



© Tdh / Christian Brun

Salud Materno-Infantil.

Temática Política.



IMPRESSUM

RESPONSABLE DE PUBLICACIÓN :
Jean-Pierre Papart

PAGINACIÓN: Isabel Hediger
MAQUETAS: Olivia Wermus
PRODUCCIÓN: Laure Silacci

IMPRESIÓN: Mengis Druck und
Verlag AG. Impreso en papel libre
de cloro

VERSIÓN: Publicación en francés,
inglés y español

Secunda version de la Política
tematica desarrollada a base de
un proceso de capitalización de
los proyectos de Tdh a traves de
los siguientes talleres thematicos:
Dakar (2002); Cartagena (2003);
Kathmandu (2004); Casablanca
(2006); El Cairo (2007) y Dakar
(2009).

Validación por la dirección de Tdh:
Febrero 2010.

© 2012, Terre des hommes
– Ayuda a la infancia.

Índice

INTRODUCCIÓN	5
SECCIÓN I: LA SALUD INFANTIL SEGÚN TDH	7
1. Los problemas de salud infantil	8
• La situación a nivel mundial	
• La mayor preocupación de Tdh	
2. Razones para actuar	10
3. Contexto de las intervenciones	11
• Análisis de los actores	
• Ayuda ofrecida por Tdh	
SECCIÓN II: INTERVENCIONES DE TDH	
4. Principios directores de Tdh	14
5. Visión, misión y grupos a los que va dirigida la acción	15
• La visión y la misión	
• Los beneficiarios	
6. Ejes estratégicos de la política temática	15
7. Modelos de acción de Tdh	
• Los proyectos SMI-nutrición	17
• Los «demás» proyectos de salud	
SECCIÓN III: LA PRÁCTICA DE TDH	20
8. La perspectiva GCP	22
9. Nuestra acción SMI - Nutrición	23
10. Nuestra acción SMI - Nutrición	28

Introducción

La salud es uno de los ámbitos de intervención prioritario de la Fundación *Terre des hommes*, así que la protección de los niños. Desde su creación en 1960, Tdh ha considerado siempre la salud infantil como una prioridad.

A finales de 2001, a partir de la publicación del Manual sobre la gestión de ciclo del proyecto (GCP), apareció progresivamente la necesidad de aplicar concretamente nuestra política en el campo de la salud, es decir, definir la manera propia a Tdh de trabajar en los proyectos de salud. El esfuerzo iniciado en este período permitió elaborar en marzo de 2005 una estrategia sectorial de salud. Esta primera versión de la estrategia sectorial fue fruto del esfuerzo importante de capitalización de nuestra experiencia institucional en el campo de la salud (identificación de los éxitos, los fracasos y las lecciones aprendidas de esa experiencia, realizado durante un período de dos años (entre enero de 2002 y enero de 2004) gracias a varios talleres regionales en Africa (para Africa/Haití: informe de capitalización Nutrición de Dakar, Senegal, junio de 2002), en América Latina (informe de capitalización Nutrición de América Latina, Cartagena, Colombia, abril de 2003) y en Asia/Oriente Medio (informe de capitalización Nutrición de Asia, Katmandú, Nepal, enero de 2004).

El presente documento – titulado Política temática salud – corresponde precisamente a una actualización de la estrategia sectorial elaborada en 2005. Así pues, confirmamos la pertinencia de los tres ejes estratégicos; es decir:

- el apoyo al sistema nacional de salud de los países en los que actuamos;
- el empoderamiento mediante un enfoque comunitario;
- el alegato en favor del derecho a la salud.

Dicha política temática salud concuerda totalmente con el enfoque actual de *Terre des hommes* desde los derechos infantiles. Puesto que el derecho infantil a la salud (Convención sobre los derechos del niño) estipula la responsabilidad de los Estados signatarios (los «*Estados parte*»), pensamos que era lógico intervenir para apoyar al Estado y no substituyéndonos a éste, como en el pasado. Por otro lado, la experiencia histórica de los que luchan por los derechos humanos muestra que el derecho no se recibe, sino que es el resultado de la movilización de los «*derechohabientes*» combinada con la reivindicación a través del alegato.

Este nuevo documento de presentación de la política temática salud se basa fundamentalmente en los talleres salud-nutrición regionales para África y Haití (Casablanca, mayo de 2006 y Dakar, mayo de 2009) y para Asia y Oriente Próximo (El Cairo, diciembre de 2007). Su objetivo es el de orientar a colaboradores, socios y donadores sobre el tipo de intervenciones puestas en práctica o apoyadas por Tdh en el ámbito del derecho a la salud, los principios directores que guían esas intervenciones, los modos de acción y opciones de trabajo adoptadas, las herramientas de análisis en la realización y el seguimiento, así como los socios fundamentales.

La sección I orienta al lector explicándole brevemente los grandes problemas de salud infantil a nivel mundial para exponer, a continuación, los motivos del compromiso de Tdh en relación con esta problemática y el contexto de tal acción.

La sección II se concentra más específicamente en las orientaciones generales de la acción de Tdh en el ámbito de la salud. En primer lugar se presentan los principios directores que guían dicha acción; luego se describen la visión, los objetivos y los grupos a los que la acción está dirigida; por último se destacan los principales modelos de acción en vigor en los proyectos salud de la Fundación.

La sección III informa sobre las acciones actuales realizadas o apoyadas por Tdh. En ella se insiste sobre la importancia de la perspectiva de gestión de ciclo del proyecto (GCP) y se analizan más en detalle los campos de actividad relacionados, por una parte, con los proyectos de SMI-nutrición y, por otra, con los demás proyectos de salud.



1

La salud infantil
según Tdh

En *Terre des hommes* nos preocupa esencialmente la injusticia que representa la muerte de un niño. Para enfrentarnos de forma racional a esta problemática, desde hace mucho tiempo luchamos contra su principal causa: la malnutrición. Esta problemática sigue siendo un motivo central de preocupación en la mitad de nuestros proyectos de salud. Pero la muerte no es la única consecuencia negativa de la falta de acceso a la salud: el sufrimiento del niño es igualmente inaceptable. Por esta razón, Tdh está también presente en los países en que la malnutrición está más controlada, pero en los cuales el acceso a la salud sigue siendo problemático para una gran proporción de los niños. Tdh intenta estar presente en los contextos en que el acceso a los cuidados básicos no está generalizado, ni mucho menos. Los niños y sus familias se enfrentan a situaciones de pobreza, injusticia y violencia que recortan notablemente sus posibilidades de crecimiento y desarrollo.

1. Los problemas de salud infantil

El presente capítulo presenta en primer lugar la problemática de la salud infantil a nivel mundial. A continuación, las razones fundamentales del compromiso de Tdh en este campo.

La situación a nivel mundial

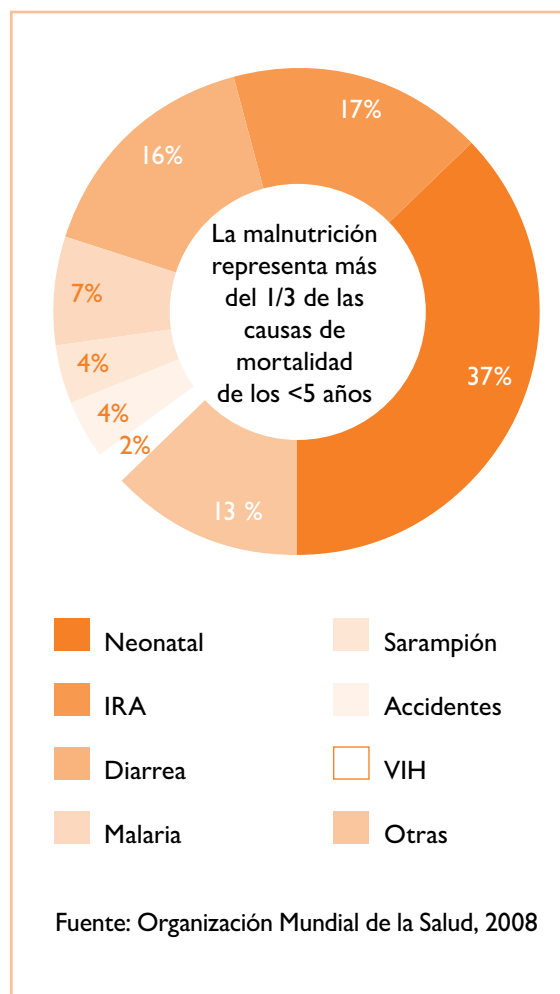
• **¿Cuántos niños mueren?** En primer lugar – y sobre todo en este año de cincuentenario de la Fundación – cabe decir que durante los últimos 50 años ha habido avances importantísimos en lo que se refiere a la mortalidad infantil. Si en 1960 el 25% de los niños del mundo morían antes de alcanzar los 5 años de edad, este porcentaje disminuyó hasta el 12% en 1980, al 10% en 1990 y al 7% en 2000, aunque se mantiene a ese nivel en 2010.

