



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, Managua

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA



Maestría en Salud Pública

2015 – 2017

Informe Final de Tesis para optar al

Título de Máster en Salud Pública

**SISTEMATIZACION DEL DESARROLLO E IMPLEMENTACION DEL
PROGRAMA COMUNITARIO DE SALUD Y NUTRICION
(PROCOSAN) EN EL MINISTERIO DE SALUD DE NICARAGUA EN
EL PERIODO 2000 – 2005**

Autora

Ligia Teresa Yllescas Hernández

Licenciada en Nutrición

Tutora:

Dra. Marcia Ibarra

Docente e Investigadora

Ocotal, Nueva Segovia, Enero 2017

Contenido

RESUMEN.....	I
DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS.....	III
I.INTRODUCCION	1
II.ANTECEDENTES	2
III.JUSTIFICACIÓN	4
IV.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
V.OBJETIVOS.....	6
VI.MARCO TEORICO.....	7
VII.DISEÑO METODOLÓGICO	15
VIII.RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	17
IX.LECCIONES APRENDIDAS.....	42
X.CONCLUSIONES	43
XI.RECOMENDACIONES.....	44
XII.BIBLIOGRAFIA	45
ANEXOS	46

RESUMEN

El PROCOSAN es una nueva forma de hacer nutrición a partir del 2000. Nace luego de una serie de estudios que permitieron documentar que los programas de intervención en Nutrición en el país, no estaban dando el impacto necesario a pesar que de que el 80% de los presupuestos de ellos eran para la distribución de alimentos.

Era necesario establecer nuevos lineamientos en nutrición, formulando un programa focalizado en los menores de 2 años y en el área rural, principalmente con mayores problemas nutricionales, un programa que cambien el comportamiento de las prácticas de las madres menores de 2 años,

El PROCOSAN se formula con la metodología de mercadeo social que revoluciona cómo se hacen los programas, en donde la participación, consulta, validación con los “beneficiarios”, permite la mejora continua del mismo.

Esta sistematización aborda algunos aspectos del contexto, técnicos, implementación y administrativo para encontrar los factores que facilitaron o limitaron su construcción e implementación.

Las lecciones aprendidas valoran la importancia de la apropiación del equipo técnico nacional, de organismos no gubernamentales y otros. La principal conclusión es que el PROCOSAN cambio la forma de hacer las intervenciones y las recomendaciones están enfocadas a continuar y medir el impacto en la población objetiva.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo al Señor Dios Todopoderoso, a mi Madre quien cada día dirige una oración al Señor para que me guarde.

A Oscar, mi amado esposo, quien siempre me impulsa para continuar avanzado en mi desarrollo profesional

A Gina, Lester y Erick quienes son y siguen siendo mi razón de ser,

A Andrea Lucía y Dana Lucía las niñas princesas de la Mamatete.

A mi querida hermana y hermanito querido

A mis sobrinos: Fidel, Patricia Gabriela, Mariana Patricia y Helena Marina.

Ligia Teresa Yllescas

AGRADECIMIENTOS

Quisiera expresar mi agradecimiento especial al Equipo Técnico Nacional de PROCOSAN en el período del 2000 al 2005, por su apoyo incondicional brindándome todos sus aportes, sentimiento y recuerdos en la construcción de este programa.

Muchas gracias Leyla Lara, Marta Ruíz, Massiel Mendieta, María Lourdes Rivera, Mirna Zelaya, Irma Montes, Ninette López, Carolina Marín y Carmen María Reyes.

En especial a Carmen María quien me continúa brindando su apoyo incondicional y “coordinando” al Equipo Técnico Nacional.

Doy las gracias al Dr. Miguel Orozco, Msc. Rosario Hernández y Dra. Marcia Ibarra, mi Tutora, porque siempre me animaron a continuar, por sus enseñanza y principalmente por su cariño.

