridos de 2 a 4 años?	P11-1	Signos de alarma	1	Sí	0	No
		P11-2	Medidas higiene / dietétic.	1	Sí	0	No
		P11-3	Esquema de vacunación	1	Sí	0	No
		P11-4	Prevención de IRAS	1	Sí	0	No
		P11-5	Prevención de EDAS	1	Sí	0	No
		P11-6	Estimulación temprana	1	Sí	0	No
P12	¿Qué criterios considera para determinar que la madre ó responsable de un menor con desnutrición está capacitada en desnutrición?	P12-1	Asiste a pláticas programadas.	1	Sí	0	No
		P12-2	Devuelve procedimientos y conocimientos.	1	Sí	0	No
		P12-3	Su hijo mejora ó se recupera de la desnutrición.	1	Sí	0	No
		P12-4	No sabe	1	Sí	0	No
P13	¿Cuántas madres ó responsables de niños de 2 a 4ª con desnutrición y que son beneficiarios de Oportunidades se han capacitado en atención de la desnutrición? (Anotar cantidad que refiera).						
P14	De acuerdo a los registros de la Unidad ¿Cuántas menores de 2 a 4ª beneficiarios de Oportunidades se han recuperado de la desnutrición en los últimos 6 meses? (Anotar cantidad que refiera).						

ENCUESTADOR: _____

ANEXO 8
FORMATO PARA MEDICIÓN DE REGISTROS OFICIALES
INSTRUCTIVO DE LLENADO

Este instructivo contiene las indicaciones a considerar para el llenado correcto del Formato para medición de Registros Oficiales (tarjeta de control nutricional y expediente individual) de los menores seleccionados para el Estudio de Investigación.

Esta actividad se puede realizar de 2 maneras: ya sea solicitando ambos registros de cada uno de los menores seleccionados y requisitando a la par cada uno de los rubros señalados; o bien, trabajando primeramente con uno de los registros de la totalidad de los menores, y posteriormente el siguiente registro. Si se opta por la segunda opción, deberá tenerse sumo cuidado a efecto de evitar confusión en los formatos de llenado y registros correspondientes.

Registrar en el apartado denominado como "TARJETA" lo correspondiente a la tarjeta de control nutricional, y lo del expediente individual en la columna señalada como "EXPEDIENTE". Requisar cada uno de los espacios según se encuentren los registros correspondientes. Los espacios marcados con gris, son aquellos donde no se encuentra el dato en alguno de los 2 registros.

El instrumento señala 7 meses a partir del mes de abril del 2003, que corresponde a cada una de las consultas de control nutricional que debe recibir como mínimo el menor seleccionado. En caso de que en alguno de los meses señalados no se haya otorgado consulta de este tipo, dejar el espacio en blanco. Si recibió consulta por enfermedad, señalar.

PREGUNTA	INSTRUCCIONES
No de folio	Número dado por el investigador.
Unidad de salud	Con el que se denomina la Unidad seleccionada.
Nombre completo del menor	Nombre y apellidos del menor seleccionado.
Fecha de nacimiento	día, mes y año de nacimiento.
Domicilio	Calle, no., Localidad y municipio donde se ubica la vivienda del menor seleccionado.
Nombre completo de la madre	Nombre y apellidos de la madre del menor seleccionado
Fecha de registro	Marcar 2 si señala día, mes y año; 1 si señala sólo uno de los datos, y 0 si no existe el registro.
Peso	Marcar 1 si está registrado, y 0 si no existe el registro.
Talla	Marcar 1 si está registrada, y 0 si no existe el registro.
Exploración física por aparatos y sistemas	Marcar 2 si se encuentra por aparatos y sistemas; 1 si no está realizada como tal, y 0 si no existe el registro.
Valoración psicomotriz	Marcar 2 si señala áreas de desarrollo y nivel en que se encuentra; 1 si no lo señala, y 0 si no existe el registro.
Diagnóstico nutricional	Marcar 3 si registra "recuperado", 2 si registra "en vías de recuperación", 1 si registra con algún grado de desnutrición, y 0 si no existe el registro.
Orientación alimentaria	Marque 2 si está descrita por tipo, cantidad y periodicidad, 1 si se registra "orientación nutricional", y 0 si no existe el registro.
Suplemento alimenticio	Marque 2 si señala total de sobres que entrega, 1 si registra "se entrega suplemento alimenticio, papilla ó nutrisano", y 0 si no existe el registro.
Fecha de próxima cita	Marque 2 si señala día y mes de próxima consulta de control nutricional; 1 si señala mes ó día, y 0 si no existe el registro.

ANEXO 10

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA APLICACIÓN DE ENTREVISTA A PERSONAL DE SALUD.

LUGAR: _____

FECHA: _____

El que suscribe _____, personal de salud de la Unidad de Salud _____, y desempeñando el puesto de _____, otorgo autorización a fin de que me sea realizada una entrevista acerca de la estrategia de vigilancia nutricional del menor de cinco años y el Programa Oportunidades, en el entendido que todos los datos que aportados serán confidenciales y de uso exclusivo para el estudio que se está realizando.