Durante el año 1990, 11 millones 700 mil niños menores de 5 años perdieron la vida. En el año 2000 fueron 10 millones y medio. Una parte importante de la mejora constatada entre 1990 y 2000 se debe al descenso de mortalidad causada por diarrea: de 3,3 millones de muertes en 1990 se pasó a 1,5 millones en 2000, es decir 800 millones de muertes menos en diez años debido a la mejora de la cobertura terapéutica por hidratación oral, que pasó del 40% en 1990 al 69% en 2000.

Aunque, como acabamos de ver, se han realizado importantes avances en el tratamiento de las enfermedades infantiles, la mortalidad neonatal y la malnutrición siguen siendo problemas fundamentales.

• **¿De qué mueren los niños?** Actualmente, el riesgo de fallecimiento más elevado se presenta durante el primer mes de vida; el parto en buenas condiciones higiénicas y los cuidados neonatales eficaces juegan un papel fundamental en este sentido. Las principales causas de muerte de los neonatos son los partos prematuros, la asfixia durante el parto y las infecciones. Entre un mes y cinco años de edad, las muertes se deben principalmente a las pulmonías, la diarrea, el paludismo, el sarampión y el VIH (ver figura 1). La malnutrición constituye un factor agravante clave en la mitad de los fallecimientos infantiles.

Figura 1: Causas de mortalidad de los menores de 5 años



La malnutrición contribuye por una tercera parte de la mortalidad de los menores de 5 años, es decir alrededor de 3,5 millones de muertes pueden atribuirse cada año a la malnutrición: la mitad de ellas a la malnutrición aguda severa y la otra mitad a la malnutrición moderada, tanto en su forma aguda como crónica (retraso de crecimiento).

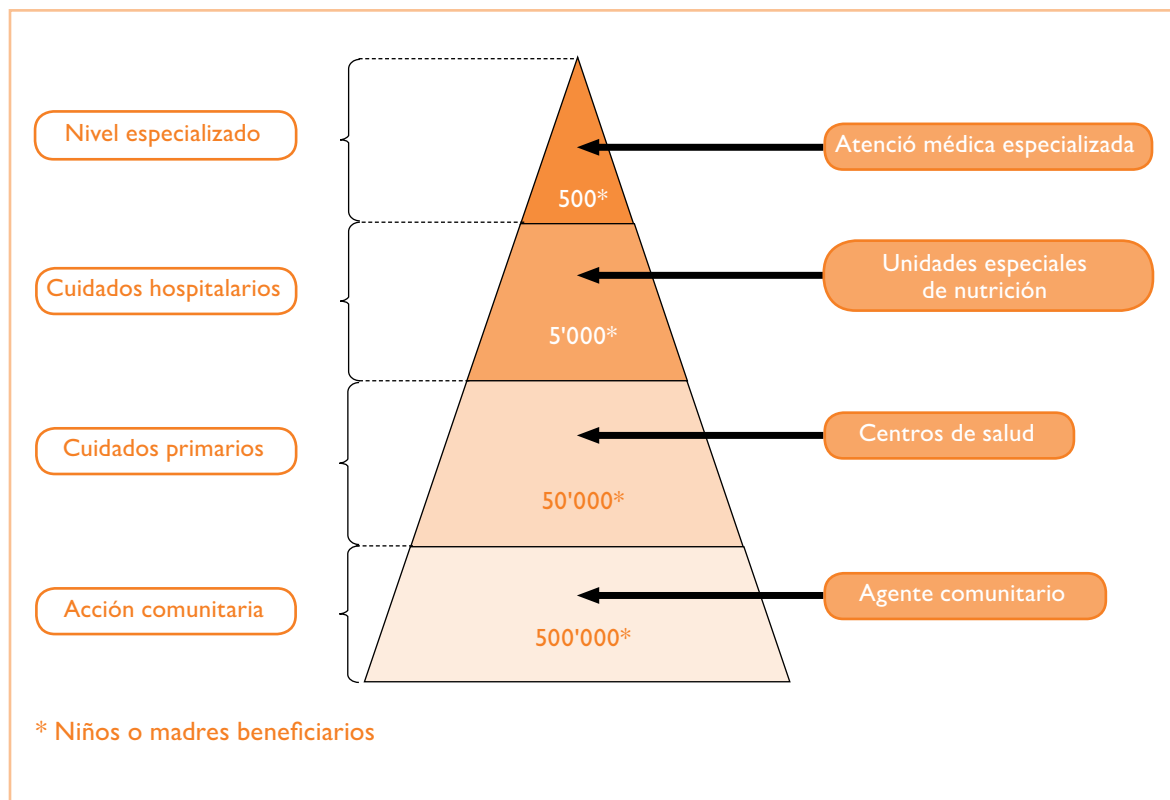
- **¿Qué importancia tiene la malnutrición?** 15 millones de niños en el mundo sufren de malnutrición aguda severa (MAS): 3 millones de ellos sufren de malnutrición aguda severa complicada, que les obliga a ingresar en medio hospitalario, y 12 millones de malnutrición aguda severa simple, que se puede tratar a nivel comunitario con alimentos terapéuticos preparados. Según las normas de la OMS, los niños con un índice peso/talla inferior a -3 ET corren un riesgo elevado de muerte 9 veces superior al de los niños cuyo índice peso/talla es superior a -1'. Igual ocurre cuando el perímetro del brazo es inferior a 115 mm. El riesgo mortal elevado que se observa por debajo de esos límites muestra la importancia de los programas de cuidados nutricionales y médicos intensivos. La malnutrición aguda moderada (MAM) afecta a 60

millones de niños. Cabe incluso decir que la malnutrición crónica, llamada mas adecuadamente retraso en el crecimiento, afecta a 195 millones de niños. Dicha situación tiene consecuencias profundas en las posibilidades de desarrollo de los niños que sufren de ella. Los estados de malnutrición moderada (y/o retraso en el crecimiento) son, en valores absolutos, aún más mortales que la malnutrición aguda severa puesto que, si bien están asociados a una mortalidad menor, afectan a un número de niños muy elevado.

Actualmente se estima que de los 6.200 millones de seres humanos que pueblan nuestro planeta, entre 1.000 y 1.200 millones sufren del hambre.

- **Además de la malnutrición, ¿cuáles son los otros elementos determinantes que afectan a la salud infantil?** La mitad de la humanidad todavía no tiene acceso a un agua de calidad aceptable ni a servicios sanitarios (por distintos motivos: inexistencia, falta de funcionamiento o falta de acceso financiero). Por razones a la vez políticas y de injusticia económica, una gran parte de la humanidad vive en contextos de guerra, inseguridad y violencia. Estos elementos

Figura 2: Niveles de intervención de Terre des hommes en el campo de la salud.



afectan así de forma determinante a la salud y a las posibilidades de desarrollo de los niños.

La mayor preocupación de Tdh

Para Tdh, el primero de los derechos del niño es el derecho a la vida. Desde su creación en 1960, Tdh se ha mantenido firme en su compromiso en favor del derecho a la vida y a la salud para todos los niños del mundo.

Tal como muestra la figura 2, la acción de *Terre des hommes* en el ámbito de la salud abarca 4 niveles de la pirámide sanitaria: desde el nivel comunitario hasta los cuidados especializados, pasando por los cuidados a nivel primario y secundario, correspondiente al hospital de distrito.

Por lo que se refiere al compromiso de Tdh en favor de la salud infantil, prevalece una visión del problema que no es sólo tecnocrática, sino también profundamente humana. El niño no se considera únicamente un cuerpo que sufre, sino como todo un ser humano que comparte su humanidad con la familia, la comunidad y la humanidad entera. Sobre esta visión ética, Tdh ha construido progresivamente un enfoque «comunitario» de la acción.

Mientras que la salud se ha convertido en un problema comercial mundial, la acción de Tdh en el ámbito sanitario se centra completamente en el niño teniendo en cuenta toda su humanidad y está, por lo tanto, al amparo de cualquier forma posible de instrumentalización. El objetivo de la acción de Tdh es el propio niño.

2. Razones para actuar

Este capítulo describe las razones que fundamentan la lucha de Tdh en favor de la salud infantil.

Tdh se inspira de los principios expresados en su Carta y se guía por la Convención sobre los derechos del niño.

La Carta de la Fundación Tdh (1960) afirma: «Mientras haya un niño indefenso expuesto al hambre, a la angustia, a la miseria, al abandono o al dolor, dondequiera que esté o quienquiera que sea, el movimiento *Tierra de hombres*, creado con este propósito, le prestará auxilio inmediato, en cuanto le sea posible»

La Convención sobre los derechos del niño (1989) establece lo siguiente:

Artículo 24, párrafo 1: «Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.»

Artículo 24, párrafo 2: «Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:

- (a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;
- (b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;
- (c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;
- (d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres;
- (e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;
- (f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.»

3. Contexto de las intervenciones

Se pueden distinguir globalmente dos tipos de contexto de intervención para los proyectos sanitarios de *Terre des hommes*:

- los proyectos integrados de salud materno-infantil en los que la problemática nutricional es fundamental;
- los demás proyectos de salud.

