



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

MATERIALES TÉCNICOS DE REFERENCIA DEL TÍTULO II

TRM-01: PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS (PM2A): ENFOQUE CON AYUDA ALIMENTARIA

REVISADO NOVIEMBRE 2010



La elaboración de este informe fue posible gracias al generoso apoyo del pueblo de los Estados Unidos a través del respaldo brindado por la Oficina de Alimentos por la Paz, Buró para la Democracia, Conflictos y Asistencia Humanitaria y la Oficina de Salud, Enfermedades Infecciosas y Nutrición, Buró de Salud Global, , Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), conforme a los términos del Acuerdo de Cooperación N.º GHN-A-00-08-00001-00, a través del Proyecto de Asistencia Técnica en Alimentación y Nutrición II (FANTA-2), gestionado por FHI 360. Las opiniones expresadas por los autores en esta publicación no reflejan necesariamente las de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional ni las del Gobierno de los Estados Unidos.

Citación recomendada: FANTA-2. *Materiales técnicos de referencia del Título II. TRM-01: Prevención de la desnutrición en niños menores de 2 años (PM2A): enfoque con ayuda alimentaria. Revisado Noviembre 2010.* Washington, D.C.: Proyecto de Asistencia Técnica en Alimentación y Nutrición II (FANTA-2), FHI 360, 2010.

Este documento puede reproducirse sin permiso escrito, siempre que se incluya la cita completa de la fuente. En fantaproject.org se puede descargar una versión electrónica del documento.

Food and Nutrition Technical Assistance II Project
FHI 360
1825 Connecticut Ave., NW
Washington, D.C. 20009-5721
Tel.: 202-884-8000
Fax: 202-884-8432
Correo electrónico: fantamail@fhi360.org
fantaproject

ÍNDICE

PRÓLOGO	5
AGRADECIMIENTOS	II
ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS	III
1. PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS: GENERALIDADES TÉCNICAS	1
1.1 BREVE DESCRIPCIÓN DE PM2A	1
1.1.1 ¿Qué es PM2A?	1
1.1.2 Servicios básicos	1
1.1.3 Beneficiarios del programa	2
1.1.4 Criterios de elegibilidad	3
1.2 BASES DE LA EVIDENCIA	3
1.2.1 ¿Por qué establecer como destinatarios a niños desde la concepción hasta los 2 años de edad?	3
1.2.2 ¿Por qué enfocarse en la prevención?	4
1.3 ¿DÓNDE ES APROPIADO EL ENFOQUE PM2A?	5
2. SERVICIOS BÁSICOS DE PM2A	7
2.1 PROGRAMACIÓN PARA EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO COMUNITARIO Y FAMILIAR	7
2.1.1 ¿Por qué enfocarse en el cambio de comportamiento?	7
2.1.2 Comportamientos clave	7
2.1.3 Principios clave en la programación para el cambio de comportamiento	8
2.1.4 Ejemplos de actividades comunes para el cambio de comportamiento	9
2.2 SERVICIOS PREVENTIVOS Y CURATIVOS DE SALUD Y NUTRICIÓN	12
2.2.1 Razones para incluir servicios preventivos y curativos de salud y nutrición	12
2.2.2 Descripción de los servicios preventivos y curativos de salud y nutrición en PM2A	13
2.3 RACIONES	16
2.3.1 Objetivo de las raciones	16
2.3.2 Destinatarios de las raciones	16
2.3.3 Condiciones para recibir las raciones preventivas	17
2.3.4 Diseño de la ración	17
2.3.5 Composición de la ración	18
2.3.6 Tamaño de la ración	19
2.3.7 Raciones individualizadas frente a raciones de tamaño único para todos	22

2.3.8 Raciones de PM2A ilustrativas	24
3. DISEÑO DEL PROGRAMA.....	27
3.1 VINCULACIÓN CON OTRAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMAS DEL TÍTULO II RELACIONADAS CON LA SEGURIDAD ALIMENTARIA	27
3.2 COBERTURA	27
3.3 EXTENSIÓN DE COMUNITARIA.....	28
3.4 INVESTIGACIÓN FORMATIVA	28
3.5 ABORDAJE DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA	30
3.5.1 Desnutrición aguda severa (DAS) en niños menores de 5 años	30
3.5.2 Desnutrición aguda moderada en niños de 24-59 meses	30
3.5.3.....	30
3.6 SOSTENIBILIDAD.....	30
3.7 CONSIDERACIONES DE COSTOS	32
4. EJECUCIÓN DEL PROGRAMA	34
4.1 PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA	34
4.2 PUNTOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	35
4.2.1 Principios clave	35
4.2.2 Distribución de alimentos.....	36
4.2.3 Cambio de comportamiento	36
4.2.4 Servicios generales de salud.....	37
4.3 ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD (AC)	38
4.3.1 Investigación operacional (IO).....	38
4.3.2 Listas de verificación y mejora de la calidad (LVMC).....	39
4.3.3 Servicios orientados al cliente y de prestador eficiente (COPE).....	39
4.3.4 Calidad definida en conjunto (CDC).....	40
4.3.5 Investigación rápida de la calidad (IRC)	40
4.4 PERSONAL NECESARIO	41
5. MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	42
5.1 DIRECTRICES PARA EL M&E DEL TÍTULO II	42
5.1.1 Monitoreo.....	42
5.1.2 Evaluación.....	42
REFERENCIAS	44

ANEXOS

ANEXO A: TABLA RESUMEN DEL PM2A	47
---------------------------------------	----

RECUADROS

Recuadro 1. ¿Dónde es apropiado el PM2A?	5
Recuadro 2. Comportamientos clave para promover	8
Recuadro 3. Desarrollo de una estrategia para el cambio de comportamiento	9
Recuadro 4. Referencias para el diseño de intervenciones para el cambio de comportamiento	12
Recuadro 5. Referencias para los servicios preventivos y curativos de salud y el fortalecimiento de los Sistemas de Salud	15
Recuadro 6. Uso de la ración familiar como incentivo	20
Recuadro 7. Datos útiles sobre la brecha energética	22
Recuadro 8. Recursos para el diseño de programas.....	29
Recuadro 9. Directrices para estrategias de salida y de sostenibilidad del programa	31
Recuadro 10. Opciones para la inscripción en el PM2A durante la puesta en marcha	35
Recuadro 11. Referencias para la metodología de aseguramiento de la calidad.....	41
Recuadro 12. Referencias para M&E de los programas del Título II	43
Recuadro 13. Indicadores de M&E de los programas no-emergencias del Título II requeridos por FFP	43

TABLAS

Tabla 1. Beneficiarios del programa de PM2A.....	2
Tabla 2. Servicios preventivos y curativos de salud y nutrición.....	113
Tabla 3. Raciones y destinatarios de las raciones.....	16
Tabla 4. Condiciones para recibir las raciones.....	17
Tabla 5. Tamaños de la ración mensual para los diferentes grupos de beneficiarios: Programa 1	24
Tabla 6. Porcentaje de necesidades energéticas cubiertas por la ración individual: Programa 1.....	25
Tabla 7. Tamaños de la ración mensual (kg) para diferentes grupos de beneficiarios: Programa 2	26
Tabla 8. Porcentaje de las necesidades energéticas y la brecha energética del grupo familiar que cubre la ración: Programa 2	26

PRÓLOGO

Los Materiales Técnicos de Referencia (TRM) del Título II constituyen una nueva serie de documentos que brindan orientación en materia de programación para ayudar a mejorar el diseño y la ejecución de los Programas de Título II regulares (no emergencia). Cada TRM se elabora en consulta con los adjudicatarios del Título II, organizaciones voluntarias privadas (OVP) asociadas, personal de la Oficina de Alimentos por la Paz (FFP) de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y expertos en los temas pertinentes.

Los TRM ofrecen orientación técnica general y concisa para el diseño de programas y no están diseñados para ser utilizados como una fórmula exacta para la programación. No son exhaustivos, y la orientación debe adaptarse al contexto de un país y a las circunstancias concretas del programa. En los casos que fue posible, se mencionan las referencias y los materiales complementarios que proporcionan información más detallada. Todos los TRM de la serie podrían ser revisados con el tiempo para incorporar nueva evidencia o detalles adicionales acerca de prácticas de campo exitosas.

El público principal de las TRM es el personal y consultores de las organizaciones que están a cargo del diseño de nuevos programas del Título II o de la puesta en marcha de programas existentes. Los TRM también podrían ser útiles para otros programas con ayuda alimentaria dedicados a actividades relativas al desarrollo internacional o a la ayuda para el desarrollo. Algunos TRM ofrecerán orientación para programas no relacionados con la alimentación que será provechosa para las intervenciones de desarrollo internacional sin ayuda alimentaria.

Aclaración sobre el TRM PM2A: Esta versión del TRM Prevención de la desnutrición en niños menores de 2 años (PM2A) (revisado noviembre 2010) ofrece orientación para los adjudicatarios actuales y potenciales del programa y se basa en los conocimientos actuales del programa y la experiencia existente. Este conjunto de conocimientos está continuamente creciendo. Actualmente, hay dos ensayos de eficacia en curso, y otras enseñanzas se adquirirán por medio de las experiencias de adjudicatarios individuales que apliquen el enfoque PM2A en sus programas del ejercicio fiscal 2010. Este TRM se actualizará según sea necesario para reflejar cualquier información nueva que se obtengan de estos ensayos o de experiencias de implementación.

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean agradecer a todos los colegas que brindaron su tiempo, sus conocimientos técnicos y prácticos relacionados con la Programación del Título II para desarrollar en colaboración los TRM PM2A. El personal de las organizaciones adjudicatarias del Título II, el Grupo de Trabajo en PM2A del Grupo Consultivo de Ayuda Alimentaria (Food Aid Consultative Group) (FACG), USAID/FFP, FANTA-2, Estudios de Estimación Bellmon para Title II (BEST) y los organismos de consultoría proporcionaron orientación sobre el esquema del documento, comentaron extensamente sobre los borradores, redactaron secciones del TRM y participaron en una reunión del grupo de trabajo para aclarar cuestiones clave. Los autores también agradecen al International Food Policy Research Institute) (IFPRI) por el desarrollo del TRM PM2A original, en el que se basa en gran medida el presente documento.

Entre los colaboradores principales se encuentran: Noora Aberman (IFPRI), Bridget Aidam (Adventist Development and Relief Agency), Penelope Anderson (Mercy Corps), Gilles Bergeron (FANTA-2), Judy Canahuati (USAID), Kristen Cashin (FANTA-2), Camila Chaparro (FANTA-2), Eunyong Chung (USAID), Tom Davis (Food for the Hungry), Megan Deitchler (FANTA-2), Nene Diallo (Africare), Wendy Hammond (FANTA-2), Paige Harrigan (Save the Children), Mary Hennigan (Catholic Relief Services), Julie Hettinger (Food for the Hungry), Leslie Koo (Global Food and Nutrition), KD Ladd (International Medical Corps), Chung Lai (International Relief and Development), Ryan Larrance (ACDI-VOCA), Kathryn Lockwood (World Vision), Michael Manske (Save the Children), Tanvi Monga (Africare), Meaghan Murphy (Land O'Lakes), Gwenelyn O'Donnell-Blake (Project Concern International), Deanna Olney (IFPRI), Colette Powers (Fintrac), Gabriela Prudencio (Mercy Corps), Guadalupe Ramirez (Amex International), Sandra Remancus (FANTA-2), Marie Ruel (IFPRI), Toby Schaeffer (Fintrac), Nina Schlossman (Global Food and Nutrition), Kavita Sethuraman (FANTA-2), Anne Swindale (FANTA-2), Harold Tarver (Africare), Joan Whelan (FANTA-2) y Monica Woldt (FANTA-2).

Los autores también expresan su agradecimiento al equipo de comunicaciones de FANTA-2, en especial a Kevin Blythe, Rachel Elrom, Heather Finegan, Kathleen MacDonald y Pam Sutton por su labor de coordinación de la reunión para la revisión del documento y por el trabajo de edición, formateado y diagramación del TRM.

ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

ACDI/VOCA	Agricultural Cooperative Development International/Volunteers in Overseas Cooperative Assistance (Programa Internacional de Desarrollo Cooperativo Agrícola/Voluntarios en Asistencia Cooperativa de Ultramar)
ADRA	Adventist Development and Relief Agency (Agencia Adventista para el Desarrollo y Recursos Asistenciales)
BEST	Bellmon Estimation Studies for Title II (Estudios de Estimación Bellmon para el Título II)
CCC	Comunicación para el cambio de comportamiento
BCG	Bacille Calmette Guerin (vacuna antituberculosa)
IMC	Índice de masa corporal
PCC	Promoción del crecimiento a nivel comunitario
TSC	Trabajador de salud comunitario
AIEPI-Comunitario	Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia, componente comunitario
MCDA	Manejo comunitario de la desnutrición aguda
COPE	Client Oriented Provider Efficient services (Servicios orientados al cliente y de prestador eficiente)
CRG	<i>Commodity Reference Guide (Guía de referencia de productos básicos)</i> de USAID
CSB	Corn-soy blend (mezcla maíz-soya)
CSHGP	Child Survival and Health Grants Program (Programa de Subvenciones para la Salud y la Supervivencia Infantil)
DTP	Vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina
MNE	Medidas nutricionales esenciales
FACG	Food Aid Consultative Group (Grupo Consultivo sobre Ayuda Alimentaria)
FANTA	Proyecto de Asistencia Técnica en Alimentación y Nutrición
FANTA-2	Proyecto de Asistencia Técnica en Alimentación y Nutrición II
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
AME	Alimento mezcla enriquecido
FFP	USAID Office of Food for Peace (Oficina de Alimentos por la Paz de USAID)
FFPIB	Boletín informativo de Food for Peace
EF	Ejercicio fiscal
g	gramo(s)
MC	Monitoreo del crecimiento
MPC	Monitoreo y promoción del crecimiento
TPE	Talla para la edad
Hib	Vacuna contra Haemophilus influenzae tipo b
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
IEC	Información, educación y comunicación

IFPRI	International Food Policy Research Institute (Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias)
IMC	International Medical Corps
AIEPI	Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia
INCAP	Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá
IOM	Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos
CI	Coficiente intelectual
RI	Resultado intermedio
IRD	International Relief and Development (Ayuda Internacional y Desarrollo)
UI	Unidad(es) internacional(es)
kcal	Kilocaloría(s)
kg	Kilogramo(s)
M&E	Monitoreo y evaluación
DAM	Desnutrición aguda moderada
SNMI	Salud y nutrición maternoinfantil
MEASURE	Monitoreo y evaluación para evaluar y usar los resultados
MJ	Megajulio(s)
CMB	Circunferencia media braquial
MdS	Ministerio de Salud
NCHS	National Center for Health Statistics (Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias)
ONG	Organización no gubernamental
IO	Investigación operacional
OPS	Organización Panamericana de la Salud
IDP	Investigación de desviación positiva
CDC	Calidad definida en conjunto
MEL	Mujeres embarazadas y lactantes
PM2A	Prevención de la desnutrición en niños menores de 2 años
PTMN	Prevención de la transmisión de la madre al niño del VIH
OVP	Organización voluntaria privada
CA	Aseguramiento de la calidad
PAC	Proyecto de Aseguramiento de la Calidad
CA	Calidad de la atención
MC	Mejora de la calidad
IRC	Investigación rápida de la calidad
LVMC	Lista de verificación de mejora de la calidad
DAS	Desnutrición aguda severa
CNCA	Cuestionario normalizado de desempeño anual
Proyecto SARA	Proyecto Support for Analysis and Research in Africa (Apoyo para Análisis e Investigación en África)
PPM	Pruebas de prácticas mejoradas
TRM	Materiales técnicos de referencia
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNU	Universidad de las Naciones Unidas

USAID	United States Agency for International Development (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional)
PPA	Peso para la edad
PPT	Peso para la talla
OMS	Organización Mundial de la Salud
WSB	Wheat-soy blend (mezcla trigo-soya)

1. PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS: GENERALIDADES TÉCNICAS

1.1 BREVE DESCRIPCIÓN DE PM2A

1.1.1 ¿Qué es PM2A?

La Prevención de la desnutrición en los niños menores de 2 años (PM2A) es un enfoque con ayuda alimentaria para reducir la prevalencia de la desnutrición infantil y consiste en destinar un conjunto de intervenciones de salud y de nutrición a todas las embarazadas, a las madres de niños de 0 a 23 meses y a niños menores de 2 años que viven en zonas del programa con inseguridad alimentaria, independientemente del estado nutricional. Dado que, desde el punto de vista nutricional, estos niños y mujeres son los más vulnerables de la población, el programa se enfoca en todos los integrantes de estos grupos para proteger a los niños de la desnutrición y de sus consecuencias a largo plazo, así como la disminución de las habilidades psicomotrices, la capacidad de trabajo, el coeficiente intelectual (CI) y los ingresos, entre otros aspectos.

El enfoque PM2A integra las mejores prácticas en programas de salud y nutrición maternoinfantil (SNMI) y las combina con la ayuda alimentaria. En general, es fundamental para el componente SNMI de un Programa de Título II regular (no emergencia), que también podría incluir actividades como intervenciones de recuperación, planificación familiar o actividades relacionadas con el agua y el saneamiento. El PM2A, junto con el resto del componente SNMI de un programa, debe vincularse sistemáticamente con los componentes de agricultura y medios de vida del programa, así como con los servicios complementarios prestados por el gobierno u otras organizaciones que operen en el área de intervención del programa.

1.1.2 Servicios básicos

Las causas subyacentes de la desnutrición infantil son múltiples, entre ellas, inseguridad alimentaria, cuidados y alimentación subóptimas de mujeres y niños, comportamientos inadecuados y condiciones deficientes de salud, higiene y medio ambiente. Un programa debe abordar la mayor cantidad de causas subyacentes como sea posible para producir el máximo grado de reducción de la desnutrición. Por ejemplo, el suministro temporal de raciones ayuda a resolver problemas de acceso a los alimentos, mientras que las iniciativas para aumentar los ingresos y la producción agrícola tienen efectos a más largo plazo. La programación para el cambio de comportamiento mejora las prácticas de cuidados y alimentación, mientras que el suministro y el fortalecimiento de servicios preventivos y paliativos de salud y nutrición ayudan a asegurar que los niños se enfermen con menos frecuencia y se recuperen antes, y a prevenir la desnutrición y la muerte.