NOMBRE Y FIRMA

TESTIGO

ANEXO 11

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA APLICACIÓN DE ENTREVISTA A MADRES DE MENORES DE DOS A CUATRO AÑOS CON DESNUTRICIÓN BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES.

LUGAR: _____

FECHA: _____

La presente, Señora _____, madre del niño(a) _____, acepto que me sea realizada una entrevista acerca del control nutricional de mi hijo(a), en el entendido que todos los datos que yo aporte serán confidenciales y de uso exclusivo para el estudio que se está realizando.

**NOMBRE Y FIRMA O HUELLA
DIGITAL DE LA MADRE DE FAMILIA**

TESTIGO

ANEXO 12
MANUAL DE CODIFICACIÓN

MADRE Ó RESPONSABLE DEL MENOR

1. CARACTERÍSTICAS FAMILIARES QUE FAVORECEN LA NO RECUPERACION NUTRICIONAL

No.	INDICADOR	VALOR Ó ESCALA	CÓDIGO
1	Edad de la madre	25 a 39	2
		17 a 24	1
		40 y más	0
		-17	0
2	Menores de 5a en el hogar	1 a 2	2
		3 a 4	1
		5 y más	0
3	Responsable del control nutricional	Madre/padre	4
		Abuela	3
		Hermanos	2
		Tío (a)	1
		No pariente	0
4	Responsable de la alimentación	Madre/padre	4
		Abuela	3
		Hermanos	2
		Tío (a)	1
		No pariente	0
VALOR MÁXIMO			12

2. INFORMACIÓN / CONOCIMIENTO DE LA MADRE EN NUTRICIÓN

No.	INDICADOR	VALOR Ó ESCALA	CÓDIGO
1	Periodicidad de consultas	Cada mes	3
		Cada 2 meses	2
		Más de 2 meses	1
		Sólo cuando se enferma	0
2	Diagnóstico nutricional según peso	Conoce el dato	2
		No conoce el dato	1
		No le informaron	0
3	Diagnóstico nutricional según talla	Conoce el dato	2
		No conoce el dato	1
		No le informaron	0

ANEXO 12
MANUAL DE CODIFICACIÓN

4	Próxima cita	0 a 1 mes	2
		2 y más meses	1
		No le dieron cita	0
5	Ultima plática de nutrición ó demostración culinaria	0 a 1 mes	2
		2 y más meses	1
		No le han dado	0
6	Signos y síntomas de la desnutrición	No tiene hambre	1
		Está débil	1
		Está llorón	1
		No quiere hacer nada	1
		Se enferma muy seguido	1
		No crece ni engorda	1
		Tiene manchas en la cara	1
7	Complicaciones de la desnutrición	No sabe	0
		Muerte	1
		Enferma muy seguido	1
		No crece	1
		No engorda	1
		Anemia	1
		No aprende	1
8	Utilidad del nutrisano	No sabe	0
		Aumenta de tamaño	1
		Sube de peso	1
		Protege contra enfermedades	1
		Son vitaminas	1
9	Dosis diaria	No le informaron	0
		4 cucharadas	2
		No sabe	1
10	Forma de preparación	No le informaron	0
		Papilla	2
		No la conoce	1
11	Sobres recibidos	No le informaron	0
		5 sobres	2
		Más de 5 sobres	1
		Menos de 5 sobres	0

**ANEXO 12
MANUAL DE CODIFICACIÓN**

12	Temporalidad de los sobres recibidos	1 mes	2
		Más de 1 mes	1
		No le informaron	0
VALOR MÁXIMO			36

3. ACEPTACIÓN DE NUTRISANO

No.	INDICADOR	VALOR Ó ESCALA	CÓDIGO
1	Preparaciones de preferencia	Papilla	3
		Atole/bebida	2
		En polvo	1
		No le gusta	0
2	Sabor de preferencia	Los 3 por igual	2
		Chocolate	1
		Vainilla	1
		Plátano	1
3	Duración de un sobre	6 días	2
		Menos de 6 días	1
		Más de 6 días	0
4	Periodicidad de recepción	Cada mes	2
		Cada 2 meses	1
		Más de 2 meses	0
VALOR MÁXIMO			9

PUNTAJE TOTAL EN MADRES O RESPONSABLES

57

**ANEXO 12
MANUAL DE CODIFICACIÓN**

PERSONAL DE SALUD

4. CARACTERÍSTICAS LABORALES

No.	INDICADOR	VALOR Ó ESCALA	CÓDIGO
1	Tipo de unidad de salud	Centro de Salud Urbano	2
		Centro de Salud Rural	1
		Equipo de Salud Itinerante	0
2	Puesto/código desempeñado	Médico	1
		Enfermera	0
3	Antigüedad	Más de 5 años	2
		1 a 4 años	1
		Menos de 1 año	0
VALOR MÁXIMO			5