Análisis de los actores

Las madres, los padres, las familias, los niños y las comunidades constituyen los colaboradores prioritarios de Tdh en todos los proyectos. Tdh también da prioridad a las relaciones con las autoridades sanitarias locales y nacionales con objeto de lograr intervenciones negociadas y conformes a la política sanitaria nacional. Así se pretende conseguir la complementariedad en vez de la substitución; así como la viabilidad a largo plazo. Tdh cuida asimismo las relaciones con las ONG y asociaciones locales y nacionales, las agencias internacionales – UNICEF, OMS – y las ONG internacionales (ACF, Care, World Vision, Save the Children, Africare, Helen Keller International, MSF).

Se presta particular atención a las relaciones con las instituciones académicas (por ejemplo, el INSE de Guinea o el ICDDR'B de Bangladesh) para obtener análisis de calidad de las intervenciones en vigor y de los estudios-acciones potenciales en ciertos ámbitos. En cualquier caso, Tdh intenta trabajar en red y en colaboración con todos los actores del ámbito de la salud a fin de poner en común las experiencias, compartir las lecciones aprendidas y lograr la mayor complementariedad posible. Si lo cree necesario, Tdh no duda en iniciar el trabajo de red a nivel local y nacional.

Ayuda ofrecida por Tdh

- **Experiencia a nivel local e internacional.** Durante los últimos años, Tdh ha corregido completamente el contenido de sus intervenciones en salud materno-infantil y nutrición. Dicha revisión se basó en la acumulación de experiencias y la confrontación de nuestras prácticas con la literatura científica y en diálogo con los demás actores institucionales, en particular la Dirección Suiza de Desarrollo y Cooperación (DDC), Medicus Mundi, la OMS, IFE core group, Médicos sin Fronteras (MSF) Suiza y Bélgica y el Unicef.

Desde mediados de 2006 se ha realizado un gran esfuerzo por mejorar nuestro apoyo a las siguientes intervenciones:

- El tratamiento de la malnutrición aguda severa en las unidades especiales de nutrición (evaluación de seguro de calidad, organización del sistema de seguimiento).
- El tratamiento de la malnutrición aguda moderada a nivel comunitario (organización del sistema de seguimiento, supervisión, estudios longitudinales – incluidas las publicaciones – para evaluar la eficacia del enfoque comunitario y participación en el debate de expertos de la OMS sobre esta temática).

- La atención integrada a las enfermedades del niño (IMCI). Este aspecto de nuestros proyectos de salud materno-infantil / nutrición, olvidado durante mucho tiempo, ha adquirido en la actualidad un papel preponderante en todos los proyectos de este tipo (formación, seguimiento, apoyo logístico, supervisión).
- El análisis de situación, principalmente con una ayuda técnica para la realización de encuesta SMART.

Desde diciembre de 2007, a raíz de la validación interna de una política de tratamiento de la malnutrición aguda severa simple a base de alimentos terapéuticos preparados (RUFT) en julio de 2007, se ha ido integrando progresivamente este nuevo enfoque en varios proyectos.

Desde 2009 hemos tratado más en detalle las siguientes problemáticas:

- el retraso en el crecimiento (llamado también malnutrición crónica);
- la falta de acceso financiero a los servicios públicos de salud.

A partir de 2010 y durante los próximos años, nos dedicaremos a investigar más profundamente nuestra concepción del enfoque comunitario y, concretamente, qué lugar ocupa la promoción del vínculo social comunitario en la promoción de la salud. El diálogo con los demás actores institucionales, mencionado anteriormente, se ha concretado de distintas formas:

- con la OMS: participación en dos reuniones de expertos sobre el tratamiento de la malnutrición moderada (30 de septiembre a 3 de octubre de 2008 y 23 a 25 de febrero de 2010);
- con Médicos sin Fronteras: alegato en favor de nuestro enfoque comunitario de la MAM (coordinación para el proyecto en Guinea, invitación a la reunión de personas recurso de MSF para Europa (Bruselas, 5 a 6 de junio de 2009);
- con la DDC: invitación para presentar nuestra política acerca de los alimentos terapéuticos preparados (Berna, 8 de junio de 2009);
- con el “IFE core group”: participación en la conferencia anual del Global Nutrition Cluster (Londres, 20 a 21 de octubre de 2009);
- con el Unicef: animación de una sesión de formación de formadores sobre nutrición para Guinea (Conakry, 16 a 29 de agosto de 2009);



2

Intervenciones de Tdh

La sección II se concentra más específicamente en las orientaciones generales de la acción de Tdh en el ámbito de la salud. En primer lugar se presentan los principios directores que guían dicha acción. Luego se describen la visión, los objetivos y los grupos a los que la acción está dirigida. Por último se destacan los principales modelos de acción en vigor en los proyectos salud de la Fundación.

4. Principios directores de Tdh

Los principios directores de la acción de Tdh en el ámbito de la salud son los siguientes:

- La salud: derecho fundamental del ser humano (párrafo 24 de la Convención sobre los derechos del niño). No es una mercancía (importancia del alegato para el apoyo a los servicios públicos);
- visión holística de la salud, que integra el concepto de determinantes socioeconómicos y culturales de la salud;
- promoción de la salud (Carta de Ottawa – 1986);
- cuidados primeros en salud (Declaración d'Alma Ata – 1978);
- importancia de combinar las intervenciones comunitarias con las intervenciones de apoyo a los servicios sanitarios (mejorar tanto la oferta como la demanda);
- apoyo a nivel de uno o varios distritos sanitarios, o lo equivalente a nivel urbano;
- considerar el ciclo de vida (madre-hijo); importancia de la pareja biológica madre-hijo y, por consiguiente, de la salud reproductiva para la salud del niño;
- respeto de las normas técnicas reconocidas universalmente (directrices internacionales, de la OMS si las hay) y de políticas sanitarias a nivel nacional;
- atención a la humanización de los servicios sanitarios;
- enfoque comunitario con la participación comunitaria y el respeto de la cultura comunitaria (comprensión de sus engranajes);
- coordinación con los demás actores (Ministerio de sanidad, ONG, asociaciones locales, centros de investigación);
- formación y desarrollo de competencias de los actores comprometidos en los proyectos;
- viabilidad de las intervenciones (salvo en lo relativo a las intervenciones en un contexto de crisis y casos particulares).

5. Visión, misión y grupos a los que va dirigida la acción

La visión y la misión

La visión de *Terre des hommes* persigue la mejora del estado de salud de los niños en el mundo entero.

La misión de la Fundación en lo relativo a la salud consiste en lo siguiente:

- Contribuir a la supervivencia y al mejor desarrollo posible de los niños de 0 a 5 años;
- contribuir a la mejora de la salud y la nutrición de las mujeres embarazadas y lactantes;
- contribuir a la reducción de la mortalidad materna.

Los beneficiarios

Los niños de 0 a 18 años (la Convención sobre los derechos del niño define a un niño como menor de 18 años), haciendo hincapié en el período vulnerable de 0 a 5 años (0 a 3 años para determinados proyectos SMI-nutrición), y las mujeres en edad de procrear, haciendo hincapié en las mujeres embarazadas y lactantes.

El análisis del contexto, los actores y los recursos disponibles determina la elección final del grupo de beneficiarios. En efecto, lo ideal sería que en el grupo de beneficiarias se incluyera a todas las mujeres en edad de procrear, y no sólo las mujeres embarazadas y lactantes, para poder también actuar globalmente en la salud reproductiva). Sin embargo, hay que fijar ciertas prioridades en ciclos de proyecto de 3 años y según los contextos y los recursos disponibles.

Por supuesto, el entorno inmediato del niño forma parte de toda la estrategia de intervención. De tal forma que los abuelos y los líderes locales, por ejemplo, deben implicarse cada vez más en los proyectos, puesto que juegan un papel clave en los comportamientos sanitarios.

6. Ejes estratégicos de la política temática

Tal como anunciábamos en la introducción, el contenido del presente documento corresponde sobre todo a una renovación de la estrategia sectorial elaborada en 2005. Nuestra política temática salud gira entorno a tres ejes estratégicos:

- dar apoyo al sistema sanitario del país en el que intervenimos,
- dar prioridad al empoderamiento de las comunidades y a los beneficiarios de los proyectos,
- dar prioridad al alegato en favor del derecho a la salud.

La política temática es lo que perseguimos a través de todas las acciones, lo que debe imperativamente estar presente en todas las acciones planificadas. Evaluar la integración de la política temática implica, pues, comprobar que en toda acción, a cualquier nivel de ejecución, se apoye a la vez el sistema sanitario, el empoderamiento y el alegato. Por ejemplo, cuando en un centro sanitario una madre de familia recibe el apoyo de un agente comunitario para reivindicar su derecho al tratamiento para ella o para su hijo, dicha acción responde a cada uno de los ejes de nuestra política temática.

Tanto el apoyo al sistema sanitario como la prioridad concedida a la capacitación y al alegato son en realidad consecuencias de nuestra posición institucional: el enfoque «de derecho». Actualmente, todos los colaboradores de Tdh están de acuerdo con la idea de que no queremos intervenir sustituyendo a los actores e instituciones locales – padres y Estado –, garantes de los derechos del niño, sino que deseamos prestarles apoyo.