Servicios básicos de PM2A

Los tres servicios básicos de PM2A que se brindan a los participantes son:

- **ración de comida condicional**¹ para la mujer o el niño individual y para el grupo familiar;
- **servicios preventivos y curativos de salud y nutrición** para niños y mujeres, de acuerdo al protocolo nacional;
- **comunicación para el cambio de comportamiento** (CCC).

1.1.3 Beneficiarios del programa

Tabla 1. Beneficiarios del programa de PM2A

Beneficiarios del programa	¿Por qué es dirigido con servicios de PM2A?	Qué reciben
Todas las mujeres embarazadas	<ul style="list-style-type: none"> • Protege la salud y el estado nutricional de la madre • Promueve el crecimiento óptimo del bebé en el útero • Ayuda a asegurar un peso adecuado al nacer 	<ul style="list-style-type: none"> • Una ración individual hasta el nacimiento del niño • Atención prenatal, suplementación con micronutrientes y otros servicios preventivos y curativos de salud y nutrición • Servicios para el cambio del comportamiento
Todas las madres de niños de 0 a 5 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Protege la salud y el estado nutricional de la madre • Ayuda a asegurar una calidad adecuada de la leche materna 	<ul style="list-style-type: none"> • Una ración individual hasta que el niño cumple los 6 meses • Atención posnatal y otros servicios preventivos y curativos de salud y nutrición • Servicios para el cambio del comportamiento
Todos los niños de 0 a 23 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Protege el crecimiento del niño durante un período crítico del desarrollo físico • Protege la salud del niño cuando éste también está con alto riesgo de infección y muerte 	<ul style="list-style-type: none"> • Una ración individual a partir de los 6 meses hasta los 2 años de edad • Servicios preventivos y curativos de salud y nutrición, que incluyen vacunación y suplementación con micronutrientes • Servicios para el cambio de comportamiento dirigidos a cuidadores/familias/comunidades
Hogares de mujeres y niños participantes	<ul style="list-style-type: none"> • Suplementa la provisión de alimentos en el grupo familiar y mejora su seguridad alimentaria • Fomenta la participación en el programa • Desalienta la práctica de compartir la ración individual 	Una ración familiar

¹ Ración “condicional” indica que, para recibir la ración, los beneficiarios deben participar en las intervenciones para el cambio de comportamiento y acudir y recibir un conjunto mínimo de servicios de salud preventivos. Cada MYAP definirá el cambio de comportamiento y los requisitos de servicios sanitarios específicos para la participación, en función del contexto del programa.

1.1.4 Criterios de elegibilidad

El PM2A tiene criterios simples y transparentes para el ingreso y egreso de las personas que viven en la zona del programa. Los niños deben tener entre 0 y 23 meses² de edad y las mujeres deben estar embarazadas o ser madres de un niño de 0 a 23 meses, independientemente del estado nutricional.

A fin de mantener la elegibilidad para participar en el programa y recibir raciones individuales y familiares, estas mujeres deben obtener un conjunto mínimo de servicios periódicos preventivos de salud, de acuerdo con el protocolo del Ministerio de Salud (MdS), y deben participar en las actividades de cambio de comportamiento presentadas por el programa de PM2A. Cada programa establecerá los requisitos mínimos que una madre/cuidadora debe reunir para recibir las raciones de PM2A de conformidad con el protocolo del MdS y el contexto local. Sin embargo, el programa debe ser razonable al establecer y hacer cumplir las condiciones, para lo que deberá tener en cuenta las limitaciones que las madres/cuidadoras afrontan y trabajar con las comunidades en pos de aumentar el acceso a los servicios. Por ejemplo, si una madre/cuidadora falta habitualmente a las sesiones, el programa debe tratar de entender qué le impide acudir y abordar el problema, si es posible, antes de poner fin a su participación en el programa. **El objetivo general es asegurar que la mayor cantidad posible de madres, niños y grupos familiares reciban intervenciones de salud y nutrición, CCC y raciones;** las condiciones para participar en el programa deben ser acordes a ese objetivo.

1.2 BASES DE LA EVIDENCIA

1.2.1 ¿Por qué establecer como destinatarios a niños desde la concepción hasta los 2 años de edad?

El período desde la concepción hasta los 2 años es la etapa en que el crecimiento físico es más rápido y es un momento crucial para el desarrollo cognitivo. El estado nutricional de una madre antes y durante el embarazo afecta la salud y el desarrollo de su hijo. Un bajo índice de masa corporal (IMC) materno se asocia con un retardo de crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer, lo que a su vez pone al bebé en riesgo de presentar complicaciones neonatales.³

El período desde el nacimiento hasta los 2 años también es crítico porque los niños de este grupo etario tienen necesidades nutricionales relativamente altas para sostener su crecimiento y desarrollo. Las prácticas subóptimas de alimentación y el alto riesgo de enfermedad e infección aumentan la vulnerabilidad de los niños al retraso del crecimiento y la desnutrición en los dos primeros años vida más que en cualquier otra etapa del ciclo vital.⁴ Estos niños también son los que presentan un mayor grado de respuesta a las intervenciones nutricionales.⁵ Los resultados de

² Los niños comienzan a recibir servicios preventivos de salud y a beneficiarse de la CCC desde que nacen. Comienzan a recibir la ración a los 6 meses de vida.

³ Black *et ál.* 2008. "Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences." *The Lancet Series on Maternal and Child Undernutrition. The Lancet* 371: 243-60.

⁴ Shrimpton *et ál.* 2001. "Worldwide Timing of Growth Faltering: Implications for Nutritional Interventions." *Pediatrics* 107 (5): E75.

⁵ *Ibid.*

investigaciones realizadas en varios sitios con programas han mostrado que la alimentación suplementaria es más efectiva en mejorar el crecimiento infantil y prevenir el retraso del crecimiento en niños más pequeños que en los niños más grandes; obteniéndose los mayores beneficios durante el primer y el segundo año de vida.⁶ Además, se ha demostrado que las intervenciones con suplementación alimentaria y educación nutricional dirigidas a niños de 6 a 23 meses y sus cuidadoras mejoran el estado nutricional de los niños, tanto en intervenciones individuales como combinadas.⁷ Al dirigirse a este grupo de edad vulnerable, se maximizan los esfuerzos destinados a promover el crecimiento lineal y prevenir las consecuencias físicas y cognitivas a largo plazo de la desnutrición.

1.2.2 ¿Por qué enfocarse en la prevención?

En las comunidades con alta prevalencia de desnutrición, todos los niños son vulnerables al retraso del crecimiento. Incluso niños que no están desnutridos podrían no estar creciendo de manera óptima. En estas comunidades vulnerables, la prevención de la desnutrición y sus consecuencias a largo plazo mediante la promoción y la protección del crecimiento para todos los niños parece más lógico que una intervención cuando el niño ya está desnutrido.

La importancia de la prevención ha sido un principio aceptado durante años entre profesionales de la nutrición y la salud pública, y muchos programas de nutrición con ayuda alimentaria han centrado sus intervenciones para el cambio de comportamiento en la prevención, con especial énfasis en las mujeres en edad fértil y los niños menores de 2 años. Sin embargo, las raciones de estos programas con frecuencia se destinaban a individuos desnutridos solamente, se suministraban en pequeñas cantidades como incentivo para la asistencia al programa o no se proporcionaban como parte del componente de SNMI. En un estudio realizado entre 2002 y 2006 de un programa del Título II en Haití⁸, se comparó un enfoque preventivo que brindaba todos los servicios del programa (CCC, servicios de salud, raciones) a todas las mujeres embarazadas y lactantes (MEL) y niños menores de 2 años con un enfoque curativo que suministraba servicios similares pero dirigidos sólo a los niños de bajo peso (puntaje Z de peso para la edad [PPE] < -2) menores de 5 años y a todas las MEL. La prevalencia de retraso de talla, bajo peso y emaciación al final del programa en las comunidades donde se aplicó el enfoque preventivo fue más baja que en las comunidades que sólo recibieron servicios curativos. El enfoque preventivo resultó más eficaz en reducir la desnutrición general porque llegó a todos los niños a través de intervenciones de salud y de nutrición cuando estaban en la edad de mayor riesgo y de ritmo de crecimiento.

⁶ Schroeder, D.G., *et al.* 1995. "Age Differences in the Impact of Nutritional Supplementation on Growth." *Journal of Nutrition* Supplement: The INCAP Follow-Up Study. *Journal of Nutrition* 125 (April) (4Suppl): 1051S-1059S; Lutter *et al.* 1990. "Age-specific responsiveness of weight and length to nutritional supplementation." *American Journal of Clinical Nutrition* 51: 359-64.

⁷ Roy, S.K., *et al.* December 2005. "Intensive Nutrition Education with or without Supplementary Feeding Improves the Nutritional Status of Moderately-malnourished Children in Bangladesh." *Journal of Health, Population and Nutrition* 23(4): 320-330 (January 1); Dewey, Kathryn G., and Seth Adu-Afarwuah. 2008. "Systematic review of the efficacy and effectiveness of complementary feeding interventions in developing countries." *Maternal and Child Nutrition* 4: 24-85; Bhandari, N, *et al.* 2004. "An educational intervention to promote appropriate complementary feeding practices and physical growth in infants and youth in rural Haryana, India." *Journal of Nutrition* 134: 2342-2348.

⁸ Ruel *et al.* 2008. "Age-based preventive targeting of food assistance and behavior change and communication for reduction of undernutrition in Haiti: a cluster randomised trial." *The Lancet* 371 (9612): 588-595.

El enfoque preventivo no ignora las necesidades de los niños con crecimiento inadecuado, desnutrición aguda moderada (DAM) o desnutrición aguda severa (DAS). Incluso en los programas con orientación preventiva, algunos niños no crecen bien y desarrollan la desnutrición aguda. Los niños inscritos en PM2A que crecen inadecuadamente o desarrollan DAM necesitan atención especial de parte de los servicios de salud y asesoramiento de PM2A para tratar los problemas de salud subyacentes, facilitar el crecimiento adecuado compensatorio y prevenir la DAS. Se debe identificar a los niños con DAS y referirlos para que reciban el tratamiento apropiado. Según la prevalencia de DAS, los servicios disponibles en la comunidad y el alcance del programa, el programa podría incluir un resultado intermedio (RI) adicional, aparte del programa de PM2A, que trate específicamente la DAS, o bien un mecanismo de referencia sólido dirigido a niños con DAS para que reciban el tratamiento que ofrece el MdS u otra organización no gubernamental (ONG).

1.3 ¿DÓNDE ES APROPIADO EL ENFOQUE PM2A?

PM2A es apropiado en lugares con inseguridad alimentaria y con una prevalencia alta y generalizada de retraso en la talla o de bajo peso⁹ entre niños menores de 5 años.¹⁰ Para obtener buenos resultados, los programas deben aplicar el PM2A en comunidades donde se ofrece un conjunto mínimo de servicios esenciales de salud o donde se pueden fortalecer estos servicios. Además, los estudios Bellmon Estimation Studies for Title II (BEST) específicos de país deben determinar si el lugar puede asumir la cantidad de alimentos necesarios para el PM2A y debe haber considerado la logística de transporte y del almacenamiento del producto alimenticio. El enfoque PM2A debe aplicarse en zonas de relativa estabilidad política y social con migración limitada. Por último, los programas deben consultar al gobierno del país anfitrión para confirmar que el gobierno apoya los principios de programación del PM2A, incluida la distribución de raciones preventivas individuales y familiares.

RECUADRO 1. ¿DÓNDE ES APROPIADO EL PM2A?

El enfoque PM2A es apropiado en comunidades con inseguridad alimentaria y:

- altos niveles de retraso en la talla o bajo peso;
- un conjunto mínimo accesible de servicios de salud materno-infantil;
- relativa estabilidad política y social;
- migración limitada ;
- capacidad para absorber los alimentos sin distorsiones en los mercados (análisis de BEST);
- apoyo al PM2A por parte del gobierno del país anfitrión.

⁹ La alta prevalencia hace referencia a un retraso en la talla (puntaje Z de la talla para la edad [T/E] < -2) del 30 por ciento o más o al bajo peso (puntaje Z de PPE < -2) del 20 por ciento o más, conforme a las normas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) o de las referencias de crecimiento del National Center for Health Statistics (NCHS).

¹⁰ En "What Works? Interventions for Maternal and Child Undernutrition and Survival," Bhutta *et ál.* indicaron que el apoyo de la alimentación complementaria con apoyo alimentario o transferencias condicionadas de dinero era más eficaz en zonas de inseguridad alimentaria que el apoyo con alimentación complementaria solamente. El apoyo de alimentación complementaria sin ayuda alimentaria ni transferencias condicionadas de efectivo era más eficaz en zonas donde había alimentos suficientes.

El conjunto de servicios de salud requeridos para aplicar el PM2A incluye atención prenatal, atención de posparto, suplementación con micronutrientes, vacunación y tratamiento de enfermedades de la infancia, según lo estipulado en las políticas y los protocolos del MdS del país. anfitrión. La **Sección 2.2** describe los componentes típicos de cada uno de estos servicios, que variarán en cierta medida según el país. En zonas del programa con acceso limitado o inconstante o sin acceso a estos servicios, los programas deben describir estas debilidades y trabajar para lograr la disponibilidad y accesibilidad de estos servicios.

2. SERVICIOS BÁSICOS DE PM2A

2.1 PROGRAMACIÓN PARA EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO COMUNITARIO Y FAMILIAR

2.1.1 ¿Por qué enfocarse en el cambio de comportamiento?

Las prácticas de cuidados y alimentación de mujeres y niños son fundamentales para el crecimiento, el desarrollo, el logro y mantenimiento de un adecuado estado nutricional. Las prácticas inapropiadas de lactancia materna, alimentación complementaria y de cuidados son causas primordiales de la desnutrición. Para reducir la desnutrición, es indispensable asegurar que las madres/cuidadoras puedan alimentarse, cuidarse a sí mismas y alimentar y cuidar a sus hijos de manera óptima. Los servicios de consejería y CCC destinados a madres, cuidadoras, familiares y tomadores de decisión deben ocupar un lugar primordial en las estrategias para mejorar la nutrición de lactantes y niños pequeños.¹¹

2.1.2 Comportamientos clave

Dado que la desnutrición se asocia con la enfermedad como con la inadecuada ingesta alimentaria en cantidad y calidad, y espaciamiento entre embarazos, los posibles adjudicatarios deben centrar los esfuerzos de CCC del programa en la promoción de las Acciones Esenciales de Nutrición (AEN), las medidas higiénicas a nivel del hogar, las prácticas preventivas y curativas como la vacunación oportuna, la atención adecuada de salud a nivel domiciliaria, el reconocimiento de los signos de desnutrición y de la enfermedad y la práctica de buscar la atención así como el espaciamiento del embarazo en tiempos saludables. Un programa no promovería necesariamente todos los comportamientos mencionados; más bien, fomentaría comportamientos específicos que la investigación formativa demuestre que tienen mayor probabilidad de repercutir en la nutrición y el crecimiento del niño en la zona del programa, que son factibles y que necesitan mejorar.

¹¹ OMS/UNICEF. 2008. Strengthening action to improve feeding of infants and young children 6-23 months of age in nutrition and child health programmes: Report of proceedings 6-9 de octubre de 2008. Ginebra: OMS. http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9789241597890/en/index/html.

RECUADRO 2. COMPOR TAMIEN TOS CLAVE PARA PROMOVER

MNE

- Lactancia óptima durante los primeros 6 meses de vida
- Alimentación complementaria óptima a partir de los 6 meses con lactancia continuada hasta los 2 años y más
- Atención nutricional óptima de los niños enfermos y con desnutrición severa
- Prevención de la deficiencia de vitamina A en mujeres y niños
- Ingesta adecuada de hierro y ácido fólico, y prevención y control de la anemia para mujeres y niños
- Ingesta adecuada de yodo por todos los miembros del grupo familiar
- Nutrición óptima para las mujeres

Medidas clave de higiene en el hogar

- Tratamiento y almacenamiento seguro del agua potable
- Lavado de manos con jabón o ceniza en momentos críticos (es decir, después de la defecación, después del contacto con heces de niños, antes de preparar alimentos, antes de alimentar a los niños, antes de comer)
- Eliminación segura de las heces
- Adecuado almacenamiento y manipulación de los alimentos para evitar la contaminación

Otras prácticas clave

- Atención prenatal (al menos cuatro visitas), vacuna anatoxina tetánica, suplementación con hierro/ácido fólico
- Plan completo de vacunación para todos los niños antes de cumplir el año de vida
- Mosquiteros tratados con insecticida para que duerman los niños y las mujeres
- Reconocimiento de si el niño necesita tratamiento fuera del hogar y búsqueda de atención de prestadores apropiados
- Reconocimiento de los signos de peligro durante el embarazo

2.1.3 Principios clave en la programación para el cambio de comportamiento¹²

La estrategia de cambio de comportamiento debe promover las distintas prácticas recomendadas para edades específicas de una manera oportuna y adaptada al contexto cultural, y debe estar orientada no sólo a los que practican los comportamientos sino también a aquellos que influyen en los comportamientos en un grupo familiar y en una comunidad. El programa de cambio de comportamiento procura alcanzar la mayor cobertura posible, mantener un contacto frecuente y periódico con los grupos destinatarios, asegurar la selección adecuada de destinatarios y facilitar la adopción de los comportamientos. La revisión llevada a cabo por Caulfield *et al.* halló que los mensajes claros, apropiados para la edad y orientados a la acción que se transmiten a través de múltiples canales y puntos de contacto resultan más eficaces y que los materiales visuales, como

¹² Esta sección se basa en el TRM del USAID Child Survival and Health Grants Program, *Behavior Change Interventions*, 2007, www.childsurvival.com, así como en *Designing for Behavior Change Curriculum*, del CORE Social and Behavior Change Working Group, http://207.226.255.12/working_groups/behavior.cfm.

afiches, fichas de consejería y folletos para llevar al hogar, pueden contribuir a fomentar la adopción de comportamientos.¹³

Los programas de PM2A deben hacer todo lo posible por tener un contacto quincenal con las embarazadas y las madres de niños menores de 2 años o bien, si esto no es posible, un contacto mensual. El programa también debe mantener un contacto regular con otras personas que influyen en los comportamientos clave para la seguridad alimentaria de las madres (es decir, esposos, suegras, líderes). El adjudicatario potencial puede determinar la frecuencia de estos contactos en función de los recursos y las prioridades del programa.