Ligia Teresa Yllescas

I. INTRODUCCION

En la década de los 80 y 90 en Nicaragua existieron diferentes programas para la atención a niños menores de cinco años y principalmente con desnutrición. Las características de éstos fueron la atención de ellos con el daño instaurado, enfocado al niño desnutrido con enfermedad. La capacitación al personal de salud orientado a la transferencia de conocimientos y una respuesta del sistema de salud que brinda alimentos como la solución principal, según la Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de Pobreza en el año 2000.

En ese mismo año el Ministerio de Salud de Nicaragua, a través de la Dirección General de Atención Primaria en Salud, del Departamento de Nutrición y con el apoyo del Proyecto de Modernización de los Servicios de Salud, realizó una Investigación consultiva (“Lo bueno es que puede comer lo que nosotros tenemos”), con el objetivo de identificar las prácticas de alimentación y nutrición que las madres realizaban con sus hijos e hijas para conocer las resistencias y barreras para una alimentación y nutrición óptima e incorporar todos estos elementos fueron incorporados en la construcción de una estrategia comunitaria orientada a la prevención de la desnutrición crónica de los menores de dos años de edad. Posteriormente se le llamó Programa Comunitario de Salud y Nutrición (PROCOSAN).

A partir de la investigación consultiva en el 2000, inició el proceso de construcción de un programa con base comunitaria que incluyó su estrategia de comunicación para cambio de comportamiento, los materiales comunicacionales con las prácticas adecuadas en la alimentación de los menores y estrategia de capacitación dirigida a personal de salud y brigadistas en congruencia con los aspectos técnicos y operativos plasmados en los manuales del Programa.

Esta sistematización podrá dar a conocer las lecciones aprendidas en el proceso de construcción e implementación.

II. ANTECEDENTES

En 1999 en Nicaragua se realizó un estudio Fortalezas y Obstáculos en los Programas de Nutrición y Alimentación en Nicaragua elaborado por Seireg M., y Cols., donde describe los programas encontrados, 18 de ellos, con distribución de alimentos o servicios de nutrición y atención directa a la población y velando por el estado nutricional adecuado, el monto total invertido era de más de 30 millones de dólares.

En relación a la capacitación que se realizaban en estos programas no se medía el impacto en la población beneficiaria y el monitoreo se basaba en indicadores de proceso (número de participantes, horas recibidas, número de eventos), por lo tanto se prestaba atención a los cambios y comportamiento que resultarían en una mejoría en el estado nutricional. Ya los investigadores Griffiths, Dickins y Favin en el (1996) habían establecidos que los programas de nutrición más exitosos, eran aquellos que brindan una atención altamente personalizada a los niños desnutridos y que tienen una gerencia operativa orientada hacia la base, es decir, que viven un continuo proceso de reajuste según los resultados que se vayan obteniendo.

Posteriormente los resultados de ese estudio permitieron incorporar lineamiento en el desarrollo de las intervenciones plasmadas en la Estrategia de Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de Pobreza y ya en el 2006 el Banco Mundial, en el documento Revalorización del Papel fundamental de la nutrición para el desarrollo señaló que los programas comunitarios destinados a los niños menores de dos años también resultan eficaces en función de los costos para prevenir la desnutrición.

Otro aporte que dio el documento de Banco Mundial señala que la malnutrición dificulta el crecimiento económico y perpetúa la pobreza y aun no se aborda a pesar de que existen métodos de comprobada eficacia para resolverlo.

En el 2009 Marini A. y Cols. en el documento Promoción del Crecimiento para prevenir la Desnutrición Crónica, describe que la característica principal de estas iniciativas ha sido el tener una base comunitaria que ha permitido responder al marco causal propuesto por UNICEF para la desnutrición y, de este modo, atacar la mayoría de sus causas posibles.

Existe vasta información sobre sistematizaciones de programas de alimentación y nutrición en la comunidad, en donde los participantes entrevistados en estos estudios, son los beneficiarios directos. Sin embargo, no fue posible la obtención de antecedentes de estudios que sistematicen la construcción y la implementación del programa.

III. JUSTIFICACIÓN

La construcción e implementación de una estrategia de nutrición para atender la desnutrición de los niños menores de cinco años fue una respuesta de la Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico de Reducción de la Pobreza (ERCERP).