Históricamente, nuestra Fundación ha dado origen a numerosas creaciones institucionales – unidades pediátricas para el tratamiento de niños malnutridos, centros de acogida para niños abandonados (niños callejeros), etc. – pero nuestra posición ha ido cambiando para convertirse más en la de «prestar apoyo» y no «hacer en su lugar». En la práctica, este cambio estratégico nos ha llevado a iniciar un proceso de retirada progresiva del personal sanitario bajo mandato directo de Tdh, velando por su integración en las estructuras sanitarias públicas (por ejemplo: la unidad especial de nutrición del Hospital Central de Nouakchott, en Mauritania).

7. Modelos de acción de Tdh

La mitad de nuestros proyectos de salud obedecen actualmente a un modelo de salud materno-infantil centrado en la problemática de la malnutrición aguda. Los demás proyectos se rigen por otros modelos de acción. Hoy en día se está realizando un esfuerzo de investigación y análisis con objeto de proponer un modelo polivalente que ayude mejor a planificar, llevar a la práctica y seguir los proyectos.

Recordemos que:

El modelo de acción está definido en el Manual GCP como «el enfoque que se desea adoptar en el proyecto frente a los beneficiarios». Técnicamente, un modelo de acción aplicable a un proyecto de salud es un modelo teórico de salud pública centrado en la problemática. Como cualquier modelo teórico, un modelo de acción propone una cierta narración de la «realidad», inaccesible por definición. Para poder actuar en «la realidad» y a partir de ella, es importante concebir un instrumento de representación suficientemente simple para que puedan utilizarlo los profesionales encargados de la planificación, la puesta en práctica y el seguimiento de los proyectos. Un buen modelo de representación no se define por su proximidad con «la realidad», sino por su capacidad de ayudarnos a identificar las acciones eficaces, es decir las hipótesis resolutorias de la problemática que ha dado origen al proyecto. Existen pues, varios «buenos» modelos posibles. En lo relativo a la problemática de la malnutrición, podemos imaginar dos historias naturales de la relación entre la malnutrición y las enfermedades infantiles (sarampión, diarrea, infecciones respiratorias, etc.).

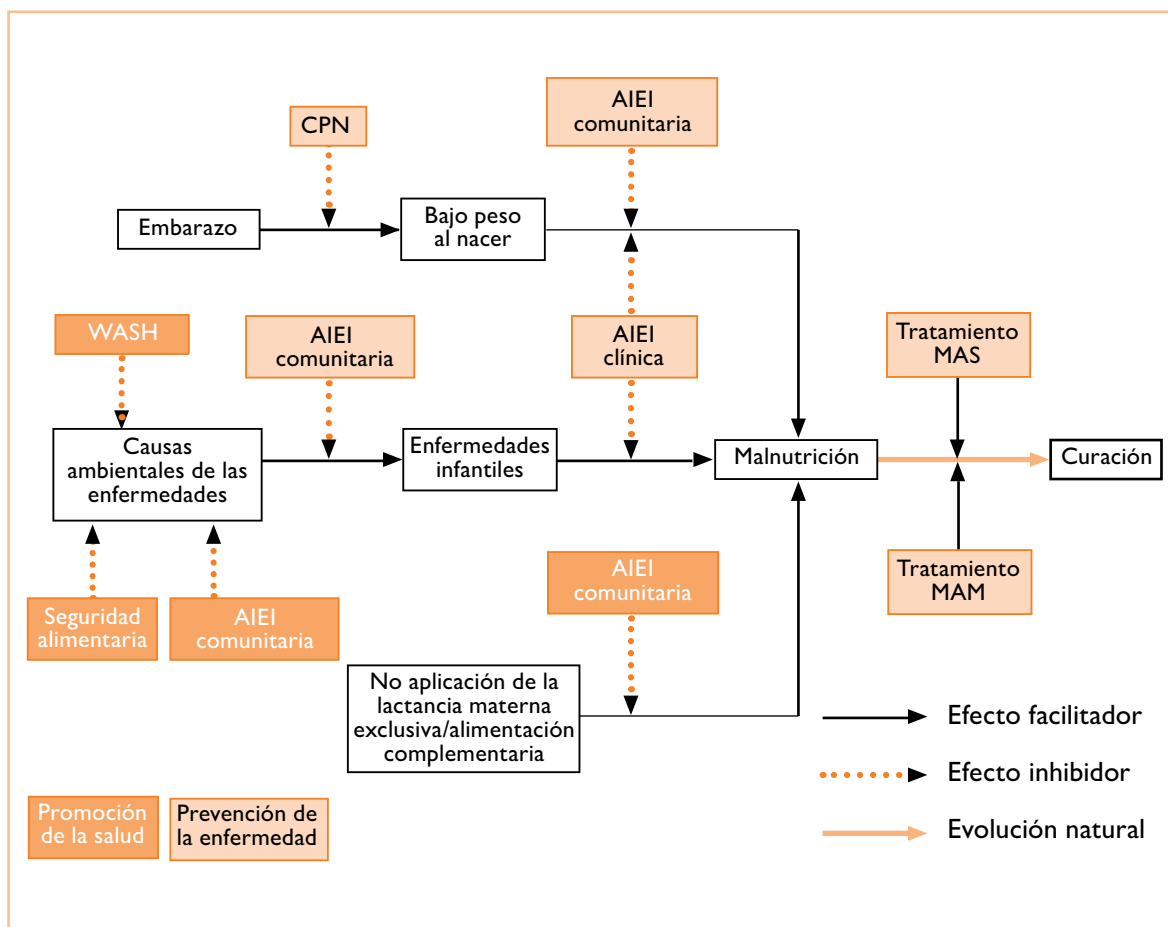
Podemos representarnos la malnutrición como la causa o bien como la consecuencia de las enfermedades infantiles, sin olvidar que intervienen asimismo numerosos otros elementos (causas y consecuencias). Pero estaríamos sin duda más cerca de la realidad si dibujamos un lazo retroactivo entre malnutrición y enfermedades infantiles que nos indique que las dos opciones de representación son equivalentes.

Los proyectos SMI-nutrición

Desde la creación de la institución, la experiencia de Terre des hommes en materia de derecho a la salud se ha centrado en la nutrición. Esta opción de salud pública se basa éticamente en el carácter inaceptable del hambre y la malnutrición de los niños. Estamos, pues, frente a una característica -un valor añadido, una marca de fábrica- de la acción de Tdh. Esta opción sigue siendo perfectamente defendible cuando la malnutrición aguda continúa siendo un problema importante. Según los criterios de la OMS, tal es el caso si la prevalencia de la malnutrición aguda supera el 10 % de los niños menores de 5 años. Cuando en determinados países de intervención constatamos una reducción significativa de la prevalencia de la malnutrición aguda por debajo de ese límite, puede entonces ser conveniente pensar en otros modelos de acción en los que la malnutrición no ocupe esa posición central (por ejemplo: proyecto de salud de Benín después de 2009, proyecto de salud de Santo Domingo de los Colorados en Ecuador).

Inicialmente, la OMS comenzó su labor de normalización de las enfermedades infantiles y la malnutrición de forma separada. Con la promoción de la política de Atención Integrada de las Enfermedades de la Infancia (AIEI), la OMS ha integrado el tratamiento de la malnutrición en el tratamiento de las enfermedades infantiles. Por supuesto, desde siempre los expertos son conscientes del círculo vicioso enfermedad malnutrición enfermedad malnutrición enfermedad, etc. En términos de modelo teórico, cuando la acción se centra en la enfermedad (aunque la malnutrición aguda severa sea una enfermedad), se opta por un modelo del tipo prevención de esa enfermedad; cuando la acción se centra principalmente en la malnutrición en general, se opta por modelos del tipo promoción de la salud. Lo importante, sin embargo, es considerar actualmente que sea cual sea el modelo teórico utilizado para planificar los proyectos, hay que actuar no sólo en relación con la nutrición, sino también con las enfermedades que afectan a los niños (y que contribuyen antes y después a la malnutrición infantil).