RECUADRO 3. DESARROLLO DE UNA ESTRATEGIA PARA EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO

Principios clave que deben tenerse en cuenta para desarrollar una estrategia eficaz para el cambio de comportamiento:

- Asegurarse de que se fundamente en datos provenientes de la investigación formativa
- Entender a los grupos destinatarios y trabajar desde sus perspectivas
- Analizar los múltiples factores que afectan el comportamiento
- Abordar las barreras para el cambio
- Dirigirse a las personas que influyen en el comportamiento así como a quienes lo practican
- Adaptar la programación a cada grupo destinatario
- Llegar a los grupos destinatarios a través de múltiples canales y puntos de contacto
- Mantener contacto frecuente y constante con los grupos destinatarios
- Tener presente que el conocimiento no es suficiente para cambiar el comportamiento
- Asegurar que los mensajes sean oportunos y pertinentes para el grupo destinatario
- Emplear técnicas de educación para adultos

Una estrategia eficaz abordará las siguientes preguntas clave:

- ¿El comportamiento de quiénes desea cambiar?
- ¿Qué comportamiento quiere ayudarlos a practicar?
- ¿Por qué no practican el comportamiento ahora?
- ¿Qué enfoques puede usar para abordar los factores que influyen en el comportamiento?

2.1.4 Ejemplos de actividades comunes para el cambio de comportamiento

Como ya se planteó, los programas de PM2A deben usar múltiples canales para llegar a las mujeres embarazadas y a las madres. Algunos contactos de CCC deben producirse en un ámbito en el que el trabajador de salud pueda interactuar de manera individual con la madre para identificar las barreras que enfrenta para el cambio, trabajar para superarlos y procurar compromisos de cambio e interactuar con los miembros de la familia que influyen en sus decisiones. Idealmente, esto se debiera llevar a cabo durante una visita domiciliaria. Además, trabajar con las madres en

¹³ Caulfield, L.E., S.L. Huffman y E.G. Piwoz. 1999. "Interventions to improve the intake of complementary foods by infants 6-12 months of age in developing countries: Impact on growth and prevalence of malnutrition and potential contribution to child survival." *Food and Nutrition Bulletin* 20: 183-200.

grupos pequeños (de ocho a 12 miembros) ofrece la oportunidad de brindar apoyo de pares para el cambio de comportamiento. Hay muchas formas de apoyar el cambio de comportamiento, y se alienta a los adjudicatarios potenciales a desarrollar una estrategia integral para el cambio de comportamiento que sea acorde al contexto de su programa. Algunos métodos comunes para el cambio de comportamiento son:

Visitas domiciliarias

Los trabajadores de salud comunitarios (TSC), enfermeras auxiliares, comadronas capacitadas o voluntarios de nutrición que estén capacitados en asesoramiento individual realizan visitas domiciliarias. Pueden brindar ayuda, seguimiento y apoyo a embarazadas, madres lactantes, cuidadoras de niños y a sus familias. Las visitas podrían incluir control de la salud del niño, , asesoramiento para las cuidadoras y seguimiento de un niño enfermo o con retardo del crecimiento. La visita es una oportunidad para adaptar los mensajes a necesidades individuales y para negociar el cambio de comportamiento.

Grupos de cuidado

Los grupos de cuidado, una variación de las visitas domiciliarias, constituyen una estrategia comunitaria para mejorar la cobertura y el cambio de comportamiento mediante el establecimiento de equipos de educadores en salud comunitarios y voluntarios que representen, atiendan y promuevan de manera individual la salud entre las mujeres de 10 a 15 grupos familiares de la comunidad. Los voluntarios forman un grupo de cuidado que se reúne una o dos veces por semana y es capacitado por un facilitador remunerado. Estos miembros de los grupos de cuidado visitan a las mujeres que están bajo su responsabilidad y ofrecen apoyo, orientación y educación para fomentar el cambio de comportamiento.

Grupos pequeños

En los grupos pequeños, como clubes de madres, grupos de apoyo o de mujeres, las madres y las embarazadas pueden recibir apoyo para que puedan lograr un nivel óptimo de autocuidado y de cuidado y alimentación de los niños. El grupo mantiene un ambiente cómodo, comprensivo y de respeto. Utiliza técnicas de educación para adultos y podría ser facilitado por una madre del grupo, un prestador de salud u otro miembro de la comunidad. Idealmente, los grupos se organizan conforme el estado fisiológico de las madres o según las edades de los niños a fin de adaptar adecuadamente los mensajes para el cambio de comportamiento. Los grupos pequeños también pueden estar dirigidos a hombres (p. ej., clubes de hombres), suegras u otros grupos clave. Los programas también podrían incorporar la programación en materia de salud y nutrición en los grupos comunitarios ya existentes, así como grupos de mercadeo o programas de préstamos y ahorros para comunidades.

Promoción del crecimiento en la comunidad (PCC)

La PCC es una estrategia aplicada en la comunidad para prevenir la desnutrición y mejorar el crecimiento infantil a través del monitoreo mensual del aumento de peso del niño, consejería individual y negociación para el cambio de comportamiento, visitas domiciliarias e integración con otros servicios de salud. Se toman medidas en función de si el niño ha alcanzado o no un peso aceptable, y no de su estado nutricional, mediante la identificación y el tratamiento de problemas de crecimiento antes de que el niño se desnutra.

Asambleas comunitarias

Los beneficiarios del programa asisten a sesiones de cambio de comportamiento todos los meses en un lugar de encuentro central. Las sesiones podrían combinarse con otros servicios de salud y de nutrición esenciales, como vacunación, suplementación con micronutrientes y monitoreo y promoción del crecimiento (MPC). Las asambleas complementarían una estrategia de CCC más amplia para reforzar los mensajes transmitidos a través de otros puntos de contacto.

Consejería nutricional

La consejería nutricional individual dirigido a las necesidades particulares de una madre/cuidadora es una herramienta indispensable para el cambio de comportamiento y, con frecuencia, forma parte de la programación integral en materia del cambio de comportamiento. Puede llevarse a cabo en un centro de salud, puesto de salud comunitario o en el hogar por parte de personal sanitario o voluntarios de la comunidad capacitados en consejería y negociación, además de la nutrición materno- infantil. El que brinda la consejería es comprensivo, escucha las inquietudes y limitaciones de la madre y trabaja con ella para superarlas. En caso de ser necesario, el programa capacita, apoya y supervisa a los que brindan consejería y diseña materiales de consejería adecuados,

Medios masivos de comunicación

Como complemento a las actividades intensivas y específicas individualizadas y de grupos pequeños, los medios masivos de comunicación, como las cuñas radiales, vallas publicitarias y afiches, pueden ayudar a crear conciencia respecto a comportamientos específicos o informar sobre las actividades en curso o sobre ciertos temas de salud. El uso de los medios masivos de comunicación permite al programa llegar a todos los miembros de la comunidad con mensajes generales para el cambio de comportamiento.

Entretenimiento educativo comunitario

Las obras de teatro, la narración de cuentos y y otras formas de actuación también pueden complementar la programación intensiva en materia de cambio de comportamiento, ya que constituyen una forma entretenida de compartir información con la comunidad en general o propiciar el debate sobre las dificultades culturales que obstaculizan el cambio de ciertos comportamientos.

RECUADRO 4. REFERENCIAS PARA EL DISEÑO DE INTERVENCIONES PARA EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO

- Grupo de Trabajo CORE para el Cambio Social y de Comportamiento. 2008. Diseñando para el cambio de comportamientos (Designing for Behavior Change). http://www.coregroup.org/storage/documents/Workingpapers/dbc_curriculum_final_spanish.pdf
- Lisa Howard-Grabman y Gail Snetro. 2004. Cómo movilizar comunidades para el cambio social y en salud (How to Mobilize Communities for Health and Social Change). Health Communication Partnership. <http://www.jhuccp.org/node/1256>
- Social and Behavior Change Working Group. CORE Group: <http://www.coregroup.org/our-technical-work/working-groups/social-and-behavior-change>
- Universidad de Emory; Instituto de Investigación Nutricional, Perú; Instituto Nacional de Salud Pública, México y OPS. 2003. ProPAN: Proceso para la Promoción de la Alimentación del Niño. http://www.ops.org.ar/publicaciones/piezas%20comunicacionales/cdresiliencia/Propan_FullText.pdf
- Doug McKenzie-Mohr and William Smith. 1999. Fostering Sustainable Behavior: An Introduction to Community-based Social Marketing. New Society Publishers.
- Alan Andreasen. 1995. Marketing Social Change: Changing Behavior to Promote Health, Social Development and the Environment. Jossey-Bass.
- Robert Cialdini. 2008. Influence: Science and Practice. Fifth edition. Allyn and Bacon.

Referencias técnicas que respaldan el diseño de intervenciones para el cambio de comportamiento

- Child Survival and Health Grant Program (CSHGP). 2007. Technical Reference Materials (TRMs) on: Behavior Change Interventions and Integrated Management of Childhood Illness. http://www.mchipngo.net/controllers/link.cfc?method=tools_cross
- CSHGP 2007. TRMs on: Nutrition and Diarrheal Disease Prevention and Control. http://www.mchipngo.net/controllers/link.cfc?method=tools_tech
- OPS. 2003. Principios de Orientación para la Alimentación Complementaria del Niño Amamantado. Washington, DC: OPS. http://whqlibdoc.who.int/paho/2003/9275324603_spa.pdf.
- OPS. 2007. Principios de Orientación para la Alimentación de niños no amamantado entre los 6 y los 24 meses de edad. Washington, DC: OPS. http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789275327951_spa.pdf.

2.2 SERVICIOS PREVENTIVOS Y CURATIVOS DE SALUD Y NUTRICIÓN

2.2.1 Razones para incluir servicios preventivos y curativos de salud y nutrición

Debido a la fuerte relación causal entre las enfermedades infantiles y la desnutrición, los servicios de salud básicos preventivos y curativos son esenciales en cualquier programa que promueve una mejor nutrición infantil. Para fomentar el uso de los servicios de salud disponibles, los programas de PM2A exigen que las madres/cuidadoras reciban servicios preventivos de salud para obtener las raciones individuales y familiares. Cada programa debe establecer los servicios de salud requeridos de conformidad con el protocolo del MdS y el contexto del programa. Por lo general, el MdS o el organismo que administra el sistema de salud local es el encargado de prestar estos servicios.

En muchos casos, los adjudicatarios que ejecutan los programas del Título II trabajan en entornos difíciles que cuentan con escaso o ningún acceso a servicios de salud, ni siquiera los servicios mínimos. El sistema de salud quizás no pueda dar abasto si la demanda de servicios aumenta repentinamente. En estas circunstancias, la prioridad del programa será fortalecer los servicios de salud esenciales, ampliar el acceso y fomentar la apropiación por la comunidad. Los adjudicatarios potenciales deberán adaptar el diseño del programa y las condiciones de elegibilidad del programa de PM2A según corresponda.

2.2.2 Descripción de los servicios preventivos y curativos de salud y nutrición en PM2A

A continuación se presentan las descripciones generales de los servicios preventivos y curativos de salud y nutrición considerados esenciales para el PM2A, seguido de los componentes que son servicios complementarios útiles. Las descripciones son directrices generales y variarán de un país a otro según el protocolo del MdS. En general, los servicios de salud están a cargo de prestadores de atención de salud capacitados, como médicos, enfermeros y comadronas en el centro de salud o la comunidad. Algunos servicios son dispensados por los TSC. La función del programa del Título II es promover estos servicios, coordinar y promover las campañas de salud, abogar por recursos y suministros suficientes y brindar capacitación y apoyo complementarios según sea necesario. Como se planteó anteriormente, cada programa determinará qué servicios deben utilizar los beneficiarios para poder participar en el programa. En la tabla a continuación se describen los servicios de salud y nutrición esenciales para PM2A. Los detalles concretos variarán de un país a otro.

Tabla 2. Servicios preventivos y curativos de salud y nutrición

Servicios de salud y nutrición esenciales	
Atención prenatal y posnatal	Los servicios típicos prestados en consultas prenatales incluyen exámenes físicos, provisión de suplementos de hierro/folato y vacunas de toxoide tetánico, entre otros. Las consultas posnatales habituales incluyen visitas domiciliarias a la madre (idealmente los días 1, 3 y 7), ¹⁴ exámenes físicos de la madre y el recién nacido, provisión de una dosis posparto de vitamina A para la madre antes de cumplirse las seis semanas del parto (si la madre no la recibió en una visita domiciliaria inmediatamente después del parto) y otros servicios de salud.
Tratamiento de enfermedades/Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI)	Los servicios que examinan y tratan a niños enfermos deben estar disponibles y ser accesibles. Los servicios deben incluir tratamiento y medicamentos, como tratamiento de rehidratación oral y zinc para la diarrea, antibióticos para las infecciones, tratamiento contra el paludismo, consejería y otros servicios curativos esenciales. Muchos países han adoptado el AIEPI, un programa aplicado en centros de salud que aborda las cinco causas principales de morbilidad y mortalidad infantil —neumonía, diarrea, paludismo, desnutrición y sarampión— centrándose en el manejo de los casos, fortaleciendo el sistema de salud y mejorando las prácticas familiares y comunitarias a través de un enfoque integrado. (Este enfoque también se aplica en el nivel comunitario y se denomina AIEPI-componente

¹⁴ OMS y UNICEF. 2009. Home Visits for the Newborn Child: A Strategy to Improve Survival. WHO/UNICEF Joint Statement. http://www.unicef.org/health/files/WHO_FCH_CAH_09.02_eng.pdf.

	comunitario [AIEPI-Comunitario]).
Vacunación infantil	Las vacunas infantiles estándar deben ser administradas por un prestador de salud capacitado, conforme al protocolo nacional. La vacunación infantil básica que se exige generalmente incluye <i>Bacillus Calmette-Guérin</i> (BCG), vacuna antipoliomielítica oral, la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP) y la antisarampionosa (o vacuna contra el sarampión, la paperas y la rubéola). Se podría incluir, además, la inmunización contra la fiebre amarilla, la hepatitis B y el <i>Haemophilus influenzae b</i> (Hib).
Detección y referencia por DAS	Los niños con desnutrición aguda severa (DAS) corren un alto riesgo de muerte. Los programas de PM2A, que mantienen un contacto periódico con los niños, deben incluir mecanismos para detectar la DAS utilizando la circunferencia medio braquial (CMB) y referir los casos de DAS a los programas de tratamiento correspondientes. Si un programa detecta altos niveles de DAS y no existen programas de tratamiento adecuados, el programa debe abogar por un programa separado pero vinculado para el tratamiento de la DAS o bien directamente crear uno.
Suplementación con micronutrientes y tratamiento de desparasitación de rutina para los niños	En muchos países, la política del MdS recomienda que los niños de entre 6 y 59 meses reciban suplementación de vitamina A en dosis altas y tratamiento de desparasitación de rutina, dos veces al año. En zonas no palúdicas, algunos protocolos nacionales incluyen suplementación con hierro para los niños.
Servicios de salud y nutrición complementarios útiles	
CCC/Consejería nutricional en centros de salud	Además de la CCC a nivel comunitario y familiar, las visitas al centro de salud ofrecen otra oportunidad para el CCC y consejería nutricional. Las visitas de control del niño sano, como para la vacunación, podrían incluir charlas relacionadas con las prácticas óptimas de lactancia, alimentación complementaria e higiene, mientras que las visitas por enfermedad podrían enfocarse en la alimentación adecuada del niño enfermo. Todos los mensajes comunicados en centros de salud deben ser congruentes con la CCC llevada a cabo en la comunidad y el grupo familiar, y reforzar los comportamientos adecuados.
MPC/PCC	Los programas deben considerar la posibilidad de vincular sus actividades de PM2A con los programas de MPC/PCC en los centros de salud, si es que existen. A través del PM2A, el programa puede alentar a los beneficiarios a participar en MPC/PCC, apoyar al centro o la comunidad que ejecuta el programa, brindar consejería nutricional y servicios de CCC en MPC/PCC y capacitar al personal y a los voluntarios de MPC/PCC. En lugares donde no hay MPC/PCC, un programa podría optarse por establecer uno.
Planificación Familiar	Además de reducir el riesgo de mortalidad neonatal, infantil y de menores de 5 años, el espaciamiento entre embarazos en tiempos saludables, se asocia con un mejor estado nutricional de los niños. ¹⁵ Cuanto mayor sea el intervalo entre los nacimientos, menos

¹⁵ Para obtener más información sobre la relación entre el espaciamiento entre embarazos, mortalidad y el estado nutricional, ver Rutstein, Shea. 2008. "La evidencia adicional sobre los efectos de intervalos de partes precedentes sobre la mortalidad neonatal, infantil y de menores de cinco años y el estado nutricional en países en desarrollo: Evidencia de las Encuestas de Demografía y de Salud" Documento de Trabajo DHS 41: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADM649.pdf

probable sea que un niño tenga retardo de crecimiento o bajo peso para su edad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que las parejas esperen por lo menos 24 meses después del nacimiento de un niño antes de intentar un nuevo embarazo.¹⁶ Debido a que los programas del Título II deben de trabajar muy estrechamente con mujeres en edad fértil y sus parejas, éstas pueden jugar un papel clave en mejorar el acceso a servicios voluntarios de planificación familiar y por lo tanto en la reducción de embarazos no deseados o inoportunos. Por ejemplo, un programa podría proporcionar consejería y educación en planificación familiar como parte de sus servicios de CCC y vincularse con los actuales servicios de planificación familiar o proporcionarlos como parte de los servicios de salud del programa (con financiamiento complementario). Todos los servicios de planificación familiar financiados por USAID, deben ser voluntarios, proveer la elección informada, y cumplir con la Enmienda Tiarht.¹⁷

RECUADRO 5. REFERENCIAS PARA LOS SERVICIOS DE SALUD PREVENTIVOS Y CURATIVOS Y EL FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SALUD

- CSHGP. TRMs on: Diarrheal Disease, Family Planning and Reproductive Health, Immunization, Maternal and Newborn Care, and Nutrition.
http://www.mchipngo.net/controllers/link.cfc?method=tools_tech
- CSHGP. TRMs on: IMCI, Capacity Building, and Health Systems Strengthening .
http://www.mchipngo.net/controllers/link.cfc?method=tools_cross
- Food and Nutrition Technical Assistance Project (FANTA). 2008. Training Guide for Community-Based Management of Acute Malnutrition. Washington, DC: FANTA at FHI 360.
<http://fantaproject.org/cmam/training.shtml>
- CORE Group. Community Child Health Working Group: <http://www.coregroup.org/our-technical-work/working-groups/community-child-health>
- Global Health e-learning center: <http://www.globalhealthlearning.org/login.cfm>. (Online courses)
- Marcia Griffiths, Kate Dickin, and Michael Favin. 1996. Promoting the Growth of Children: What Works? Tool #4. The World Bank Nutrition Toolkit. Washington, DC: The World Bank.