5. CONOCIMIENTO SOBRE NUTRISANO DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES

No.	INDICADOR	VALOR Ó ESCALA	CÓDIGO
1	Utilidad del nutrisano	Complemento alimenticio	1
		Favorece recuperación del menor	1
		Es un medicamento	1
		No sabe	0
2	Criterios para entrega del nutrisano	Sabe	1
		No sabe	0
3	Sobres a entregar	Sabe	1
		No sabe	0
4	Forma de preparación	Sabe	1
		No sabe	0
5	Periodicidad de recepción	1 mes	2
		2 meses	1
		Más de 2 meses	0
VALOR MÁXIMO			8

**ANEXO 12
MANUAL DE CODIFICACIÓN**

6. CONOCIMIENTO DE LA NORMA ESTABLECIDA PARA LA VIGILANCIA Y RECUPERACIÓN NUTRICIONAL DEL MENOR DE 2 A 4a BENEFICIARIO DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES.

No.	INDICADOR	VALOR Ó ESCALA	CÓDIGO
1	Norma para la vigilancia nutricional del menor de 2 a 4a	Norma Oficial Mexicana	1
		Lineamientos Oportunidades	1
		No sabe	0
2	Periodicidad d/consulta del menor de 2-4a dnt	Mensual/quincenal	1
		Mayor a un mes	0
3	Diagnóstico de desnutrición en el menor de 2 a 4a	Peso / Edad	1
		Talla / Edad	1
		Peso / Talla	1
		Datos clínicos	1
		Desarrollo psicomotriz	1
		Historia dietética	1
		No sabe	0
4	Dx de recup. nut. del menor de 2 a 4a	Sabe	1
		No sabe	0
5	Actividades para favorecer la recuperación nutricional	Entrega Nutrisano	1
		Cita correcta	1
		Orientación alimentaria	1
		Capacitación a la madre ó respon.	1
		Forma grupos de apoyo	1
6	Temas para la capacitación de madres	Signos de alarma	1
		Medidas higiénico/dietéticas	1
		Esquema de vacunación	1
		Prevención de IRAS	1
		Prevención de EDAS	1
		Estimulación temprana	1
7	Madre capacitada	Asiste a pláticas programadas	1
		Devuelve procedim. Y conocim.	1
		Se mejora ó recupera su hijo	1
		No sabe	0
VALOR MÁXIMO			24

**ANEXO 12
MANUAL DE CODIFICACIÓN**

FORMATOS OFICIALES

7. LLENADO / REGISTRO CORRECTO

No.	INDICADOR	VALOR Ó ESCALA	CÓDIGO
1	Fecha	Completa	2
		Incompleta	1
		Sin registro	0
2	Peso	Registrado	1
		Sin registro	0
3	Talla	Registrado	1
		Sin registro	0
4	Exploración física	Completa	2
		Incompleta	1
		Sin registro	0
5	Valoración psicomotriz	Completa	2
		Incompleta	1
		Sin registro	0
6	Diagnóstico nutricional	Recuperado	3
		Vías de recup	2
		Desnutrido	1
		Sin registro	0
7	Orientación alimentaria	Describe tipo,cantidad y periodicidad	2
		Registrada como tal	1
		Sin registro	0
8	Suplemento alimenticio	Señala total de sobres	2
		No señala total de sobres	1
		Sin registro	0
9	Próxima cita	Señala día y mes	2
		Señala día ó mes	1
		Sin registro	0

EXPEDIENTE INDIVIDUAL	Calificación Máxima	1 Mes	7 Meses
		17	119
TARJETA	Calificación Máxima	13	91

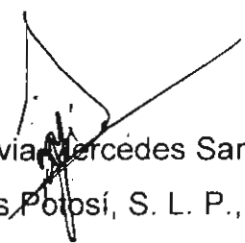
**ANEXO 12
MANUAL DE CODIFICACIÓN**

8. CONCORDANCIA ENTRE LOS REGISTROS OFICIALES

No.	INDICADOR	VALOR Ó ESCALA	CÓDIGO
1	Fecha	Sí	1
		No	0
2	Peso	Sí	1
		No	0
3	Talla	Sí	1
		No	0
4	Diagnóstico nutricional	Sí	1
		No	0
5	Orientación alimentaria	Sí	1
		No	0
6	Suplemento alimenticio	Sí	1
		No	0
7	Próxima cita	Sí	1
		No	0

	1 Mes	7 Meses
VALOR MÁXIMO	7	49

“La autora concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada Efectividad del Cumplimiento a la Norma para la Recuperación Nutricional del Menor de 2 a 4 Años con Desnutrición Beneficiario del Programa Oportunidades, S.L.P., 2003, para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos del autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción parcial ó total”.



L. E. Silvia Mercedes Sanjuanero Ruíz.
San Luis Potosí, S. L. P., febrero de 2005.