Figura 2: Modelo de acción SMI-nutrición

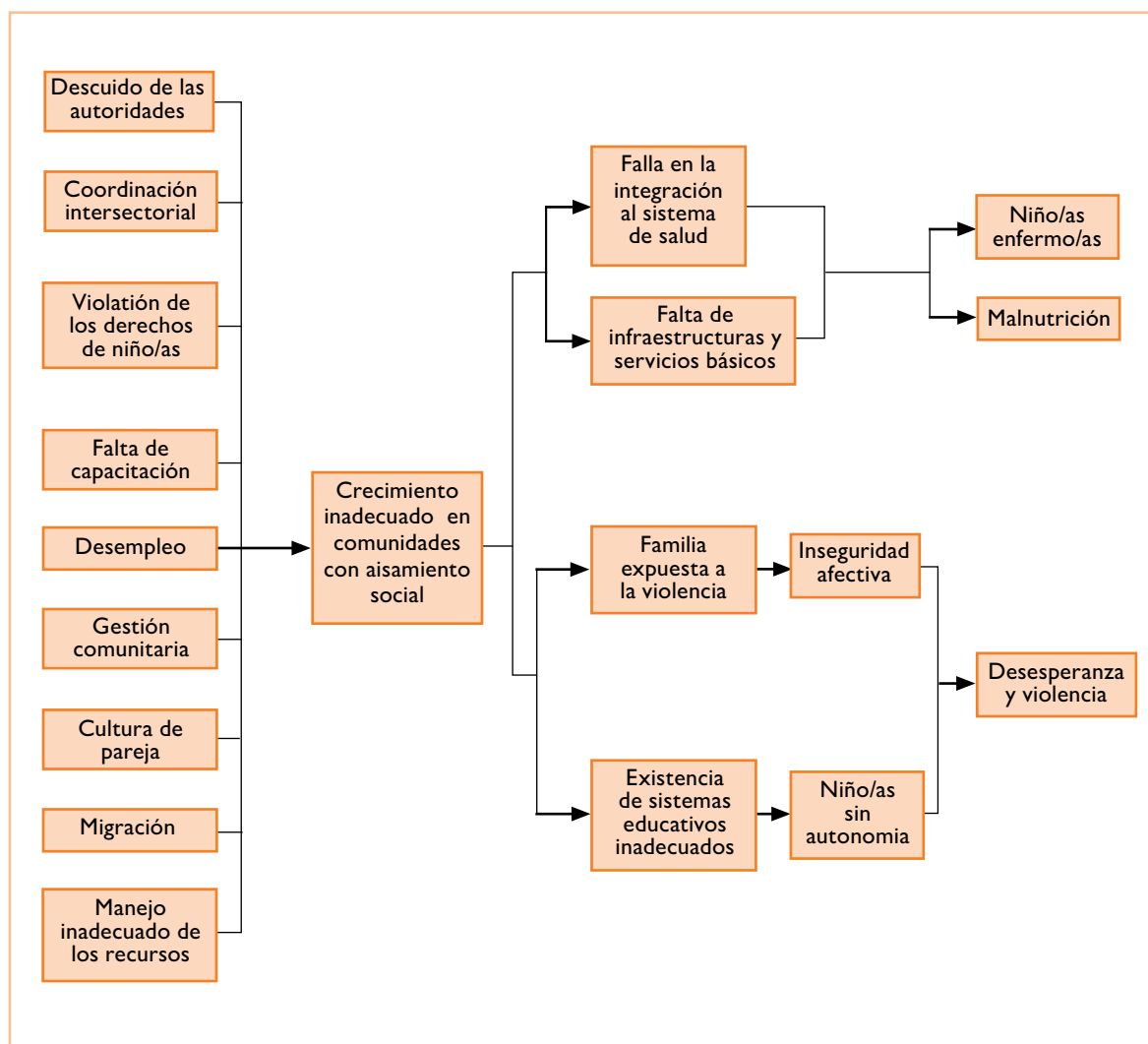


En la actualidad, hemos integrado en la mayoría de nuestros proyectos SMI-nutrición la lucha contra la enfermedad.

En el modelo de acción presentado en la figura 2, la malnutrición se sitúa en el centro. Las actividades de tratamiento de la malnutrición aguda moderada (MAM) y severa (MAS) constituyen la prevención secundaria de la malnutrición. En el modelo se identifican tres causas de la malnutrición: las enfermedades infantiles, el peso insuficiente al nacer (< 2,5 kg) y la falta de aplicación de medidas nutricionales adecuadas para el niño, es decir, la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y la diversificación alimentaria a partir de los seis meses.

El seguimiento de las mujeres embarazadas para evitar el bajo peso al nacer, el seguimiento de los niños nacidos con peso insuficiente a través de una AIEI comunitaria reforzada, la AIEI clínica para los niños enfermos (diarrea, paludismo, infecciones respiratorias, etc.) y la promoción de la lactancia materna exclusiva y de la diversificación alimentaria constituyen medidas de prevención primaria de la malnutrición. Las demás medidas indicadas en el modelo (casillas azul oscuro) remiten a medidas de promoción de la salud susceptibles de proteger a los niños contra las causas de la malnutrición.

Figura 3: Modelo de acción del proyecto de salud de Santo Domingo de los Colorados



Los «demás» proyectos de salud

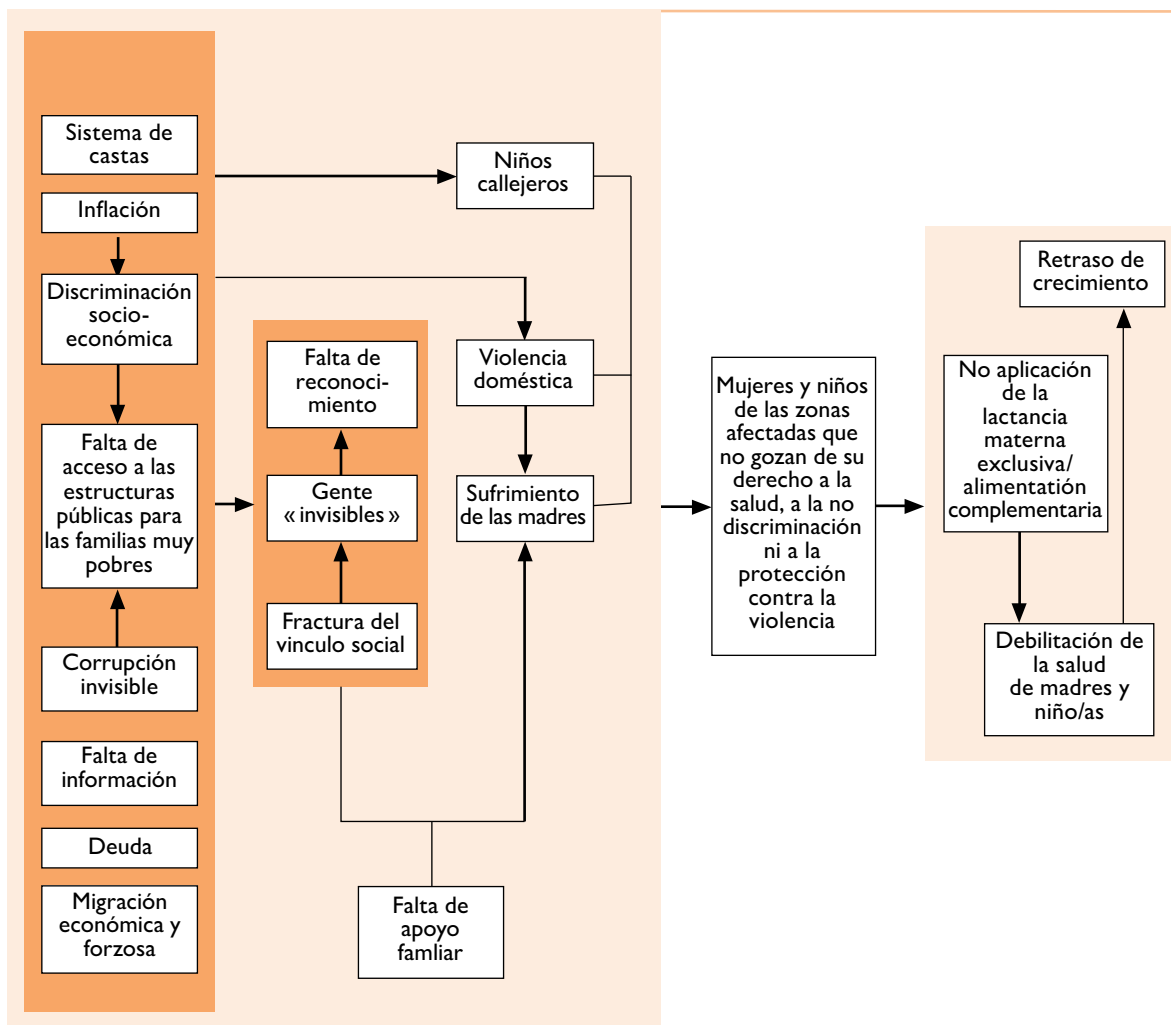
Tdh está asimismo comprometida en proyectos de salud en los que la malnutrición aguda no puede identificarse como problemática principal. Últimamente, dos equipos de proyecto han reflexionado sobre el modelo de acción utilizado: el equipo «Niñez y vida» en Ecuador en relación con el proyecto de Santo Domingo de los Colorados (Figura 3) y el equipo de Chhimeki, en Nepal, en relación con el proyecto de Katmandú (Figura 4).

A diferencia del modelo de acción presentado en la Figura 2, este modelo no indica las actividades resolutivas (las cuales, de todas formas, se han descrito perfectamente en las representaciones de la acción establecidas en el momento de la planificación de la nueva fase del proyecto).

En el presente modelo, la problemática identificada por los participantes en el taller de planificación fue el desarrollo inadecuado de los niños que viven en comunidades aisladas socialmente (marginados social, económica y culturalmente).