¹⁶ WHO. 2005. Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing. Geneva, Switzerland. 13-25 June 2005. http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/birth_spacing05/en/index.html

¹⁷ La Enmienda Tiarht incluye algunos requisitos primordiales que se aplican a los Programas de Título II, como: 1) los derechos o beneficios del programa, tales como raciones o servicios de salud, no serán negados a las personas que decidan no ser usuarios de planificación familiar; 2) no habrá incentivos para individuos a cambio de ser usuarios ni para el personal del programa por cumplir una meta cuantitativa o cuotas relacionadas con planificación familiar. Para obtener más información sobre la Enmienda Tiarht, ver: http://www.usaid.gov/our_work/global_health/pop/tiaqas.pdf o http://www.usaid.gov/our_work/global_health/pop/voluntarism.html.

2.3 RACIONES

Uno de los tres servicios básicos del programa de PM2A es la provisión de raciones a mujeres embarazadas, madres de niños de 0 a 5 meses, niños de 6 a 23 meses y a sus grupos familiares.

2.3.1 Objetivo de las raciones

Las raciones tienen como finalidad ayudar a prevenir la desnutrición y promover el crecimiento lineal mediante la suplementación y la mejora de la calidad de la alimentación de mujeres embarazadas, madres de niños de 0 a 5 meses y niños de 6 a 23 meses. La ración familiar suplementa la provisión de alimentos de la familia, evita el consumo compartido de las raciones individuales y ofrece un incentivo para la participación en el programa.

2.3.2 Destinatarios de las raciones

Basado en la evidencia existente a la fecha, la ración familiar se considera parte integral del modelo PM2A. Sin embargo, las raciones familiares pueden implicar cantidades relativamente grandes de alimentos, lo que podría suscitar inquietudes respecto del análisis Bellmon y la sostenibilidad o bien podría limitar los recursos disponibles para otras actividades. La modificación del tamaño de la ración familiar o del número de beneficiarios identificados podría ser posible sin afectar los resultados nutricionales esperados, pero estas modificaciones podrían aumentar el consumo compartido dentro del grupo familiar o reducir la participación, lo que podría obstaculizar los esfuerzos del programa dirigidos a reducir la desnutrición infantil. Los programas que modifican la manera de calcular o distribuir las raciones familiares (p. ej., suministrando la ración familiar sólo durante la época de escasez o trabajando con las comunidades para llegar únicamente a las familias más vulnerables elegibles para PM2A en lugar de todas) debieran documentar, monitorear y evaluar cuidadosamente el programa para asegurarse de que las modificaciones no afecten los resultados críticos, como la participación en el programa, y para contribuir al conjunto de experiencia y datos sobre el enfoque PM2A.

Si más de una persona de un grupo familiar reúne los requisitos para recibir la ración individual, cada miembro elegible recibe una ración individual completa y el grupo familiar recibe la ración familiar, independientemente del número de raciones individuales recibidas. Los programas pueden modificar esta recomendación en las sociedades donde las familias polígamas son comunes; cada madre participante podría considerarse como representante de un grupo familiar dentro de una familia extendida y podría recibir una ración individual y una familiar.

Tabla 3. Raciones y beneficiarios de las raciones

Beneficiarios de las raciones	Lo que reciben
Todas las mujeres embarazadas	Una ración preventiva individual desde el momento en que se detecta el embarazo hasta el nacimiento del niño
Todas las madres de niños de 0 a 5 meses	Una ración preventiva individual desde el nacimiento del niño hasta que cumple los 6 meses de vida
Todos los niños de 6 a 23 meses de vida	Una ración preventiva individual a partir de los 6 meses hasta los 2 años de edad
Familias de mujeres y niños participantes	Una ración familiar durante todo el tiempo en que la mujer o el niño participante recibe una ración individual

2.3.3 Condiciones para recibir las raciones preventivas

A fin de recibir las raciones individuales y familiares, las madres/cuidadoras deben cumplir determinadas condiciones. Los programas deben desarrollar mecanismos adecuados, como una ficha especial, para registrar la participación de los beneficiarios en las actividades requeridas y hacer un seguimiento de su elegibilidad para recibir la ración.

Las decisiones acerca de la rigurosidad con que se hacen cumplir las condiciones deben basarse en una evaluación del contexto, la consulta con la comunidad y el reconocimiento de las ventajas relativas de una exigencia estricta —que ayuda a asegurar que los beneficiarios reciban la máxima exposición a los servicios de PM2A, lo que produce impactos máximos— y las realidades y limitaciones que estas mujeres, niños y grupos familiares afrontan. Para que el cumplimiento de las condiciones sea lo más factible posible para las madres/cuidadoras, los programas deben trabajar en conjunto con las comunidades, los grupos familiares y los individuos para entender las razones para la “no asistencia” y buscar maneras de resolver las limitaciones de los participantes.

2.3.4 Diseño de la ración¹⁸

El diseño de la ración es una combinación de ciencia y de arte: la ciencia de las necesidades nutricionales y la composición nutricional, entre otras áreas, y el arte de la ejecución del programa, que incluye cuestiones de logística y costos. Las raciones deben ser razonables, justificables y, las consideraciones respecto de los costos y el análisis Bellmon, de tamaño conservador. El diseño inicial de la ración individual y familiar debe basarse en la ciencia, esto es, qué tamaño y qué composición de la ración son más apropiados tomando en cuenta las necesidades nutricionales y otras necesidades de la familia. Posteriormente, los adjudicatarios potenciales pueden optar por modificar el diseño inicial de la ración para reflejar las consideraciones logísticas y de costos. También deben estar atentos a las directrices del gobierno o el MdS local, si las hubiera, y hacerlas concordar con su propio diseño de programa.

Tabla 4. Condiciones para recibir las raciones

Raciones de los beneficiarios	Condición para recibir la ración <i>Estas condiciones deben adaptarse al contexto del país según corresponda</i>
Todas las mujeres embarazadas	<ul style="list-style-type: none"> Recibir exámenes prenatales y todos los servicios de salud y nutrición disponibles y recomendados por el MdS Participar en los servicios de CC del programa
Todas las madres de niños de 0 a 5 meses	<ul style="list-style-type: none"> Acudir a las consultas posnatales y recibir todos los servicios de salud y nutrición disponibles y recomendados por el MdS Participar en los servicios de CC del programa
Todos los niños de 6 a 23 meses de edad	<ul style="list-style-type: none"> Recibir todas las intervenciones preventivas de salud y nutrición disponibles y recomendadas por el MdS Sus cuidadoras deben participar en los servicios de CC del programa
Familias de mujeres y niños participantes	Ser la familia de una mujer o un niño participante

¹⁸ En la *Commodities Reference Guide* (CRG), de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) podrá encontrar orientación más detallada sobre el diseño de raciones para MEL y niños de 6 a 23 meses; la publicación puede consultarse en: http://www.usaid.gov/our_work/humanitarian_assistance/ffp/crg/intro.htm. Sin embargo, el documento Materiales técnicos de referencia (TRM) PM2A está más actualizado y debe ser la referencia que prevalecerá cuando los dos documentos (TRM PM2A y CRG) contengan información contradictoria.

Los adjudicatarios potenciales deben describir y justificar los supuestos utilizados para determinar la ración inicial (basada en la “ciencia”) y todas las modificaciones realizadas para determinar la ración propuesta final, si corresponde. Si las consideraciones de logística, costos u otras cuestiones del programa dan lugar a diferencias importantes entre la ración inicial y la final, los adjudicatarios potenciales deben monitorear los posibles efectos que tendrá el cambio en la capacidad de la ración para suplementar la dieta del individuo, evitar su consumo compartido, aumentar la provisión de alimentos del grupo familiar y alentar la participación en el programa.

Los diseñadores de la ración deben tener en cuenta los suplementos de micronutrientes (p. ej., vitamina A) o los alimentos enriquecidos que el público destinatario podría ya estar consumiendo. Las embarazadas no deben consumir más de 10 000 unidades internacionales (UI) al día o 25 000 UI a la semana de vitamina A durante la gestación.¹⁹ Aun si la ración de PM2A se consume en combinación con otras fuentes potenciales de vitamina A, como suplementación o alimentos fortificados localmente disponibles en el ámbito local, es altamente improbable que la ración ponga a los grupos destinatarios en riesgo de ingerir una cantidad excesiva de vitamina A (que es tóxica en dosis altas), aunque es importante validar esta afirmación en contextos particulares.

Por último, es fundamental que se desarrollen componentes de CCC apropiados para respaldar el uso óptimo de las raciones suministradas a cada grupo destinatario y promover una alimentación saludable en general. Una alimentación completa y de buena calidad no consiste exclusivamente en raciones del Título II más leche materna. Incluso los alimentos de mezcla enriquecidos (AME) y el aceite enriquecido no satisfarán todas las necesidades de micronutrientes de mujeres o lactantes y niños pequeños. Igualmente deberán incluirse en la dieta alimentos ricos en micronutrientes. Los mensajes y materiales de CCC deben fomentar y ayudar a las madres/cuidadoras a exponer gradualmente al niño a una variedad de alimentos ricos en nutrientes disponibles a nivel local, como verduras y hortalizas, frutas, legumbres y productos de origen animal, que pueden mezclarse en los AME y suministrarse como refrigerios. El programa también puede trabajar con las madres/cuidadoras para probar diferentes combinaciones de alimentos locales y productos básicos de las raciones para la alimentación complementaria.

2.3.5 Composición de la ración

Al determinar la composición de la ración inicial, los programas deben tener en cuenta la aplicabilidad cultural, el contenido nutritivo y la adecuación fisiológica (p. ej., si los bebés pueden consumirla) de los productos alimenticios elegidos y la forma en que satisfacen las necesidades del grupo destinatario. Según el producto, la disponibilidad de alimentos locales complementarios también será un factor importante. Los programas deben seleccionar los productos alimenticios básicos conforme a las preferencias alimentarias locales y elegir opciones que sean adecuadas para el grupo destinatario. Otros factores a considerar al momento de elegir los productos son la facilidad y velocidad de cocción así como la disponibilidad de plantas de molienda y combustible para cocinar, especialmente en zonas de riesgo de degradación ambiental. A continuación se detallan los principales factores a tener en cuenta al determinar la composición de la ración para grupos destinatarios específicos.

¹⁹ OMS. 1998. *Safe vitamin A dosage during pregnancy and lactation*. WHO Micronutrient Series WHO/NUT/98.4. Ginebra: OMS. http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_NUT_98.4.pdf (Consultado el 12 de octubre de 2009).

Mujeres embarazadas y madres de niños de 0 a 5 meses

Las mujeres embarazadas y las madres de niños de 0 a 5 meses tienen necesidades calóricas y nutritivas más altas que aquellas que no están embarazadas ni amamantando. Además, las mujeres embarazadas son más propensas a sufrir náuseas, acidez estomacal y otras dificultades con la alimentación. También tienden a padecer limitaciones de tiempo. Por lo tanto, las raciones para las mujeres deben ser alimentos con alta concentración de nutrientes y energía que se puedan preparar fácilmente. Entre los ejemplos se encuentran los productos enriquecidos, como el aceite y las mezclas de cereales.

Niños de 6 a 23 meses

Durante los 6 a 23 meses de vida, los niños crecen rápidamente, por lo que tienen altos requerimientos calóricos y nutritivos en relación a su tamaño. Necesitan alimentos con alta concentración de nutrientes y energía para asegurar que sus estómagos relativamente pequeños no se llenen de calorías vacías que no aportan nutrientes suficientes. Los niños de 6 a 11 meses recién comienzan a aprender a comer y necesitan alimentos que puedan masticar y deglutir con facilidad. Más aún, dado que las madres/cuidadoras suelen tener muchas responsabilidades y limitaciones de tiempo, se prefieren los alimentos que requieren una preparación mínima. Los alimentos que son fáciles de preparar en pequeñas cantidades ayudan a mejorar la higiene y seguridad de los alimentos al reducir la probabilidad de tener sobras que deban guardarse, a menudo en condiciones poco ideales. En consecuencia, las opciones convenientes suelen ser los productos de mezclas de cereales (p. ej., corn-soy blend (mezcla maíz-soya, CSB), wheat-soy blend (mezcla trigo-soya WSB), que están enriquecidos con múltiples vitaminas y minerales, los cuales se preparan rápidamente y resultan fáciles de comer y digerir para los niños. Un programa también podría seleccionar productos considerados “alimentos para niños” a fin de ayudar a minimizar el consumo compartido de la ración de un niño.

Hogares

La ración familiar está pensada para suplementar la alimentación habitual de la familia, evitar el consumo compartido de la ración individual y brindar incentivos para la participación en el programa. Debe cumplir en el mayor grado posible con las preferencias alimentarias locales, y su costo debe ser razonable. A la hora de seleccionar productos alimenticios básicos para la ración familiar, los diseñadores de la ración deben tener en cuenta la disponibilidad y el costo del combustible para cocinar así como las facilidades de las plantas de molienda. En situaciones en las que es probable que las deficiencias de micronutrientes sean prevalentes y que la alimentación tradicional no sea muy variada, los programas deben considerar la inclusión de productos fortificados en la ración.

2.3.6 Tamaño de la ración

La ración preventiva está pensada para suplementar y mejorar la alimentación del grupo destinatario, no para aportar todas las calorías necesarias. Puesto que las necesidades calóricas promedio satisfechas por alimentos complementarios son bastante bajas para los niños pequeños que están siendo amamantados, en especial los de 6 a 11 meses de vida, y que los tipos de alimentos que normalmente se disponen en los hogares con inseguridad alimentaria suelen no ser de buena calidad, los programas deben procurar suministrar suficientes alimentos de mezcla

enriquecidos (AME) y otros productos alimenticios básicos fortificados para cubrir el 100 por ciento de las calorías que necesita recibir este grupo de edad a partir de los alimentos complementarios.²⁰

La cantidad de alimentos para incluir en la ración familiar debe estar basada en la brecha energética promedio (la diferencia entre la cantidad de calorías que necesitan los miembros del grupo familiar y la cantidad de calorías que consumen habitualmente). Esto supone que el principal objetivo de la ración es suplementar la provisión de alimentos de la familia y evitar el consumo compartido de la ración individual. Si la ración familiar sirve principalmente como incentivo para la participación en el programa, el tamaño y la composición de la ración pueden estar basados en la investigación formativa (consulte el Recuadro 6 más abajo).

RECUADRO 6. USO DE LA RACIÓN FAMILIAR COMO INCENTIVO

Un programa puesto en marcha en Haití utiliza la ración familiar como incentivo y como compensación por los costos de oportunidad por participar en el programa de PM2A. Cuando sus recursos disminuyeron, el adjudicatario decidió que reducir el tamaño de la ración familiar sería la forma menos perjudicial de absorber la disminución.

Sin embargo, la participación disminuyó poco después de la reducción del tamaño de la ración. Cuando se les preguntó a las madres por qué no acudían a las actividades del programa, una respuesta típica, especialmente entre las que vivían más lejos de los puestos de salud, fue: “¿Esperas que camine [dos o tres] horas por tan poca comida?”.

Para determinar las barreras a la participación, el adjudicatario realizó entrevistas y también debates sobre qué tamaño de ración motivaría a los participantes y compensaría los costos de oportunidad. El adjudicatario adaptó la ración familiar en consecuencia y buscó otros elementos del programa para recortar a fin de adaptarse a la restante disminución de los recursos.

Mujeres embarazadas y madres de niños de 0 a 5 meses

Las raciones para las embarazadas y las madres de niños de 0 a 5 meses variarán en función de la brecha energética promedio para estas mujeres en el área del programa. Las raciones deben, como mínimo, cubrir las mayores necesidades energéticas y proteínicas del embarazo (360 kilocalorías [kcal] y 9 gramos [g] de proteínas en el segundo trimestre; 475 kcal y 31 g de proteínas en el tercer trimestre)^{21,22} y la lactancia (entre 500 y 675 kcal y 19 g de proteínas).^{23,24,25}

²⁰ Esto no significa que la ración tenga que aportar el 100 por ciento de las necesidades de los niños, porque éstos también consumen leche materna.

²¹ “... el costo energético adicional del embarazo es de 321 [megajulios (MJ)] (77 000 kcal) divididos por aproximadamente 0.35 MJ/día, 1.2 MJ/día y 2.0 MJ/día (85 kcal/día, 285 kcal/día y 475 kcal/día) durante el primer, segundo y tercer trimestre, respectivamente. Hay muchas sociedades con una alta proporción de mujeres no obesas que no acuden a una consulta prenatal antes del segundo o tercer mes del embarazo. En estas circunstancias, una opción práctica para alcanzar la ingesta adicional total de 321 MJ (77,000 kcal) durante el embarazo es agregar los 0.35 MJ/día extras requeridos en el primer trimestre a los 1.2 MJ/día requeridos en el segundo trimestre. Redondeando las cifras para facilitar los cálculos, esta consulta recomienda que, en las sociedades de este tipo, las embarazadas incrementen su ingesta en 1.5 MJ/día (360 kcal/día) en el segundo trimestre y en 2.0 MJ/día (475 kcal/día) en el tercero. ... Teniendo en cuenta una eficiencia en la utilización de proteínas del 42 [por ciento], se

Niños de 6 a 23 meses de vida

El tamaño de la ración de los niños debe tener en cuenta que el o los productos serán utilizados como alimento complementario que no deben sustituir a la lactancia y deben ser aptos para niños, que sólo pueden comer una determinada cantidad por tiempo de comida y por día. Además de las calorías provenientes de la leche materna, los niños de 6 a 8 meses requieren alrededor de 200 kcal por día; los niños de 9 a 11 meses requieren 300 kcal por día y los niños de 12 a 24 meses requieren 550 kcal por día en alimento complementario.²⁶ Los niños de 6 a 11 meses requieren 11 g de proteínas por día y los niños de 12 a 23 meses requieren 13 g de proteínas por día.²⁷ La grasa debe constituir del 30 al 45 por ciento de la energía total de la alimentación (incluida la energía de la leche materna, que normalmente tiene mayor contenido de grasa que los alimentos complementarios). Suponiendo una ingesta promedio de leche materna, las raciones deben aportar del 0 al 34 por ciento de energía proveniente de las grasas para los niños de 6 a 8 meses, del 5 al 38 por ciento para los niños de 9 a 11 meses y del 17 al 42 por ciento para los niños de 12 a 23 meses.²⁸

Los componentes de CCC y educación nutricional del programa deben ayudar a las madres a aprender la cantidad correcta de alimentos que deben preparar y cómo prepararlos para sus niños y ellas mismas. Este apoyo se brinda tanto para las raciones como para la comida en general.

Ración familiar

La ración familiar debe basarse en la brecha energética per cápita promedio de la familia y el número de miembros que la componen. La brecha energética puede determinarse mediante la recopilación de datos del adjudicatario potencial o bien puede calcularse utilizando datos secundarios correspondientes al país.

requiere una cantidad adicional de 1, 9 y 31 g/día de proteínas en el primer, segundo y tercer trimestre, respectivamente, para apoyar un aumento de peso gestacional de 13.8 kilogramos [kg]". Fuente: UNU/OMS/FAO. 2004. *Human energy requirements: Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation, 17-24 October 2001*. Roma: FAO. pág. 59.

²² OMS/FAO/UNU. 2007. **Protein and amino acid requirements in human nutrition**: Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation. WHO Technical Report Series no. 935. Ginebra: OMS. pág. 120.

²³ "...las mujeres bien alimentadas con aumento adecuado de peso gestacional deben aumentar su ingesta en 2.1 MJ/día (505 kcal/día) durante los primeros seis meses de lactancia, mientras que las mujeres desnutridas y aquellas que presentan un aumento de peso gestacional insuficiente deben agregar a sus demandas energéticas personales 2.8 MJ/día (675 kcal/día) durante el primer semestre de lactancia. Las necesidades energéticas para la producción de leche en los segundos seis meses dependen de las tasas de producción de leche, que varían en gran medida entre mujeres y poblaciones". Fuente: UNU/OMS/FAO. 2004. *Human energy requirements: Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation, 17-24 October 2001*. Roma: FAO. págs. 65-66.

²⁴ OMS/FAO/UNU. 2007. **Protein and amino acid requirements in human nutrition**: Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation. OMS Technical Report Series no. 935. Ginebra: OMS. pág. 126.

²⁵ El PM2A está dirigido a todas las madres de niños de 0 a 5 meses y no sólo a las madres que amamantan, con el objeto de evitar el estigma para las mujeres que han elegido no amamantar, por ejemplo, teniendo en cuenta la consejería en PTMN. Sin embargo, la mayoría de las madres de niños de 0 a 5 meses amamantarán, y los cálculos del tamaño de la ración para este grupo destinatario pueden basarse en las necesidades adicionales para la lactancia.

²⁶ OPS. 2004. *Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child*. Ginebra: OMS. pág. 18.

²⁷ IOM. 2005. *Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids*. Washington, DC: The National Academies Press. La información sobre las necesidades de micronutrientes puede encontrarse en un apéndice en

http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=10490andpage=1319 (Consultado el 15 de octubre de 2009).

²⁸ Ibid. pág. 23-24.

La FAO publica una medida específica para cada país de la intensidad de la privación de alimentos que puede usarse para calcular el tamaño de la ración familiar.²⁹ La medida se deriva a partir del cálculo que hace la FAO de la proporción de la población del país que está desnutrida, es decir, que no puede satisfacer las necesidades energéticas alimentarias mínimas.³⁰ La

RECUADRO 7. DATOS ÚTILES SOBRE LA BRECHA ENERGÉTICA

- Si en la zona se ha realizado una encuesta sobre consumo de alimentos/ingesta alimentaria en hogares, es probable que se disponga de datos sobre el déficit de energía.
- La recopilación y el análisis de datos sobre la ingesta alimentaria son complejos y costosos. Las organizaciones no deben realizar encuestas de consumo de alimentos o ingesta alimentaria en hogares si las necesitan sólo para calcular la ración.
- El indicador de intensidad de la privación alimentaria de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) podría ser una herramienta útil para calcular el tamaño de la ración familiar.

medida es una estimación de la cantidad promedio de calorías que las personas desnutridas (carentes de alimentos) necesitan para llegar al punto de corte, esto es, la diferencia entre el consumo estimado y las necesidades. En los países en desarrollo, esta diferencia oscila entre 200 y 440 calorías por persona por día. Estas estimaciones se basan en la cantidad de calorías necesarias para alcanzar las necesidades energéticas mínimas, que suponen niveles bajos de actividad. Sin embargo, los hogares de zonas rurales, que son los principales destinatarios de las actividades plurianuales del Título II, son más propensos a tener, en promedio, niveles moderados de actividad. Las necesidades de energía para la actividad moderada son aproximadamente un 10 por ciento más alta que para la actividad ligera.

Raciones para familias con miembros VIH-positivos

En zonas de alta prevalencia del VIH, en las que las personas infectadas tienen mayores necesidades energéticas, es probable que las raciones individuales o familiares tengan que ser ajustadas. Los requerimientos energéticos de adolescentes y adultos que viven con el VIH, incluidas las MEL, aumentan en un 10 por ciento en la etapa asintomática y entre un 20 y un 30 por ciento en la etapa sintomática. Para los niños que viven con el VIH, las necesidades energéticas aumentan un **10 por ciento** tanto en la etapa asintomática como en la sintomática si no están bajando de peso. Los requerimientos de energía **se incrementan entre un 50 y un 100 por ciento** si están perdiendo peso.³¹

2.3.7 Raciones individualizadas frente a raciones de tamaño único

Los programas podrían decidir que, desde el punto de vista de logística, no es factible o recomendable suministrar raciones individuales de diferentes tamaños para diferentes grupos de

²⁹ FAO, sin fecha. "Intensity of food deprivation."

http://www.fao.org/fileadmin/templates/ess/documents/food_security_statistics/Depth_Hunger_en.xls.

³⁰ FAO, sin fecha. "Prevalence of undernourishment in total population."

http://www.fao.org/fileadmin/templates/ess/documents/food_security_statistics/PrevalenceUndernourishment_en.xls;

FAO. Sin fecha. "Minimum dietary energy requirements."

http://www.fao.org/fileadmin/templates/ess/documents/food_security_statistics/MinimumDietaryEnergyRequirement_en.xls.

³¹ FANTA. 2007. Recommendation for the Nutrient Requirements for People Living With HIV/AIDS. Washington, DC: FANTA, FHI 360.

beneficiarios (es decir, mujeres embarazadas, mujeres lactantes, niños de 6 a 23 meses) o personalizar las raciones individuales para distintos grupos etarios en el grupo del rango de 6 a 23 meses (p. ej., una ración para niños de 6 a 8 meses, una ración para niños de 9 a 11 meses, una tercera ración para niños de 12 a 23 meses). En cambio, los programas podrían decidir suministrar la misma ración individual a todo los niños (**ración infantil de tamaño único**), la misma ración individual a todos los beneficiarios individuales (**ración individual de tamaño único** para madres y niños de 6 a 23 meses) o una única ración que combine la ración individual y familiar para todos los beneficiarios, independientemente de la cantidad de individuos elegibles para PM2A que compongan el grupo familiar (**ración individual+familiar de tamaño único**).

Los programas tienen razones legítimas para decidir que una ración de tamaño único es una opción sensata. Si bien esto resulta entendible desde una perspectiva programática, estas decisiones podrían afectar la eficacia del programa. Tal como se mencionó en la **Sección 2.3.4**, se deben documentar, monitorear y evaluar cuidadosamente las modificaciones introducidas en el diseño del PM2A a fin de asegurar que los objetivos se concreten y contribuir a la evolución y el perfeccionamiento continuo del PM2A.

Ración infantil de tamaño único

Muchos programas MCHN del Título II con ayuda alimentaria, tanto actuales como pasados, han optado por una ración infantil individual de tamaño único basada en las necesidades promedio de niños de 6 a 23 meses (alrededor de 416 calorías diarias).³² Una ración infantil de tamaño único puede aportar más calorías de lo que necesita un lactante y menos de lo que necesita un niño más grande. En estos casos, los programas deben asegurarse de que la ración, que podría aportar calorías en exceso para niños pequeños, no reemplace ni interfiera en la lactancia. Mientras que las calorías adicionales requeridas por una madre que amamanta a un niño de más de 6 meses varían en gran medida, los programas podrían optar por presentar la ración infantil individual como una ración conjunta y compartida para la madre lactante y el niño amamantado hasta los 12 meses de vida, momento en que la ración pasa a ser exclusiva para el niño.

Ración individual de tamaño único

Una ración individual de tamaño único podría aportar demasiadas calorías para algunos grupos y no suficientes para otros. Al igual que la ración infantil de tamaño único, la mayor preocupación es evitar proporcionar una cantidad excesiva de calorías para niños de 6 a 11 meses y correr el riesgo de que se sustituya la lactancia. Alentar a la madre lactante a compartir la ración con su niño de 6 a 11 meses podría ayudar a mitigar este riesgo.

Ración individual+familiar de tamaño único

Una ración individual+familiar de tamaño único podría aportar demasiadas calorías para algunos beneficiarios y no suficientes para hogares con más de un beneficiario elegible para PM2A. Nuevamente,, los programas deberán atenuar el riesgo de consumo excesivo entre los niños más pequeños. Antes de elegir una ración individual+familiar de tamaño único, los programas deben

³² Un total de 416 calorías es una necesidad promedio ponderada para niños de 6 a 23 meses. Las necesidades promedio en cada grupo etario (de 6 a 8 meses [200 kcal/día], de 9 a 11 meses [300 kcal/día] y de 12 a 23 meses [550 kcal/día]) se ponderaron según la proporción promedio de niños en cada grupo etario en los países prioritarios de la USAID Office of Food for Peace (FFP).

determinar qué proporción de hogares tienen más de un beneficiario elegible para PM2A (p. ej., una mujer embarazada y un niño de 6 a 23 meses, una mujer embarazada y una mujer lactante con un niño de 5 meses y un niño de 6 a 23 meses) para asegurarse de que no representan una proporción significativa del hogar.³³ Si los grupos familiares con más de un beneficiario elegible para PM2A conforman una proporción significativa de grupos familiares, podría ser conveniente que los programas consideren la posibilidad de suministrar una ración individual+familiar de tamaño único. Si un programa decide suministrar esta ración, debe calcular cuánto menos satisfará la ración las necesidades de los grupos familiares con múltiples beneficiarios individuales y determinar de qué manera los materiales sobre CCC abordarán este problema.

2.3.8 Raciones ilustrativas de PM2A

Esta sección presenta ejemplos de la composición y el tamaño de ración utilizados en los programas de PM2A y explica la lógica y la justificación para las elecciones del programa.

Tabla 5. Tamaños de la ración mensual para diferentes grupos de beneficiarios: Programa 1

	Ración mensual (kg)				Kcal/día	% energía proveniente de la grasa
	CSB	Arroz	Frijoles pintos	Aceite vegetal		
Mujeres embarazadas, madres de niños de 0 a 5 meses y niños de de 6 a 23 meses	4				501	16,5
Grupo familiar		7	3	1,84	1671	33,2
Ración total	4	7	3	1,84	2171	29,5

El Programa 1 eligió una mezcla diferente de productos alimenticios básicos para el grupo familiar que para los beneficiarios individuales. Los productos básicos de la ración familiar —arroz, frijoles pintos y aceite— son similares a la alimentación tradicional de la zona del programa. Para ayudar a evitar el consumo compartido, el programa denominó a la mezcla CSB un alimento “especial” destinado específicamente a madres embarazadas, a madres de niños de 0 a 5 meses y a niños de de 6 a 23 meses, la empaquetó de una manera distintiva e incluyó mensajes de CCC apropiados.

El programa utilizó datos secundarios provenientes de una encuesta nacional de salud maternoinfantil para estimar el tamaño promedio de los grupos familiares elegibles para PM2A en la zona del programa. El tamaño promedio de la familia fue de 6,88 personas. La ración familiar cubría un poco más del 100 por ciento (105 por ciento) de la brecha calórica estimada a nivel de la familia (1589 calorías) usando la medida de intensidad del hambre de la FAO y aumentándola en un 10 por ciento para representar los niveles de actividad moderados en lugar de los de actividad baja. La ración individual cubría una proporción variable de necesidades de los beneficiarios individuales (Ver la **Tabla 6**). Si bien las madres que amamantan a niños de 6 a 11 meses no constituyen un grupo destinatario explícito para las raciones, el programa decidió alentar a las madres a compartir la CSB de sus niños para evitar el riesgo de sustituir la lactancia al proporcionarles a éstos una cantidad excesiva de calorías.

³³ Sin embargo, cabe destacar que no hay una orientación basada en pruebas sobre qué define una proporción “significativa” de grupos familiares.

**Tabla 6. Porcentaje de necesidades energéticas cubiertas por la ración individual:
Programa 1**

Grupo destinatario	Requerimiento (Kcal/día)	% de requerimientos individuales de kcal aportadas por la ración de CSB	Notas
Mujer embarazada	417.8 (kcal adicionales requeridas debido al embarazo [necesidades promedio para el segundo y el tercer trimestre])	120% (% de las requerimientos adicionales de kcal debido al embarazo [requerimientos promedio para el segundo y el tercer trimestre])	
Madres de niños de 0 a 5 meses	500 (requerimientos adicionales debido a la lactancia)	100% (% de requerimientos adicionales debido a la lactancia)	
Ingesta promedio de leche materna de niños de 6 a 8 meses	200 (requerimientos de alimentos complementarios, con lactancia típica)	100% (% de necesidades obtenido de los alimentos complementarios, con lactancia típica)	La CCC enseña a la madre que amamanta cuánta comida darle a un niño de 6 a 8 meses para que éste reciba las 200 kcal requeridas y que ella consuma las 301 kcal restantes
Ingesta promedio de leche materna de niños de 9 a 11 meses	300 (requerimientos de alimentos complementarios, con lactancia típica)	100% (% de necesidades obtenido de los alimentos complementarios, con lactancia típica)	La CCC enseña a la madre que amamanta cuánta comida darle a un niño de 9 a 11 meses para que éste reciba las 300 kcal requeridas y a que ella consuma las 201 kcal restantes
Ingesta promedio de leche materna en niños de 12 a 23 meses	550 (requerimientos de alimentos complementarios, con lactancia típica)	91% (% de necesidades obtenido de los alimentos complementarios, con lactancia típica)	El niño recibe toda la CSB más alimentos disponibles localmente promovidos a través de la CCC; la madre no consume la ración

El Programa 1 decidió preempaquetar las raciones de manera centralizada para que cada hogar recibiera la misma ración mensual (ración individual+familiar de tamaño único) independientemente de cuántos beneficiarios individuales estuvieran inscritos. El programa estimó que menos del 5 por ciento de los hogares elegibles para PM2A tenía más de un beneficiario elegible y decidió que los beneficios de preempaquetado de una sola ración de tamaño único —incluyendo higiene e inocuidad de los alimentos incrementada, operaciones simplificadas, menor potencial para el desvío y mayor dignidad de los receptores de la ración— compensaban el riesgo de no proporcionar suficiente CSB en hogares con más de un beneficiario elegible. El componente de CCC del programa fue fundamental para ayudar a las cuidadoras a proveer una cantidad adecuada de alimentos para sus niños, incluida la suplementación de la ración única individual con alimentos disponibles a nivel local.

El Programa 2 decidió usar los dos mismos productos alimenticios básicos (CSB y aceite) para la ración individual y familiar, a fin de reducir el número de comidas para preparar por separado (las familias de la zona del programa tienden a cocinar comidas en una sola olla de la cual come toda la

familia, en lugar de preparar comidas distintas para las madres o los niños). Durante las sesiones de CCC se les explicó a los cuidadores las cantidades necesarias para las mujeres embarazadas, madres de niños de 0 a 5 meses y niños de 6 a 23 meses.

Tabla 7. Tamaños de la ración mensual (kg) para diferentes grupos de beneficiarios: Programa 2

	CSB	Aceite	Kcal/día	% energía proveniente de la grasa
Mujeres embarazadas y madres de niños de 0 a 5 meses	6	0,6	908	32,8
Niños de 6 a 23 meses de vida	3	0,3	454	32,8
Hogar	12	1,2	1,815	32,8
Ración total: embarazada/madre + hogar	18	1,8	2,723	32,8
Ración total: niño + hogar	15	1,5	2,269	32,8

Cada grupo familiar participante recibió una única ración de 2,723 kcal al día de CSB y aceite para las mujeres embarazadas y las madres de niños de 0 a 5 meses o de 2,269 kcal al día de CSB y aceite para niños de 6 a 23 meses (**Tabla 7**). Los mensajes de CCC y utensilios especiales, como un tazón marcado con las cantidades recomendadas, ayudaron a los cuidadores a saber cuánto de la ración debe proporcionarse a una madre o a un niño. Se indicó que una vez que la mujer embarazada, la madre de un niño de 0 a 5 meses o el niño de 6 a 23 meses recibiera su porción, el grupo familiar consumiera el resto. La ración cubre entre el 16 y el 21 por ciento de las necesidades estimadas del grupo familiar y entre el 72 y el 104 por ciento de la brecha calórica estimada del grupo familiar (**Tabla 8**).