El equipo de Chhimeki, del proyecto de salud en Katmandú (Nepal), quiso mantener en su modelo de acción la importancia de la malnutrición – en este caso, el retraso de crecimiento, *stunting* – pero como consecuencia de la problemática descrita: las mujeres y los niños no disfrutaban de sus derechos a la salud, a la no discriminación y a la protección contra la violencia.

Figura 4: Modelo de acción del proyecto de salud de Chhimeki, en Katmandú



Sin embargo, para matizar el modelo e indicar la importancia de la dimensión psicosocial del proyecto, los participantes en el taller de planificación definieron el objetivo del proyecto en los siguientes términos: utilizar la nutrición como puerta de entrada para trabajar con las mujeres y los niños y alcanzar así un estado de salud completo mejorando su situación económica y social en las zonas definidas.

El modelo presentado en la Figura 4 tampoco indica las actividades resolutivas (aunque, como en el proyecto de Santo Domingo, se han descrito en las representaciones de la acción establecidas en el momento de la planificación).

Durante los próximos meses y a fin de preparar una propuesta más ambiciosa de nuestra política temática, estudiaremos colectivamente la posibilidad de definir un modelo de acción federador que permita armonizar mejor nuestros proyectos de salud que no se centren directamente en la malnutrición aguda.



3

La práctica de Tdh

La sección III informa sobre las acciones actuales realizadas o apoyadas por Tdh. En ella se insiste en la importancia de la perspectiva de gestión de ciclo del proyecto (GCP) y se analizan más en detalle los campos de actividad relacionados, por una parte, con los proyectos de SMI-nutrición y, por otra, con los proyectos de salud.

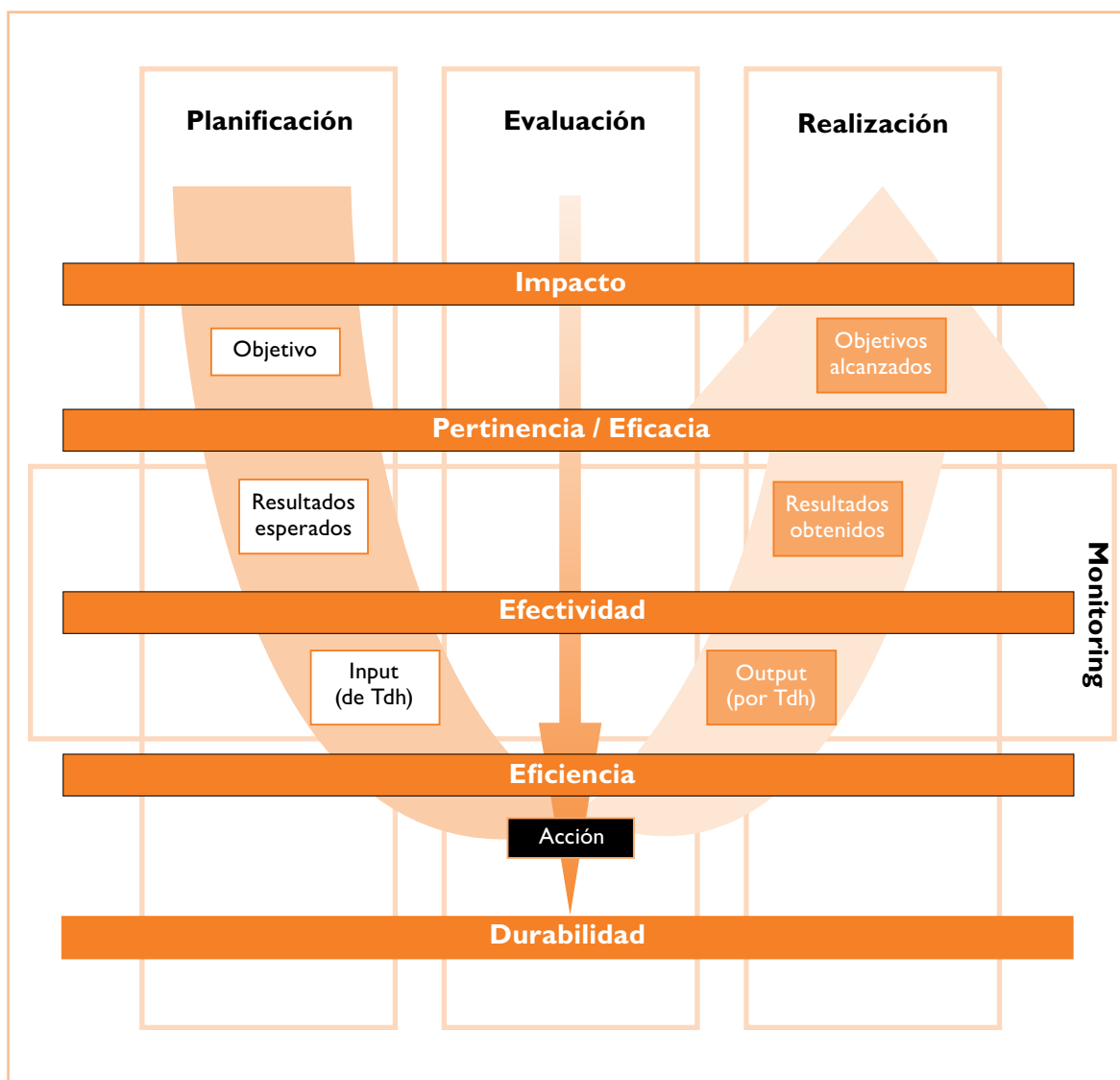
8. La perspectiva GCP

Los proyectos de salud, como todos los proyectos a cargo de Tdh, obedecen a una gestión de ciclo del proyecto (GCP). En su forma ideal, dichos ciclos duran tres años y pueden reproducirse cada vez que la situación lo exige y que los medios necesarios están a disposición.

Estos últimos años, la atención dedicada a los proyectos de salud se ha centrado particularmente en varios instrumentos GCP: la planificación, la evaluación y el seguimiento.

En la Figura 5 – representación sinóptica de la gestión de proyecto – se resumen los principales elementos técnicos presentes en la gestión de proyecto:

Figura 5: Representación sinóptica de la gestión de proyecto



En la fase de planificación, el objetivo es el producto final de la planificación estratégica que se ha elaborado sobre una doble base: el análisis de situación y nuestra identidad institucional (nuestra visión, nuestra misión y nuestra política temática salud). Luego, el plan operativo debe producir dos elementos: los resultados esperados y el plan de acción, es decir, los resultados esperados del compromiso de Tdh para con sus socios. A continuación todo estará listo para la acción en el momento en que los recursos (expertos, tiempo, personal y financiación) estén disponibles. La realización del proyecto se constatará con la ejecución de los compromisos de acuerdo con el programa establecido en el cronograma (diagrama de Gantt) y con el seguimiento de los resultados obtenidos. Si el programa es pertinente, si se obtienen los resultados esperados y si éstos alcanzan el nivel de exigencia requerido, se podrá entonces constatar el impacto del proyecto.

La evaluación del proyecto (a la mitad del ciclo, al final del ciclo o del proyecto, o incluso anualmente, independientemente de que se trate de una evaluación autogestionada o confiada a alguien externo) debe abordar a la vez la calidad de la planificación y la realización cuantitativa y cualitativa de la acción programada. Deberá, pues, tratar los siguientes elementos: la pertinencia, la eficacia, la efectividad, la eficiencia y la durabilidad (viabilidad, perennidad) así como, cuando sea posible, el impacto del proyecto.

El seguimiento subraya tres aspectos informativos: los resultados obtenidos, la exigencia en la realización de las actividades efectuadas para alcanzar los resultados – es decir, comprobar que la ejecución de las tareas que componen las distintas actividades se ha realizado al nivel de exigencia previsto (seguro de calidad) –, y los compromisos de asistencia de Tdh para con los beneficiarios y sus socios (seguimiento del cronograma y de los gastos presupuestados).

9. Nuestra acción SMI - Nutrición

Como se ha dicho en el capítulo 7 (Modelos de acción), casi la mitad de los proyectos de salud de Tdh comparten un modelo de acción centrado en la problemática de malnutrición aguda.

En el capítulo 4 (Principios directores) se declaraba que todas las acciones deberían respetar estrictamente las normas técnicas reconocidas internacionalmente (directrices internacionales, normas de la OMS cuando las haya) y las políticas sanitarias nacionales. Por consiguiente, sólo aceptaremos en nuestros proyectos las actividades basadas en pruebas científicas que hayan demostrado su eficacia. En general, dichos datos científicos se encuentran disponibles en forma de guías y pueden completarse mediante otras fuentes como las bases de datos socio-sanitarios (ejemplos: PubMed, Cochrane Library, etc.). Véase el cuadro I.

Cuadro I: Actividades de prevención primaria y secundaria de la malnutrición que hayan sido objeto de una evaluación de eficacia (Lancet, mayo de 2008).