Tabla 8. Porcentaje de las necesidades energéticas y la brecha energética del hogar que cubre la ración: Programa 2

Beneficiario individual	% de las necesidades del hogar* (10 784 kcal/día) logradas después de satisfacer el 100% de las necesidades adicionales de kcal para MEL o el 100% de las necesidades de kcal satisfechas a partir de la alimentación complementaria para niños de 6 a 23 meses (suponiendo una ingesta promedio de leche materna)	% de la brecha energética del hogar ** (2383 kcal/día) logrado después de satisfacer el 100% de las necesidades adicionales de kcal para MEL o el 100% de las necesidades de kcal satisfechas a partir de la alimentación complementaria para niños de 6 a 23 meses (suponiendo una ingesta promedio de leche materna)
Mujeres embarazadas***	21%	104%
Madres de niños de 0 a 5 meses	21%	93%
Niños de 6 a 8 meses de vida	19%	87%
Niños de 9 a 11 meses de vida	18%	83%
Niños de 12 a 23 meses de vida	16%	72%

* Cálculo de las necesidades del hogar : Las necesidades mínimas de energía alimentaria para Burundi (1720 kcal/persona/día) se aumentaron en un 10 por ciento para contemplar el nivel moderado de actividad y se multiplicaron por el tamaño promedio del hogar de 5,7.

** Cálculo de la brecha energética del hogar: La intensidad de privación de alimentos para Burundi (380 kcal/persona/día) se aumentó en un 10 por ciento para contemplar el nivel moderado de actividad y se multiplicó por el tamaño promedio del hogar de 5,7.

***Necesidades adicionales de kcal calculadas como las necesidades promedio de kcal en el segundo (360 kcal/día) y el tercer (475 kcal/día) trimestre.

3. DISEÑO DEL PROGRAMA

3.1 VINCULACIÓN CON OTRAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA RELACIONADAS CON LA SEGURIDAD ALIMENTARIA

La PM2A es sólo una actividad en un programa integral y debe aplicarse en las mismas comunidades donde se llevan a cabo las demás actividades del programa relacionadas con el acceso, la disponibilidad y la utilización de los alimentos. Idealmente, los grupos familiares individuales participarán en tantas intervenciones del programa como sea posible. Por ejemplo, las familias con una mujer embarazada o un niño menor de 2 años podrían participar en una actividad de generación de ingresos del programa, además de la PM2A, o bien el PM2A podría buscar puntos de contactos de CCC fuera del sector de salud si los beneficiarios de PM2A participan en agricultura, mercadeo u otras actividades. Los grupos familiares que no participan en el PM2A igual tendrían acceso a las demás intervenciones del programa y se les alentaría a participar en esas actividades.

Los programas deben diseñar un programa integrado que sea adecuado al contexto local. Como se mencionó anteriormente, si las limitaciones impiden que el programa proporcione un paquete integrado por completo en determinadas comunidades, la propuesta debe analizar esas limitaciones y explicar cómo superarlas y, en última instancia, ofrecer un programa integrado. Por ejemplo, si el acceso limitado a servicios de salud claves restringe el número de comunidades donde puede aplicarse el PM2A al poner en marcha el proyecto, los solicitantes podrían considerar la posibilidad de iniciar el PM2A en menos comunidades y, a la vez, fortalecer los servicios de salud en las demás comunidades como preparación para el PM2A. O bien, en zonas donde los servicios de salud son limitados, los proyectos podrían pensar en poner en marcha primero un módulo de PM2A más pequeño basado en esos servicios y, luego, ampliar gradualmente hacia el módulo completo a medida que más servicios de salud se hagan accesibles para la comunidad.

3.2 COBERTURA

El PM2A tiene como objetivo llegar al 100 por ciento de la población destinataria, y los programas deben incorporar la movilización comunitaria intensiva y la extensión para maximizar la cobertura. Sin embargo, dados los complicados entornos en los que funcionan los programas, incluso un programa bien ejecutado podría no llegar a todos. A la fecha, no se cuenta con suficiente experiencia del programa para indicar los niveles de cobertura que los programas pueden esperar alcanzar y usarlos como orientación para su planificación programática. Por lo tanto, un equipo del programa debe diseñar el componente de PM2A en función de la cobertura máxima absoluta que estima poder alcanzar en la zona objetivo, de manera que las raciones de PM2A, los servicios de salud y los programas de CCC estén disponibles para todos los que sean elegibles y deseen participar. Las estimaciones pueden basarse en la experiencia de programas anteriores, comentarios de las comunidades y los líderes comunitarios y el programa de PM2A en Haití, que llegó al 73 por ciento de la población destinataria en su zona de captación. Cabe destacar que, en el contexto del diseño y la planificación de programas, la cobertura prevista no es un indicador para

medir el éxito, sino una herramienta de planificación para asegurar que el programa cuente con recursos suficientes.

Para lograr una cobertura amplia, los programas han utilizado extensión comunitaria (consulte más abajo), programación basada en censos, cartografía social y técnicas de evaluación rápida participativa para identificar a las personas elegibles.

3.3 EXTENSIÓN COMUNITARIA

Todos los programas tienen un fuerte componente de extensión comunitaria para conseguir y mantener el apoyo de la comunidad, superar las barreras a la participación y alcanzar la amplia cobertura que el PM2A requiere. El programa debe presentar el PM2A a la comunidad, explicar los objetivos del programa, describir los servicios y requisitos y tratar todas las inquietudes de la comunidad. La extensión también ayudará a identificar a beneficiarios del programa y a fomentar su participación.

Cada programa debe determinar las formas más eficaces de llevar a cabo la extensión comunitaria en su propia zona. Por ejemplo, algunos programas llevan a cabo la extensión comunitaria a través de visitas domiciliarias a cargo de los TSC, reuniones con líderes comunitarios clave que ayudan a movilizar a la comunidad o a la provisión de servicios e información en lugares de encuentro comunitario clave.

3.4 INVESTIGACIÓN FORMATIVA³⁴

La investigación formativa es la base de una estrategia eficaz para el cambio de comportamiento y constituye un primer paso crucial en la ejecución del nuevo programa. Mediante la evaluación de las prácticas actuales de cuidados y de alimentación, la investigación formativa ayuda al equipo de diseño del programa a entender la perspectiva del grupo destinatario y los motivos por los que no practican determinados comportamientos, a determinar los comportamientos más factibles y eficaces para fomentar, a comprender qué factores influyen en esos comportamientos, y a identificar las mejores maneras de transmitir la CCC.

Varios métodos de investigación se utilizan para desarrollar intervenciones para el cambio de comportamiento, entre ellos, análisis de hacedor/no hacedor, análisis de barreras, pruebas de prácticas mejoradas (PPM), investigación de desviación positiva (IDP), grupos focales, entrevistas en profundidad y estudios sobre los determinantes locales de la desnutrición. Los programas pueden usar una combinación de métodos para adaptarse a las necesidades.

³⁴ Partes de esta sección son adaptaciones del documento CSHGP TRM on *Behavior Change Interventions* (2007). www.childsurvival.com.

RECUADRO 8. RECURSOS PARA EL DISEÑO DE PROGRAMAS

- **Para la programación basada en censos.** Curamericas. 2005. Metodología con Base Censal Orientada al Impacto: Una guía de Recursos para Brindar Atención Primaria en Salud Efectiva y con Equidad.
http://www.coregroup.org/storage/documents/Diffusion_of_Innovation/CBIO_Manual_Final_Spanish.pdf
- **Para evaluación rural rápida y evaluación rural participativa:** K. Schoonmaker Freudenberger. Rapid Rural Appraisal (RRA) and Participatory Rural Appraisal (PRA): A Manual for CRS Field Workers and Partners
<http://www.crsprogramquality.org/pubs/ME/RRAPRA.pdf>
- **Para movilización/extensión comunitaria:** Lisa Howard-Grabman y Gail Snetro. 2004. How to Mobilize Communities for Health and Social Change. Health Communication Partnership.
<http://db.jhuccp.org/docs/191220.pdf>
- Grupo de Trabajo CORE para el Cambio Social y de Comportamiento. 2008. Diseñando para el cambio de comportamientos (Designing for Behavior Change).
http://www.coregroup.org/storage/documents/Workingpapers/dbc_curriculum_final_spanish.pdf
- **Para investigación de desviación positiva:** Grupo CORE. 2003. Desviación Positiva/Talleres Hogareños: Una Guía de Recursos para la Rehabilitación Sostenible de Niñas(os) Desnutridas(os)
http://www.coregroup.org/storage/documents/Diffusion_of_Innovation/Spanish_PD_Hearth.
- OPS. 2007. Principios de Orientación para la Alimentación de niños no amamantado entre los 6 y los 24 meses de edad. Washington, DC: OPS.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789275327951_spa.pdf.
- **Para el análisis de barreras:** Thomas P. Davis. November 2004. Barrier Analysis: A tool for improving behavior change communication in child survival and community development programs. Food for the Hungry.
http://barrieranalysis.fhi.net/how_to/how_to_conduct_barrier_analysis.htm
- **Para pruebas de prácticas mejoradas:** K. Dickin, M. Griffiths and E. Piwoz. 1997. Designing by Dialogue: A Program Planner's Guide to Consultative Research for Improved Young Child Feeding. Washington, DC: Project Support for Analysis and Research in Africa (SARA) Project at FHI 360.
<http://www.pronutrition.org/files/Designing%20by%20Dialogue%20Young%20Child%20Feeding.pdf>
- **Para la orientación sobre investigación cualitativa:** P. Winch, J. Wagman, R. Malouin, Garrett Mehl. 2000. Qualitative Research for Improved Health Programs: A Guide to Manuals for Qualitative and Participatory Research on Child Health, Nutrition and Reproductive Health. Washington, DC: SARA Project at FHI 360.
http://sara.fhi360.org/publications/cross_cutting/qualitative/qualitative.pdf

3.5 ABORDAJE DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA

3.5.1 Desnutrición aguda severa (DAS) en niños menores de 5 años

Si bien los programas de PM2A se centran en la prevención de la desnutrición entre niños menores de 2 años, deben incluirse mecanismos para detectar y referir inmediatamente a todos los niños menores de 5 años con DAS a los servicios de tratamiento (consulte Detección y referencia por DAS en la Sección 2.2.2: Descripción de los servicios preventivos y curativos de salud y nutrición en PM2A). La manera en que un programa aborda la DAS depende de la magnitud del problema y de si en la comunidad se disponen de servicios de tratamiento para DAS. Si hay una prevalencia alta de DAS pero no hay servicios de tratamiento, un adjudicatario potencial podría optar por establecer un programa de manejo comunitario de la desnutrición aguda (MCDA) como actividad aparte en el componente de SNMI del programa. Este programa debe seguir todos los protocolos del MdS y debe vincularse con el PM2A, incluida la referencia. Si existen servicios para DAS, los programas pueden vincularse con estos servicios. Si la DAS es muy poco frecuente, los programas simplemente pueden detectar y referir los casos a los servicios de tratamiento.

3.5.2 Retraso del crecimiento y desnutrición aguda moderada (DAM) en niños menores de 2 años

Al proporcionar servicios de salud, nutrición y de cambio de comportamiento, además de una ración, el PM2A promueve el crecimiento adecuado entre todos los niños inscritos. Sin embargo, muchos factores, como las enfermedades, pondrán a los niños en riesgo de presentar retraso del crecimiento y desnutrición aguda. Los niños inscritos en PM2A con retraso de crecimiento o que desarrollen DAM necesitan especial atención de parte del programa para mejorar el crecimiento y prevenir la DAS. Esto incluye tratamiento para niños enfermos y servicios intensivos de apoyo y consejería enfocados en los cuidados y la alimentación de niños enfermos, desnutridos y en recuperación. El programa debe asegurarse de que el niño reciba una alimentación suficiente, más que suministrarle alimentos adicionales, porque la ración infantil del PM2A generalmente satisface o excede las necesidades calóricas de los niños menores de 2 años. La Organización Mundial de la Salud (OMS) actualmente examina los mejores enfoques para el manejo de la DAM en niños. Este documento se actualizará conforme sea necesario cuando se publiquen las recomendaciones de la OMS.

3.5.3 DAM en niños de 24 a 59 meses

Si la desnutrición aguda moderada (DAM) (puntaje Z de peso para la talla [PPT] < -2 y puntaje Z > -3) en niños de 24 a 59 meses es un tema preocupante y no hay servicios de manejo de la DAM, un programa podría elegir incluir una actividad aparte que aborde la DAM en este grupo de edad y vincularla con cualquier programa que se ocupe de la DAS. Esto sería aparte del programa del PM2A pero podría formar parte del programa de SNMI de un programa Título II.

3.6 SOSTENIBILIDAD

El diseño de programa de un programa del Título II debe incorporar una estrategia de salida para ayudar a sostener los impactos del programa y mantener las actividades programáticas que contribuirán a que la comunidad siga mejorando su seguridad alimentaria. Las actividades que

producen resultados permanentes o autosostenibles pueden retirarse progresivamente, mientras que otras actividades pueden transferirse de manera gradual a la comunidad, al gobierno u otra institución. Se debe observar que los detalles sobre cómo un programa terminará podrían definirse durante la primera mitad del proyecto. Si bien hasta el presente no existen pruebas que respalden alguna estrategia para el retiro o la transferencia progresiva del PM2A, las siguientes directrices para desarrollar estrategias sólidas de salida promoverán la sostenibilidad general del programa (consulte el **Recuadro 9**).

RECUADRO 9. DIRECTRICES PARA LAS ESTRATEGIAS DE SALIDA Y LA SOSTENIBILIDAD DEL PROGRAMA NO EMERGENCIA DEL TÍTULO II

- Desarrolle una estrategia de sostenibilidad integral que examine las formas de sustentar los resultados y los impactos de todas las actividades del programa tendientes a promover la disponibilidad de alimentos, el acceso a ellos y su utilización.
- Desde el inicio del programa, comuníquese claramente con la comunidad acerca de la sostenibilidad, y establezca un cronograma y expectativas.
- Desarrolle la capacidad de la comunidad y de las organizaciones comunitarias para que gradualmente se hagan cargo de algunas actividades del programa. Desde el principio del proyecto deben identificarse a las personas clave y sus responsabilidades, para que puedan adquirir las competencias necesarias.
- La transferencia progresiva a la comunidad funciona mejor con actividades que la comunidad valora y se compromete a mantener. Por ejemplo, en muchos casos los grupos de cuidado han continuado por bastante tiempo después de la finalización del programa porque las comunidades han valorado su contribución.
- Diseñe actividades que empoderen a los individuos y a las comunidades para que puedan estar en mejores condiciones de demandar y proporcionar determinados servicios.
- Vincule estrechamente el PM2A con las actividades del programa que promueven una mayor producción agrícola y mejores medios de vida. Estas actividades, combinadas con la CCC, podrían preparar mejor a las familias del PM2A para cubrir sus brechas energéticas y mejorar sus prácticas de cuidados y alimentación, lo que a su vez podría reducir la necesidad de recibir raciones.
- Colabore con el gobierno para lograr que se haga cargo de determinados aspectos del PM2A, como las raciones o el apoyo para TSC. En algunos casos, los MdS han adoptado o mejorado intervenciones que fueron originalmente implementadas por ONGs.
- Mejore los servicios existentes de manera que las comunidades continúen demandando y proporcionando servicios de salud y CCC sólidos.
- Busque oportunidades para acceder a alimentos fortificados y con alta densidad de nutrientes de producción local.
- Planifique el cierre, y determine cuándo interrumpir la inscripción en los componentes de PM2A que se retirarán progresivamente. Comuníquese con la comunidad respecto de este tema, así no se sorprenderán cuando finalice la inscripción.

3.7 CONSIDERACIONES DE COSTOS³⁵

El PM2A podría costar más por beneficiario que otros componentes del programa del Título II, no sólo porque requiere más alimentos sino también por los mayores costos que implican el transporte y el almacenamiento de los alimentos y la gestión del inventario. Esto podría afectar los números y lugares de beneficiarios destinatarios y el presupuesto del programa en conjunto. La planificación debe tener en cuenta los costos de diversos elementos, entre ellos, insumos del programa, dotación de personal, necesidades directas relacionadas con la ejecución y necesidades de asistencia técnica. Si bien las necesidades y los costos variarán entre los programas, consulte en la Tabla 9 los elementos que generalmente se incluyen en los programas de SNMI preventiva con ayuda alimentaria.

³⁵ Adaptación de: CORE Nutrition Working Group. Sin fecha. *Pathways for Selecting Appropriate Nutrition Approaches*. Borrador.

Tabla 9. Consideraciones de costos

<p>Insumos del programa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentos para las raciones familiares e individuales • Balanzas para pesar las raciones (a menos que se preempaquen en otro lugar) • Fichas del beneficiarios (p. ej., fichas de salud y raciones con espacio para registrar las vacunas, la suplementación con vitamina A, la elegibilidad y las raciones recibidas) • Balanzas (preferentemente digitales) para pesar a los niños si hay MPC • Tallímetros • Medios visuales; materiales de información, educación y comunicación (IEC); y materiales de ayuda para CCC consejería sobre salud y nutrición o sesiones educativas • Cintas de medición de la CMB para detectar la DAS • Equipo de oficina • Transporte para el personal (p. ej., vehículos, bicicletas, motocicletas) 	<p>Ejecución directa del programa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Investigación formativa • Investigación operativa • M&E y presentación de informes • Elaboración de materiales para CCC • Impresión de materiales • Capacitación del personal de centros de salud y TSC • Grupos de apoyo, consejería, visitas domiciliarias para CCC • Actividades de extensión • Distribución de alimentos • Transporte, almacenamiento y gestión de productos alimenticios básicos • Apoyo para los servicios de salud (promoción, campaña, supervisión)
<p>Dotación de personal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nutricionistas • Profesionales médicos calificados para colaborar en el fortalecimiento de los servicios de salud • Los TSC o voluntarios (podrían necesitar incentivos en lugar de remuneración) • Expertos en CCC • Personal para los productos alimenticios básicos y la logística • Directores de programa • Personal administrativo • Personal de monitoreo y evaluación (M&E) 	<p>Asistencia técnica</p> <ul style="list-style-type: none"> • El programa necesitará determinar qué asistencia técnica requiere y cuando la proporcionará el personal o los consultores contratados.

4. EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

4.1 PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA

Al momento de poner en marcha el programa, los adjudicatarios necesitarán determinar lo más rápido posible la mejor manera de brindar servicios de PM2A de calidad a todos los beneficiarios elegibles. Dado que el programa deberá desarrollar una estrategia para el cambio de comportamiento y evaluar los materiales, capacitar al personal y los voluntarios, asegurar un conjunto mínimo de servicios de salud y obtener raciones, pasará un tiempo entre la puesta en marcha del programa y la prestación de los servicios a los beneficiarios del programa. Cada programa deberá determinar la forma más eficiente de poner en marcha su programa, en función del contexto nacional, los requisitos y las necesidades de capacitación y las limitaciones de logística. Por ejemplo, si un programa no puede prestar todos los servicios a la vez a una gran cantidad de casos al comienzo del programa, podría elegir introducirse en un grupo destinatario o servicio por vez o introducirse gradualmente en las comunidades en un plazo determinado.

RECUADRO 10. OPCIONES PARA LA INSCRIPCIÓN EN EL PM2A DURANTE LA PUESTA EN MARCHA

Si bien el PM2A tiene como destinatarios a todos los niños menores de 2 años, cada programa puede elegir la mejor forma de inscribir a los niños al momento de la puesta en marcha, en función de sus objetivos, recursos y limitaciones. Los programas deben tener en cuenta que estas decisiones probablemente tengan pros y contras que pueden afectar la gestión del programa, las relaciones con la comunidad, el impacto del programa u otros factores.

Por ejemplo, algunos programas podrían inscribir a todos los grupos de edad al inicio para llegar a tantos niños como sea posible durante al menos un corto tiempo. Si bien esta estrategia simple de inscripción maximiza la cobertura y es fácil de entender para la comunidad, desafía a los directores del programa a ponerlo en marcha rápidamente, con materiales de CCC y servicios de salud para todos los grupos de edad desde el comienzo del programa. También inscribe a los niños más grandes que pueden participar en el programa durante sólo uno o dos meses, que es tiempo insuficiente para mejorar su estado nutricional o generar un cambio de comportamiento.

Para usar con eficiencia los recursos del programa y llegar a todos los niños que podrían beneficiarse con el PM2A, un programa inscribió, durante la puesta en marcha, a todas las mujeres embarazadas y todos los niños menores de 18 meses para asegurarse que todos los niños participaran durante al menos seis meses, que se considera el tiempo mínimo necesario para que un niño se beneficie. Sin embargo, esta estrategia debe explicarse claramente porque la idea de que los niños permanecen en el programa hasta los 2 años pero no pueden inscribirse si tienen más de 18 meses podría confundir a los posibles participantes.

Otros programas han inscrito en el inicio sólo a embarazadas y niños de hasta 6 meses. Esta opción que inscribe a una porción menor del grupo destinatario y aumenta gradualmente los números de inscripciones, ayuda a simplificar el inicio, le da al programa más tiempo para desarrollar materiales de CCC específicos para cada edad y ofrece la oportunidad de que todos los participantes del programa reciban los servicios durante tanto tiempo como sea posible. Sin embargo, la desventaja de esta opción es que los niños que tienen 6 meses o más al inicio del programa nunca recibirían los servicios, lo que podrían debilitar el impacto del programa en la comunidad.

4.2 PUNTOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

4.2.1 Principios clave

Puesto que el PM2A implica que múltiples partes interesadas brindan múltiples servicios, se necesitan múltiples puntos de prestación de servicios. Los programas deberán trabajar con la comunidad para definir dónde y cómo distribuir las raciones y presentar los programas y mensajes sobre cambio de comportamiento. También deberá colaborar con el MdS para proveer los servicios esenciales de salud y nutrición.

Un programa debe seleccionar los puntos de prestación de servicios que sean más apropiados para su contexto, en concreto, lugares que sean accesibles y culturalmente adecuados y que no presentan barreras importantes para la participación en el programa. A continuación se ofrecen

ejemplos de posibles puntos de prestación que se pueden adaptar según las necesidades del programa.

4.2.2 Distribución de alimentos

Un programa debe establecer el horario y el lugar para la distribución de alimentos para una zona del programa. El punto de distribución de alimentos debe ser razonablemente accesible para los beneficiarios y tener el espacio suficiente para todos ellos. El lugar debe contar con sistemas para verificar la elegibilidad (p. ej., personal que verifique las fichas de beneficiario), distribuir la ración y controlar la composición y la cantidad de las raciones.

4.2.3 Cambio de comportamiento³⁶

Los principios clave de la programación para el cambio de comportamiento incluyen la comunicación de mensajes claros y coherentes a través de múltiples canales, el suministro de contacto individual y apoyo grupal y el uso de materiales visuales para reafirmar los mensajes. Un programa necesitará investigar las oportunidades para prestar los servicios de cambio de comportamiento en sus comunidades. Los siguientes son ejemplos de puntos de contacto habituales para el cambio de comportamiento:

En el hogar

Una visita domiciliar realizada por un TSC o un voluntario de la comunidad capacitado en consejería nutricional permite la interacción directa con la madre, lo que ayuda al TSC o voluntario a entender mejor las barreras concretas de la madre para el cambio de comportamiento, a trabajar con la madre en la elaboración conjunta de estrategias para superar esas barreras, a negociar el cambio de comportamiento y a interactuar con otras personas influyentes del grupo familiar.

Punto de distribución de alimentos o reuniones comunitarias o festivales en los que participan los grupos destinatarios del PM2A

Puesto que las madres/cuidadoras deben buscar habitualmente la ración en un lugar centralizado, este lugar constituye un posible punto de contacto para la CCC. Los programas podrían incluir entretenimiento educativo, como obras teatrales cortas o canciones, distribuir materiales para reforzar los mensajes clave, organizar sesiones de grupos o brindar consejería a personas si se cuenta con un espacio adecuado. Además, las reuniones comunitarias o los festivales constituyen una oportunidad para llegar a un público destinatario más amplio.

Centros de salud y puestos de salud comunitarios

Un trabajador de salud puede brindar consejería individual a las madres que acuden para la atención prenatal o de posparto o que llevan a sus hijos para visitas de control de niño sano, visitas por enfermedad o vacunación. El programa también puede llevar a cabo sesiones grupales si muchas madres se congregan para la atención prenatal o para los controles de niño sano en días programados. Las reuniones periódicas de apoyo entre pares podrían tener lugar en puestos de salud comunitarios si están estratégicamente ubicados.

³⁶ Adaptaciones de: CORE Nutrition Working Group. Sin fecha. *Pathways for Selecting Appropriate Nutrition Approaches*.

Días o semanas de salud infantil

Si la comunidad realiza campañas periódicas para suministrar la vitamina A, vacunas u otros servicios preventivos a los niños pequeños, el programa puede aprovechar esta oportunidad para llevar a cabo actividades de CCC, como obras de teatro o interpretación de canciones, sesiones grupales o distribución o colocación de materiales en lugares públicos.

Sesiones de PCC o MPC

Un programa de PCC o MPC que se reúne periódicamente en la comunidad y tiene una buena concurrencia ofrece una excelente oportunidad para brindar servicios de CCC que complementan esos programas. Los programas de MPC generalmente tienen componentes de CCC débiles. Asimismo, aunque los programas de PCC ya ofrecen consejería nutricional y CCC, el programa de PM2A podría ayudar a fortalecer estos servicios. Estas reuniones mensuales de madres y niños pequeños son una oportunidad propicia para ofrecer orientación individualizada según la edad y el patrón de crecimiento del niño, apoyo grupal, entretenimiento educativo y materiales.

Espacios públicos

Los medios de comunicación social, como anuncios radiales, vallas publicitarias o afiches, pueden utilizarse para generar conciencia sobre comportamientos específicos o para informar sobre las actividades en curso o cuestiones relacionadas con la salud. Los programas pueden usar los medios de comunicación en espacios públicos para llegar a todos los miembros de la comunidad con mensajes generales para el cambio de comportamiento.

4.2.4 Servicios de salud generales

Visitas domiciliarias

El personal de salud capacitado presta una variedad de servicios a través de las visitas domiciliarias. Las visitas a mujeres embarazadas podrían incluir un seguimiento prenatal, el suministro de hierro/folato y el monitoreo para detectar signos de peligro. Las visitas a las madres de recién nacidos podrían incluir un seguimiento posnatal (los días 1, 3 y 7 después del nacimiento o según lo indicado en el protocolo del MdS) y el suministro de vitamina A de posparto (antes de las seis semanas del parto). Para los niños que presentan retraso del crecimiento o han estado ausentes del centro de salud, las visitas podrían incluir un examen del estado de salud y nutricional del niño (incluidas las mediciones antropométricas) o una charla con la madre para entender y abordar las razones de la ausencia del niño. Todas las visitas incluyen la consejería pertinente. Algunas de estas actividades pueden estar a cargo de TSC, pero los servicios médicos deben ser provistos sólo por profesionales de salud capacitados, de conformidad con el protocolo nacional.

Centros de salud

Los beneficiarios del programa pueden recibir servicios preventivos y curativos de salud en centros con personal que incluya enfermeros, médicos, parteras y otro personal de salud calificado. Las madres pueden recibir consultas de salud pre y posnatal y dar a luz en el centro. Los niños pueden recibir vacunas, suplementación con vitamina A, exámenes de control de niño sano y tratamiento de enfermedades. Además, el asesoramiento sobre salud y nutrición puede proporcionarse en el centro.

Puestos o centros de salud comunitarios

Podría suceder que los miembros de la comunidad no puedan acceder fácilmente a centros de salud en pleno funcionamiento. En estas circunstancias, es útil que algunos servicios esenciales se ofrezcan en la comunidad, a cargo de miembros capacitados de la comunidad (p. ej., parteras tradicionales) o personal de salud que visita la comunidad. Si la política del país lo permite, la atención pre y posnatal, la suplementación con micronutrientes, la vacunación y el tratamiento de enfermedades frecuentes pueden efectuarse en la comunidad.

Lugar de distribución de raciones

Algunos servicios, como la vacunación, el tratamiento de desparasitación y la suplementación con micronutrientes, pueden proporcionarse en el lugar de distribución de raciones, si las condiciones lo permiten. De esta manera, los beneficiarios tendrán mayor facilidad para acceder a los servicios que necesitan para seguir participando en el programa de PM2A.

4.3 ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD (AC)³⁷

Un programa con un diseño adecuado, si bien es indispensable para ser eficaz, no es suficiente para reducir la desnutrición. La calidad de prestación y la utilización de intervenciones determinará si el programa es verdaderamente exitoso. Los programas deben trabajar constantemente para asegurarse de que el programa se ejecute correctamente y se adapte a la situación local. Deben modificar el programa cuando surjan problemas o dificultades. El AC incluye actividades que contribuyen a definir, diseñar, evaluar, monitorear y mejorar la calidad de la ejecución del programa.³⁸ Los principios clave del AC incluyen prestar atención a la perspectiva y las necesidades del beneficiario, tratar el trabajo desde el punto de vista de los sistemas y procesos, tomar decisiones fundamentadas en datos y colaborar con las partes interesadas en los distintos niveles. Las actividades de AC básicas incluyen definir la calidad en función de lo que es óptimo y realizable; medir la calidad a través de mediciones iniciales y el M&E y mejorar la calidad mediante la identificación de lo que debe mejorarse y quién lo hará, el análisis de los procesos y sistemas, el desarrollo y la comprobación de hipótesis acerca de las soluciones y el monitoreo de los cambios. Varios métodos y herramientas de AC pueden aplicarse o adaptarse al PM2A. A continuación se describen brevemente algunos de ellos.

4.3.1 Investigación operativa (IO)

La IO evalúa la calidad de la ejecución del programa y la prestación de servicios e identifica las limitaciones operativas y de utilización. El IO utiliza evaluaciones cuantitativas y cualitativas para recopilar información sobre cada paso fundamental de la ejecución, a fin de entender mejor cómo funciona el programa o por qué no funciona. La IO examina las limitaciones a la ejecución óptima del programa, la utilización de servicios, las percepciones de los beneficiarios, los factores de motivación del personal y otras cuestiones, y obtiene información de una gama de partes interesadas, entre ellas, personal de todos los niveles del programa, participantes del programa y

³⁷ Adaptaciones de: CSHGP 2007. *Technical Reference Materials: Quality Assurance*.
<http://www.childsurvival.com/documents/trms/xcut.cfm>.

³⁸ El contenido de este párrafo es un resumen de los TRM del CSHGP. Para conocer más detalles, visite:
<http://www.childsurvival.com/documents/trms/xcut.cfm>.

aquellos que no participan en él. Los resultados de la IO se analizan con los ejecutores del programa y otros interesados clave para identificar los problemas prioritarios que deben abordarse, determinar las soluciones y desarrollar un plan de acción. Si es factible, se recomienda llevar a cabo una segunda ronda de IO para evaluar el progreso realizado en la ejecución del plan de acción.

4.3.2 Listas de verificación y mejora de la calidad (LVMC)³⁹

La LVMC es una herramienta de supervisión que permite monitorear y mejorar el trabajo de un TSC o voluntario, especialmente en lo que se refiere a actividades que se realizan habitualmente, que tienen varios pasos y que pueden ser observadas. La herramienta puede utilizarse con diferentes actividades, como consejería o MPC. Un supervisor observa la actividad que el trabajador o voluntario desempeña y usa una lista de verificación para anotar si lleva a cabo las tareas clave durante la actividad. Posteriormente, el supervisor proporciona comentarios alentadores al trabajador y conversa con él/ella acerca de sus fortalezas y debilidades. El trabajador se compromete a mejorar su desempeño en los aspectos que sean necesarios. La información obtenida en la LVMC también puede recopilarse para identificar debilidades en todo el sistema y hacer un seguimiento individual de los trabajadores con el tiempo.

4.3.3 Servicios orientados al cliente y de prestador eficiente (COPE)

COPE es un proceso desarrollado por EngenderHealth que ayuda al personal del centro de salud a mejorar en forma continua la calidad, la eficiencia y la respuesta de sus servicios a las necesidades de los pacientes a través del compromiso, la apropiación, la autoevaluación y el trabajo en equipo del personal. El proceso COPE proporciona al personal herramientas para identificar problemas y crear soluciones mediante el uso de recursos locales. También alienta a todo el personal —desde directores y médicos hasta empleados de limpieza y voluntarios de la comunidad— a trabajar en equipo y a conseguir la participación de los pacientes en la evaluación de los servicios. COPE consta de las siguientes herramientas, que se utilizan juntas:

- Diez guías de autoevaluación que se centran en los derechos de los pacientes y las necesidades del personal.
- Guías de entrevistas para que el personal realice entrevistas informales a los pacientes después de las visitas al dispensario.
- Gráficos de análisis de flujo de pacientes para llevar un registro de cómo los pacientes de un dispensario progresan desde su ingreso hasta su egreso.
- Un modelo de plan de acción para abordar problemas identificados durante las entrevistas y el análisis de COPE.

COPE está diseñado para integrarse en un módulo de enfoques y herramientas para la mejora de la calidad (MC) que incluye:

- **Supervisión facilitadora:** Incluye tutoría, resolución conjunta de problemas y diálogo entre el supervisor y el personal.
- **Monitoreo médico:** Identifica diferencias entre las mejores prácticas y las prácticas reales y brinda recomendaciones.

³⁹ Adaptación de: Food for the Hungry. 2006. "Quality Improvement and Verification Checklists." Presentado en la Reunión de primavera de CORE, del 24 al 28 de abril, Easton, Maryland, EE:UU.

- **Capacitación para todo el centro:** Vincula la supervisión y la capacitación; hace hincapié en el trabajo en equipo y la sostenibilidad.
- **Herramienta para la medición de la calidad:** Mide la calidad anualmente en función de las herramientas de autoevaluación COPE.
- **Herramienta de análisis de costos:** Mide los costos directos de la prestación de servicios de salud específicos para mejorar la eficiencia del personal, maximizar los suministros y establecer aranceles para el usuario a fin de reflejar los costos directos reales, en caso de ser necesario.
- **Herramienta/proceso participativo comunitario COPE:** Ayuda al personal de atención en salud a crear asociaciones con los miembros de la comunidad para aumentar el grado de respuesta de los servicios a las necesidades locales.

4.3.4 Calidad definida en conjunto (CDC)

La CDC es un método desarrollado por Save the Children para mejorar la calidad de los servicios de salud y lograr la participación de la comunidad en la definición, aplicación y monitoreo de los procesos de MC mediante la vinculación del AC y la MC con la movilización comunitaria. El proceso incluye cuatro etapas:

1. Aumentar el apoyo obteniendo el compromiso de participación de todos los interesados clave, tanto de los centros como de la comunidad, tanto en el plano local como en el nacional.
2. Examinar la calidad entendiendo las distintas perspectivas que tienen las partes interesadas sobre la calidad.
3. Reunir a las partes interesadas pertinentes para compartir ideas y perspectivas, formar un equipo con el objeto de desarrollar una visión compartida de calidad e identificar y priorizar los problemas y las limitaciones para lograr la calidad.
4. Trabajar en equipo para solucionar problemas mediante el debate y el análisis del origen de los problemas en la calidad, la identificación de soluciones y la elección de indicadores para monitorear el progreso.

La CDC toma en cuenta los aportes de las comunidades y los trabajadores de salud sobre calidad, pero es importante destacar que la CDC no es un sustituto de la evaluación técnica de la calidad. Preferentemente, la CDC debe llevarse a cabo en coordinación con el AC normalizado en el centro.

4.3.5 Investigación rápida de la calidad (IRC)

La IRC fue desarrollada por el Proyecto de Evaluación MEASURE (siglas en inglés de Monitoreo y Evaluación para Evaluar y Usar los Resultados) en colaboración con distintos adjudicatarios para ofrecer una forma práctica y de bajo costo para medir rutinariamente la calidad de la atención (CA) en los servicios de planificación familiar. El método, que posiblemente podría adaptarse para otros tipos de servicios, incluye la recopilación de datos para una lista específica de indicadores de CA utilizando un conjunto de instrumentos probados sobre el terreno diseñados para brindar un panorama más completo de la CA. Los indicadores se miden mediante tres tipos de recopilación de datos:

1. Una auditoría del centro con preguntas para el director del programa que se utiliza para determinar la preparación de cada centro para atender al paciente, y abarca factores como

tipos de servicios provistos, tipos y cantidades de suministros en existencia, la condición de las instalaciones y los tipos de registros.

2. Observación de las interacciones entre prestador y pacientes y de procedimientos clínicos relevantes, incluida la evaluación del desempeño del prestador durante las sesiones de asesoramiento y atención clínica.
3. Entrevistas de egreso con pacientes para conocer sus experiencias con el dispensario.