Núm	Intervención	Resultado
01	Prescripción de zinc para las mujeres embarazadas	Reducción del 14% del riesgo de parto prematuro
02	Prescripción de albendazol en el 2º trimestre de embarazo	Aumento de 6g/L. de la hemoglobina al término del embarazo
03	Prescripción en dos ocasiones de sulfadoxina-pirimetamina para las mujeres embarazadas	Reducción del 12% del riesgo de anemia en la mujer al término del embarazo
		Aumento de 100g. del peso medio del niño al nacer
		Reducción del 37% del riesgo de peso insuficiente al nacer (<2,5 kg)
04	Uso de mosquiteras impregnadas para las mujeres embarazadas	Reducción del 23% del riesgo de peso insuficiente al nacer (<2,5 kg)
05	Prescripción de hierro / ácido fólico para las mujeres embarazadas	Reducción del 16% del riesgo de peso insuficiente al nacer (<2,5 kg)
		Reducción del 73% del riesgo de anemia en la mujer al término del embarazo
		Aumento de 12g/L. de la hemoglobina al término del embarazo
06	Prescripción de Ca ⁺⁺ para las mujeres embarazadas	Reducción del 48% del riesgo de preeclampsia (hipertensión)
07	Promoción (individual y colectiva) de la lactancia materna exclusiva	Aumento de +/- 50% del nivel de lactancia materna exclusiva
08	Tratamiento de los niños en estado de MAS (severa y crónica) según las directrices de la OMS	Reducción del 55% de la tasa de letalidad asociada a la MAS (comparado al tratamiento convencional)
09	Tratamiento de los niños en estado de MAS severa mediante alimentos terapéuticos preparados	Letalidad constatada (de 23.511 casos en 21 programas): 4,1 % ; recuperación: 79,4% ; abandono: 11,1%
10	WASH (incluido el lavado de los menores de 5 años)	Reducción del 2% del riesgo de stunting a los 36 meses
		Reducción del 33% de incidencia de la diarrea aguda en los menores de 5 años

Núm	Intervención	Resultado
11	Prescripción de zinc a los menores de 5 años (cobertura del 99%)	Reducción del 14% de incidencia de la diarrea aguda
		Reducción del 25% de incidencia de la diarrea persistente
		Reducción del 20% de incidencia de la neumonía
		Reducción del 9% de la mortalidad
		Reducción del 17% del riesgo de stunting a los 36 meses
12	Educación sobre la alimentación complementaria a la lactancia materna para los 6-24 meses	Reducción del 15% del riesgo de stunting a los 36 meses
		En caso de seguridad alimentaria, mejora del 0,25 ET del índice medio talla-edad
13	Distribución de alimentos para los 6-24 meses	En caso de inseguridad alimentaria, mejora del 0,41 ET del índice medio talla-edad
14	Prescripción de vitamina A a los menores de 5 años	Reducción del 7% del riesgo de mortalidad antes de 5 años (pero sin consecuencia sobre la morbilidad y la antropometría)
15	Prescripción de Albendazol a los menores de 5 años, 2 veces por año (cada 6 meses)	Reducción del 5 - 10% del riesgo de anemia
		Ligero efecto positivo en el peso (+ 200g) y la talla (+1 mm)
16	Prescripción de zinc a los menores de 5 años en caso de diarrea	Reducción del 15 al 24% de la duración de la diarrea (-1 día)
17	Todas las intervenciones de prevención nutricional y prevención de enfermedades	Reducción del 36% del riesgo de stunting a los 36 meses
		Reducción del 24% del riesgo de mortalidad a los 36 meses

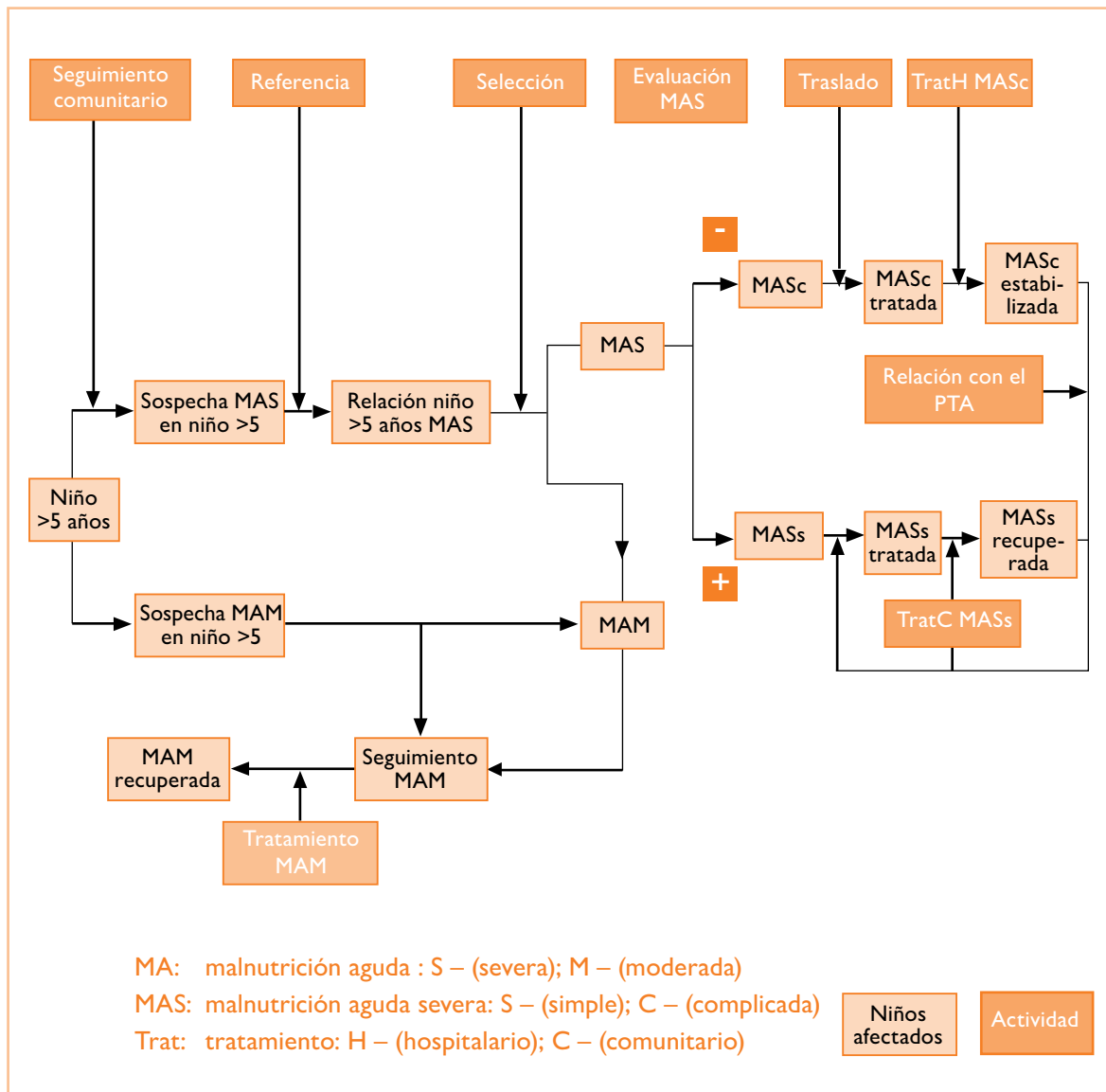
Entre las actividades posibles para enfrentarse al problema de la malnutrición infantil aguda, destacan dos tipos de actividad: las actividades de prevención secundaria de la malnutrición aguda y las actividades de prevención primaria de la malnutrición.

En la figura 6 se presentan las 9 actividades relacionadas con la función de prevención secundaria de la malnutrición aguda:

1. Seguimiento comunitario de los niños menores de 5 años (3 años) para sospechar la malnutrición aguda;
2. Relación de los niños sospechosos de malnutrición con la estructura sanitaria primaria;
3. Selección a nivel de la estructura sanitaria primaria entre los niños que padecen malnutrición aguda severa y los que padecen malnutrición aguda moderada;

4. Evaluación en la estructura sanitaria primaria de la gravedad de la MAS mediante la prueba del apetito y la búsqueda de signos de gravedad, con objeto de distinguir los casos «complicados» (MASc) de los casos «simples» (MASs);
5. Traslado de los niños que sufren MASc a la unidad especial de nutrición en el hospital de distrito;
6. Tratamiento de los niños que sufren MASc en la unidad especial de nutrición hasta la estabilización;
7. Tratamiento de los niños que sufren MASs y de los que sufren MASc tras su estabilización en la estructura primaria de salud y en su comunidad (Programa Terapéutico Ambulatorio, PTA);
8. Tras su estabilización, relación de los niños que sufren MASc con el PTA;
9. Tratamiento comunitario y seguimiento de los niños que padecen malnutrición aguda moderada (MAM).

Figura 6: Actividades de prevención secundaria de la malnutrición aguda

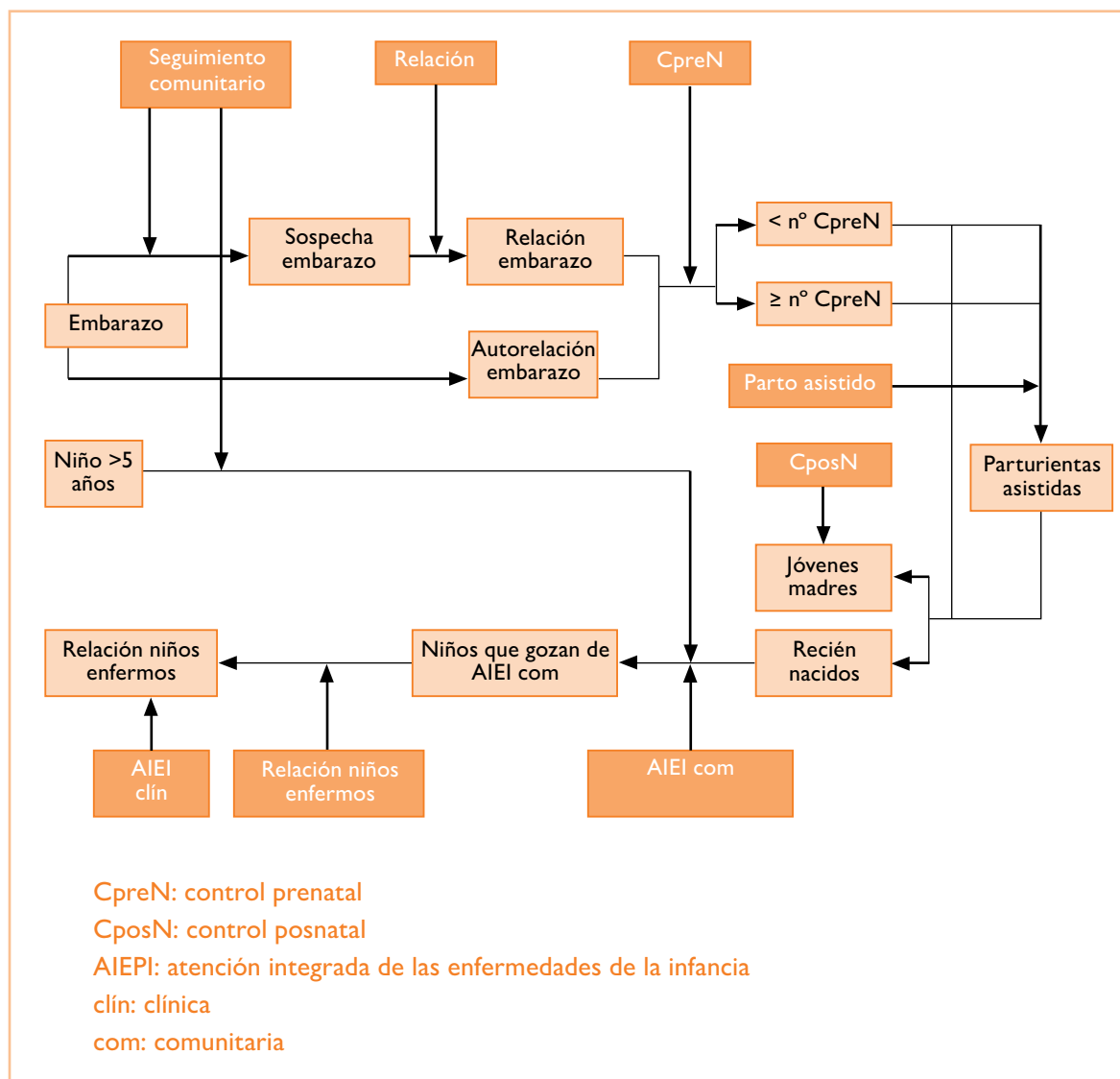


Tal como se ha expuesto anteriormente, en el modelo de acción, los proyectos SMI-nutrición pretenden modificar tres factores de causalidad de la malnutrición aguda: el peso insuficiente al nacer (< 2,5 kg), las enfermedades infantiles y las prácticas nutricionales inadecuadas para el mejor desarrollo del niño. La prevención del peso insuficiente al nacer puede garantizarse en parte mediante la vigilancia durante el embarazo (cuidados prenatales). Las enfermedades infantiles pueden tratarse eficazmente mediante un tratamiento clínico integrado (AIEI clínica) y su prevención a través de una AIEI comunitaria (véase el contenido concreto en el cuadro 2). A través de los cuidados postnatales y de la AIEI comunitaria se apo-

yan las prácticas nutricionales adecuadas (absorción del colostro, lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y alimentación complementaria a la lactancia materna entre 6 y 24 meses). En la figura 7 se presentan las ocho actividades relacionadas con la función de prevención primaria de la malnutrición aguda:

1. seguimiento comunitario de las mujeres embarazadas a fin de detectar los embarazos en el transcurso del primer trimestre;
2. relación de las mujeres embarazadas con la estructura sanitaria primaria;

Figura 7: Actividades de prevención primaria de la malnutrición aguda



3. control prenatal (CpreN);
4. parto asistido;
5. control posnatal (CposN);
6. AIEI comunitaria;
7. relación de los niños enfermos con la estructura sanitaria primaria;
8. AIEI clínica.

En el cuadro 2 figuran las actividades clínicas y comunitarias relacionadas con la AIEP. Según las situaciones, dichas actividades se pueden completar o modificar para responder a las necesidades de salud local.

Sin embargo, esta lista de actividades es sólo indicativa porque, en realidad, la política de la AIEI persigue poner a disposición de cualquier niño, y de forma integrada, todos los cuidados preventivos y curativos a los que el niño tiene derecho para asegurar no sólo su supervivencia sino un mejor desarrollo físico, psíquico y social.

Cuadro 2: Actividades integrantes de una AIEI clínica y una AIEI comunitaria

AIEI clínica	AIEI comunitaria
1. Tratamiento de las enfermedades diarreicas y la deshidratación secundaria	1. Promoción de la lactancia materna exclusiva (< 6 meses) y de una alimentación complementaria a la lactancia exclusiva (6-24 meses)
2. Tratamiento de las infecciones respiratorias agudas	2. Promoción del uso de micronutrientes complementarios (hierro, yodo, vitamina A, zinc) + desparasitado
3. Tratamiento de la fiebre (incluidos paludismo y sarampión)	3. Protección contra el peligro fecal
4. Tratamiento de dolores auriculares y otros problemas de salud frecuentes	4. Promoción de la vacunación (completa a un año)
5. Tratamiento de la malnutrición (PTA para la MASs y seguimiento de las MAM)	5. Protección física contra paludismo (mosquitera impregnada)
6. Programa amplio de vacunación	6. Estimulación del desarrollo físico-social a través de la palabra, los cuidados y los juegos
	7. Continuación de la alimentación y aumento de las bebidas en caso de enfermedad
	8. Cuidados a domicilio en caso de enfermedad
	9. Relación con una estructura sanitaria en caso de enfermedad (4 signos de alerta)
	10. Educación sanitaria destinada a los padres

10. Las otras acciones salud de Tdh

Tal como se decía anteriormente (punto 7 : modelos de acción), casi la mitad de los proyectos de salud de Tdh responden a un modelo de salud materno-infantil centrado en la problemática de la malnutrición aguda, pero estamos también comprometidos en otros proyectos que obedecen a modelos de acción distintos. Hemos presentado dos modelos de acción concebidos recientemente, con ocasión de dos talleres de planificación.

Muchos de los proyectos de esta categoría, actualmente llamada «*tras acciones de salud*», incluyen numerosas actividades que todavía no están muy bien enmarcadas en un modelo de acción específico que permita una planificación y un seguimiento adecuados. Para hablar de las actividades relacionadas con este tipo de proyectos utilizamos a menudo el adjetivo «*psicosocial*», lo cual deberá repensarse sin tardar.

Actividades promovidas por estos proyectos

En el proyecto de salud de Santo Domingo de los Colorados, en Ecuador, las actividades relacionadas con el modelo de acción presentado anteriormente giran en torno a cuatro funciones: acceso a la salud, agua y saneamiento, lucha contra los malos tratos (promoción del «*buen trato*») y desarrollo comunitario.

En el proyecto de salud de Chhimeki, en Katmandú, las actividades se organizan en torno a cuatro funciones: protección familiar, prevención secundaria de la malnutrición moderada (y retraso de crecimiento) del niño, prevención secundaria del sufrimiento materno y promoción del desarrollo integral del niño.

Ejemplos de proyectos:

País	Proyecto de salud
Nepal	Promoción de la salud-nutrición e integración social
Ecuador	Promoción de la salud, lucha contra los malos tratos e integración comunitaria
Benin	Promoción del acceso financiero a la salud para los indigentes
Afganistán	Enfoque psicosocial de la salud materna
Sri Lanka	Promoción de la salud de las personas desplazadas
Perú	Enfoque psicosocial del retraso de crecimiento infantil
Colombia	Apoyo global a la comunidad
Marruecos	Enfoque psicosocial de la SMI de los migrantes
Palestina	Enfoque psicosocial del retraso de crecimiento infantil



© Tdh / François Struzik / IOD



Siège | Hauptsitz | Sede | Headquarters
Avenue de Montchoisi 15, CH-1006 Lausanne
T +41 58 611 06 66, F +41 58 611 06 77
www.tdh.ch, CCP: 10-11504-8