RECUADRO 11. REFERENCIAS PARA LA METODOLOGÍA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

- The Quality Assurance Project (QAP): <http://www.qaproject.org/>.
- The Framework for Operations and Implementation Research in Health and Disease Programs. www.theglobalfund.org/documents/me.FrameworkForOperationsResearch.pdf
- COPE. <http://www.engenderhealth.org/pubs/quality/cope.php>
- Ronnie Lovich, Marcie Rubardt, Debbie Fagan, y Mary Beth Powers. 2003. Partnership Defined Quality: A Tool for Partnership and Health Provider Collaboration. http://www.phishare.org/files/2265_PDQ_Final_Manual.pdf
- Quick Investigation of Quality (QIQ). Febrero de 2001. A User's Guide for Monitoring Quality of Care in Family Planning. MEASURE Evaluation Manual Series No. 2. <http://www.cpc.unc.edu/measure/tools/family-planning/monitoring-quality-of-care-in-fp>

4.4 PERSONAL NECESARIO

Para proporcionar los servicios de PM2A, se requiere personal de servicios de salud y personal comunitario (p. ej., prestadores de salud capacitados, nutricionistas, TSC, voluntarios) como personal de gestión de productos alimenticios básicos. Las estructuras de ambos equipos de personal podrían variar de acuerdo con las prácticas del adjudicatario, los recursos locales, el nivel de presencia del MdS y otros factores. Se necesita un firme apoyo de supervisión, que es indispensable para la calidad, en el transcurso del programa. Además, el programa podría necesitar instructores por períodos limitados.

5. MONITOREO Y EVALUACIÓN

5.1 DIRECTRICES PARA EL M&E DEL TÍTULO II

La Oficina de Alimentos por la Paz (FFP) de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) exige que los adjudicatarios del Programas de Título II regulares (no emergencia) presenten informes sobre los indicadores de monitoreo anuales para evaluar el progreso realizado en la ejecución del programa y sobre los indicadores de evaluación iniciales y finales a fin de evaluar el impacto del programa. También se recomiendan evaluaciones intermedias que presten especial atención a los procesos de ejecución a nivel del beneficiario. Los procedimientos de M&E deben seguir la Orientación del programas del Título II (consulte el **Recuadro 12**). La FFP no ha creado requisitos adicionales de M&E ni cambió ningún requisito vigente para los programas que apliquen el enfoque PM2A. A continuación se presenta un resumen de la Orientación en M&E del programa.

5.1.1 Monitoreo

Hay siete indicadores de monitoreo requeridos por la FFP sobre antropometría, cambio de comportamiento y resiliencia comunitaria, que se informan anualmente a nivel del beneficiario (**Recuadro 13**). Además, los programas pueden y deben establecer sus propios indicadores para procesos y productos importantes del programa que desean monitorear, como participación en el programa o el porcentaje de beneficiarios que alcanzan determinados valores de referencia. Los indicadores se informan mediante el Cuestionario normalizado de desempeño anual (CNDA) y las Tablas resúmenes de seguimiento de beneficiarios y solicitudes.

5.1.2 Evaluación

La FFP exige a los programa que midan e informen sobre cuatro indicadores de impacto, dos indicadores antropométricos y dos indicadores de acceso a los alimentos para los grupos familiares (**Recuadro 13**). Estos indicadores tienen una definición fija y se miden a nivel de la población. Los programas pueden incluir otros indicadores de impacto pertinentes a su programa. El diseño de evaluación requerido incluye una encuesta inicial y una encuesta de evaluación final. Las comparaciones de valores previos y posteriores deben basarse en la "adecuación del programa", lo que significa que no se requieren grupos de control ni análisis de causalidad, pero el tamaño muestral debe ser suficiente para determinar si las diferencias entre las estimaciones puntuales al inicio y al final son estadísticamente significativas. Los programas de Título II deben incluir todos los indicadores de impacto y resultados requeridos, conforme a la Orientación de la FFP.

Recuadro 12. REFERENCIAS PARA M&E DE LOS PROGRAMAS DEL TÍTULO II

- Gilles Bergeron, Megan Deitchler, Paula Bilinsky y Anne Swindale. Febrero de 2006. Monitoring and Evaluation Framework for Title II Development-oriented Projects. FANTA Technical Note No. 10. http://www.fantaproject.org/downloads/pdfs/TN10_MEFramework.pdf
- Gilles Bergeron, Megan Deitchler, Paula Bilinsky y Anne Swindale. Marzo de 2006. Evaluating Title II Development-Oriented Multi-Year Assistance Projects. FANTA Technical Note No. 11. http://www.fantaproject.org/downloads/pdfs/TN10_MEFramework.pdf
- Food for Peace Information Bulletin
http://www.usaid.gov/our_work/humanitarian_assistance/ffp/crg/intro.htm
 - FFPIB 07-01: USAID and Food for Peace Indicators and Reporting Systems
 - FFPIB 07-02: New Reporting Requirements for Food for Peace
 - FFPIB 09-07: Title II Awardee Reporting Requirements

RECUADRO 13. INDICADORES DE M&E DEL PROGRAMAS DEL TÍTULO II REQUERIDOS POR LA FFP

Indicadores de impacto

Acceso

1. Número promedio de meses de provisión adecuada de alimentos
2. Puntaje promedio de diversidad alimentaria del grupo familiar

Utilización

3. Porcentaje de niños de 0 a 59 meses con bajo peso (puntaje Z de PPE < -2)
4. Porcentaje de niños de 6 a 59 meses con retraso en la talla (puntaje Z de talla para la edad [TPE] < -2)

Indicadores de monitoreo

Antropometría

1. Indicador antropométrico elegido por el programa para monitorear periódicamente el estado nutricional de los beneficiarios

Cambio de comportamiento

2. Porcentaje de beneficiarios que adoptan un mejor comportamiento de salud, nutrición o higiene (elegido del menú de FFP)
3. Porcentaje de beneficiarios (productores) que usan un número mínimo, definido por el proyecto, de tecnologías agrícolas sostenibles

Resiliencia comunitaria

4. Número de comunidades que reciben asistencia del programa y tienen una infraestructura física mejorada para mitigar el impacto de los golpes, implantada como consecuencia de la asistencia del programa
5. Número de comunidades asistidas que cuentan con sistemas de advertencia y respuesta tempranas ante desastre, implantados como consecuencia de la asistencia del programa
6. Número de comunidades asistidas que tienen redes de seguridad para abordar las necesidades de sus miembros más vulnerables, implantadas como consecuencia de la asistencia del programa
7. Número de comunidades asistidas con capacidad comunitaria mejorada como consecuencia de la asistencia del programa

REFERENCIAS

- Bhandari, Nita, Sarmila Mazumder, Rajiv Bahl, Jose Martines, Robert E. Black, Maharaj K. Bhan y otros miembros del Infant Feeding Study Group. 2004. "An educational intervention to promote appropriate complementary feeding practices and physical growth in infants and youth in Rural Haryana, India." *Journal of Nutrition* 134: 2342-2348.
- Bhutta, Z.A., T. Ahmed, R.E. Black, S. Cousens, K. Dewey, E. Giugliani, B.A. Haider, B. Kirkwood, S.S. Morris, H.P. Sachdev y M. Shekar. 2008. "What Works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival." *The Lancet* 371 (9610): 417-40 (2 de febrero).
- Black, Robert E., Lindsay H. Allen, Zulfiqar A. Bhutta, Laura E. Caulfield, Mercedes de Onis, Majid Ezzati, Colin Mathers y Juan Rivera. 2008. "Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences." *The Lancet Series on Maternal and Child Undernutrition. The Lancet* 371: 243-60 (19 de enero).
- Caulfield, L.E., S.L. Huffman y E.G. Piwoz. 1999. "Interventions to improve the intake of complementary foods by infants 6-12 months of age in developing countries: Impact on growth and prevalence of malnutrition and potential contribution to child survival." *Food and Nutrition Bulletin* 20: 183-200.
- Child Survival and Health Grants Program (CSHGP). 2007. *Technical Reference Materials: Behavior Change Interventions*. <http://www.childsurvival.com/documents/trms/xcut.cfm>.
- . 2007. *Technical Reference Materials: Quality Assurance*. <http://www.childsurvival.com/documents/trms/xcut.cfm>.
- CORE Group Social and Behavior Change Working Group. 2008. *Designing for Behavior Change Curriculum*. http://207.226.255.123/working_groups/DBC_Curriculum_Final_2008.pdf.
- CORE Nutrition Working Group. Sin fecha. *Pathways for Selecting Appropriate Nutrition Approaches*. Borrador.
- Dewey, Kathryn G. y Seth Adu-Afarwuah. 2008. "Systematic review of the efficacy and effectiveness of complementary feeding interventions in developing countries." *Maternal and Child Nutrition* 4: 24-85.
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). Sin fecha. "Intensity of food deprivation." http://www.fao.org/fileadmin/templates/ess/documents/food_security_statistics/Depth_Hunger_en.xls.
- . Sin fecha. "[Prevalence of undernourishment in total population](http://www.fao.org/fileadmin/templates/ess/documents/food_security_statistics/PrevalenceUndernourishment_en.xls)." http://www.fao.org/fileadmin/templates/ess/documents/food_security_statistics/PrevalenceUndernourishment_en.xls.

- . Sin fecha. "Minimum dietary energy requirements."
http://www.fao.org/fileadmin/templates/ess/documents/food_security_statistics/MinimumDietaryEnergyRequirement_en.xls.
- Food for the Hungry. 2006. "Quality Improvement Verification Checklists." Presentado en la Reunión de primavera de CORE, del 24 al 28 de abril, 2006, Easton, Maryland, EE. UU.
- Proyecto de Asistencia Técnica en Alimentación y Nutrición (FANTA). 2007. *Recommendations for the Nutrient Requirements for People Living with HIV/AIDS*. Washington, DC: FANTA at FHI 360.
http://www.fantaproject.org/downloads/pdfs/Nutrient_Requirements_HIV_Feb07.pdf.
- Institute of Medicine (IOM). 2005. *Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Lutter *et ál.* 1990. "Age-specific responsiveness of weight and length to nutritional supplementation."
American Journal of Clinical Nutrition 51: 359-64.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2004. *Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child*. Ginebra: OMS.
http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/a85622/en/index.html.
- Roy, S.K., G.J. Fuchs, Zeba Mahmud, Gulshan Ara, Sumaya Islam, Sohana Shafique, Syeda Sharmin Akter y Barnali Chakraborty. 2006. "Intensive nutrition education with or without supplementary feeding improves the nutritional status of moderately-malnourished children in Bangladesh."
Journal of Health, Population and Nutrition 23(4): 320-30 (1 de enero).
- Ruel, Marie T., Purnima Menon, Jean-Pierre Habicht, Cornelia Loechl, Gilles Bergeron, Gretel Pelto, Mary Arimond, John Maluccio, Lesly Michaud y Bekele Hankebo. 2008. *The Lancet* 371 (9612): 588-595 (16 de febrero).
- Schroeder, D.G., R. Martorell, J.A. Rivera, M.T. Ruel y J.P. Habicht. 1995. "Age Differences in the Impact of Nutritional Supplementation on Growth." *Journal of Nutrition* Supplement: The INCAP Follow-Up Study. *Journal of Nutrition* 125 (abril) (4Suppl): 1051S-1059S.
- Shrimpton, Roger, Cesar G. Victora, Mercedes de Onis, R.C. Lima, Monika Blossner y Graeme Clugston. 2001. "Worldwide Timing of Growth Faltering: Implications for Nutritional Interventions." *Pediatrics* 107 (5): E75 (mayo).
- UNU/OMS/FAO. 2004. *Human energy requirements: Report of a joint FAO/WHO/UNU expert consultation, 17-24 October 2001*. Roma: FAO.
<http://www.fao.org/docrep/007/y5686e/y5686e00.HTM>
- USAID. 1999. *Commodities Reference Guide*. Washington, DC: USAID.
http://www.usaid.gov/our_work/humanitarian_assistance/ffp/crg/intro.htm

- OMS. 1998. *Safe vitamin A dosage during pregnancy and lactation*. WHO Micronutrient Series WHO/NUT/98.4. Ginebra: OMS.
http://www.usaid.gov/our_work/humanitarian_assistance/ffp/crg/intro.htm (consultado el 12 de octubre de 2009).
- OMS/FAO/UNU. 2007. *Protein and amino acid requirements in human nutrition: Report of a joint WHO/FAO/UNU expert consultation*. WHO Technical Report Series No. 935. Ginebra: OMS.
http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_935_eng.pdf.
- OMS/UNICEF. 2008. *Strengthening action to improve feeding of infants and young children 6-23 months of age in nutrition and child health programmes: Report of proceedings 6-9 October, 2008, Geneva*. Ginebra: OMS y UNICEF.
http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9789241597890/en/index.html.

ANEXO A: TABLA RESUMEN DEL PM2A

Participantes del programa	Todas las mujeres embarazadas	Todas las madres de niños de 0 a 5 meses	Todos los niños de 0 a 23 meses (con información específica de la ración para niños de 6 a 23 meses)	Grupos familiares de mujeres y niños participantes
¿Por qué es destinatario de servicios de PM2A?	<ul style="list-style-type: none"> Protege la salud y el estado nutricional de la madre Promueve el crecimiento óptimo del bebé en el útero Ayuda a asegurar un peso adecuado al nacer 	<ul style="list-style-type: none"> Protege la salud y el estado nutricional de la madre Ayuda a asegurar una calidad adecuada de la leche materna 	<ul style="list-style-type: none"> Protege el crecimiento del niño durante un período crítico del desarrollo físico Protege la salud del niño cuando éste también corre un alto riesgo de infección y muerte 	<ul style="list-style-type: none"> Suplementa la provisión de alimentos en el hogar y mejora su seguridad alimentaria Fomenta la participación en el programa Desalienta la práctica de compartir la ración individual
Servicios básicos de PM2A	<ul style="list-style-type: none"> Una ración individual hasta el nacimiento del niño Atención prenatal, suplementación con micronutrientes y otros servicios preventivos y curativos de salud y nutrición Servicios para el cambio del comportamiento 	<ul style="list-style-type: none"> Una ración individual hasta que el niño cumple los 6 meses Atención posnatal y otros servicios preventivos y curativos de salud y nutrición Servicios para el cambio del comportamiento 	<ul style="list-style-type: none"> Una ración individual a partir de los 6 meses hasta los 2 años de edad Servicios generales de salud y nutrición, que incluyen vacunación y suplementación con micronutrientes Servicios para el cambio de comportamiento dirigidos a cuidadores/familias/comunidades 	<ul style="list-style-type: none"> Una ración familiar durante todo el tiempo en que la mujer o el niño participante recibe una ración individual
Condiciones necesarias para recibir la ración	<ul style="list-style-type: none"> Recibir exámenes prenatales y todos los servicios de salud y nutrición disponibles y recomendados por el MdS Participar en los servicios de CC del programa 	<ul style="list-style-type: none"> Acudir a las consultas posnatales y recibir todas las intervenciones de salud y nutrición disponibles y recomendadas por el MdS Participar en los servicios de CC del programa 	<ul style="list-style-type: none"> Recibir todas las intervenciones preventivas de salud y nutrición disponibles y recomendadas por el MdS Sus cuidadoras deben participar en los servicios de CC del programa 	<ul style="list-style-type: none"> Pertenecer al hogar de una mujer o de un niño participante

Participantes del programa	Todas las mujeres embarazadas	Todas las madres de niños de 0 a 5 meses	Todos los niños de 0 a 23 meses (con información específica de la ración para niños de 6 a 23 meses)	Grupos familiares de mujeres y niños participantes
Duración de la participación en el programa	<ul style="list-style-type: none"> Desde el momento en que se detecta el embarazo hasta que el niño cumple los 24 meses de vida 			
Composición de la ración	<ul style="list-style-type: none"> Alimentos con alta concentración de nutrientes y energía Alimentos fáciles de preparar Productos fortificados, como el aceite y las mezclas de cereales 	<ul style="list-style-type: none"> Alimentos con alta concentración de nutrientes y energía Productos alimenticios fortificados Alimentos que son fáciles de comer y digerir para un niño Alimentos fáciles de preparar “Alimentos para niños” que tienen menos probabilidad de que se compartan Mezclas de cereales (p. ej., corn-soy blend [CSB], wheat-soy blend [WSB]) 	<ul style="list-style-type: none"> Alimentos que cumplan con las preferencias alimentarias locales Alimentos con un costo razonable Alimentos que puedan prepararse con tecnología de molienda y cocción disponible Productos fortificados en zonas con deficiencias de micronutrientes 	
Tamaño de la ración	<ul style="list-style-type: none"> Basado en la brecha energética promedio para MEL en una zona del programa Mínimo: cubre las mayores necesidades de energía y proteína de: <ul style="list-style-type: none"> Embarazo: 360 kcal/día, 9 g de proteínas/día en el segundo trimestre; 475 kcal/día y 31 g de proteínas/día en el tercer trimestre Lactancia: entre 500 y 675 kcal/día y 19 g de proteínas/día 	<ul style="list-style-type: none"> La ración es alimentación complementaria y no debe sustituir a la lactancia Necesidades de alimentación complementaria para niños amamantados: <ul style="list-style-type: none"> 6 a 8 meses: 200 kcal/día 9 a 11 meses: 300 kcal/día 12 a 24 meses: 550 kcal/día Requerimientos de proteínas para niños amamantados: <ul style="list-style-type: none"> 6 a 11 meses: 11g/día 12 a 23 meses: 13 g/día Requerimientos de grasas para niños: <ul style="list-style-type: none"> del 30% al 45% de la energía total de los alimentos 	<ul style="list-style-type: none"> Basado en la brecha energética promedio per cápita del grupo familiar 	

Participantes del programa	Todas las mujeres embarazadas	Todas las madres de niños de 0 a 5 meses	Todos los niños de 0 a 23 meses (con información específica de la ración para niños de 6 a 23 meses)	Grupos familiares de mujeres y niños participantes
			<p>consumidos (incluida la leche materna)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 6 a 8 meses: del 0% al 34% de la energía de la ración proveniente de las grasas ○ 9 a 11 meses: del 5% al 38% de la energía de la ración proveniente de las grasas ○ 12 a 23 meses: del 17% al 42% de la energía de la ración proveniente de las grasas 	