La ERCERP definió los lineamientos de nutrición, basados en la cuarta política de salud que estaba vigente en ese período, que fue sobre la creación de nuevas estrategias en Salud Pública, coincidiendo con la implementación de un proceso de reforma en el sector salud, por lo tanto otorgó un nuevo rol al MINSA en los aspectos de nutrición. En ese contexto nace el Programa Comunitario de Salud y Nutrición.

Con esta sistematización se podrá documentar el proceso de construcción e implementación de estrategias y las lecciones aprendidas podrían orientar a nuevos procesos de construcción de otros programas con base comunitaria.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La investigadora plantea la interrogante a dar respuesta con este estudio.

¿Cuáles fueron los factores que facilitaron u obstaculizaron el desarrollo e implementación del Programa Comunitario de Salud (PROCOSAN), en el Ministerio de Salud de Nicaragua, en el período 2,000 – 2,005?

Otras interrogantes a responder son:

1. ¿Cuál fue el contexto político durante la construcción e implementación del PROCOSAN?
2. ¿Cuáles fueron los aspectos técnicos existentes durante la construcción e implementación del PROCOSAN?
3. ¿Cuáles elementos administrativos estuvieron presentes en la construcción e implementación del PROCOSAN?
4. ¿Cuáles fueron las características del proceso de implementación del PROCOSAN?

V. OBJETIVOS

Objetivo General

Sistematizar la experiencia en la construcción e implementación del Programa Comunitario de Salud y Nutrición (PROCOSAN) en el Ministerio de Salud de Nicaragua en el período del 2000 – 2005.

Objetivos Específicos

1. Determinar las condiciones políticas en la construcción e implementación del Programa Comunitario de Salud y Nutrición.
2. Establecer las condiciones técnicas en la construcción e implementación del Programa Comunitario de Salud y Nutrición.
3. Identificar las características del proceso de construcción e implementación del PROCOSAN.
4. Identificar los factores administrativos en la implementación de la estrategia del Programa Comunitario de Salud y Nutrición.

VI. MARCO TEORICO

ESTRATEGIA DE MERCADEO SOCIAL

Este módulo proporciona métodos de investigación cuantitativos y cualitativos y directrices para la caracterización de la dieta y las prácticas de alimentación de niños menores de 2 años de edad. En él se identifican los motivos culturales, económicos y sociales que hay detrás de éstas y los factores que podrían facilitar o dificultar la adopción de las prácticas ideales definidas en la Introducción. Esto conduce a la formulación y priorización de las recomendaciones.

Desarrollo de un plan de comunicación para el cambio social y de comportamiento

Las estrategias de comunicación también conocidas como planes de comunicación para el cambio social y de comportamiento (SBCC, sus siglas en inglés) son el eje central de todas las intervenciones que impliquen cambios de comportamiento y adopción de recomendaciones. Los planes “SBCC” suelen integrar varias estrategias de intervención que requieren un componente de comunicación.

Puede que sea necesario contratar a un experto externo con experiencia en mercadeo social y comunicaciones para ayudar con algunos componentes específicos del plan de intervención. Esto dependerá de la capacidad y experiencia del equipo de investigación y de los recursos disponibles.

Para desarrollar un plan “SBCC” el equipo de investigación tendrá que llevar a cabo las siguientes actividades:

- Identificación de las audiencias primarias, secundarias y terciarias
- Revisión de las prácticas recomendadas
- Definición de los objetivos de comunicación

- Identificación de los canales de comunicación
- Desarrollo de mensajes y estrategias creativas
- División en diferentes fases
- Análisis del mercado
- Desarrollo, pruebas y producción de los materiales
- Desarrollo de un plan de implementación
- Elaboración del presupuesto

A continuación se describe cada actividad:

Definición de audiencias primarias, secundarias y terciarias. Aunque el niño es el principal beneficiario de la práctica recomendada, son las madres u otros cuidadores (u otros miembros de la familia o personas tales como las docentes o parteras tradicionales) quienes deben implementar los cambios de comportamiento siguiendo las recomendaciones surgidas de la investigación realizada en el Módulo II. Esta audiencia primaria debe definirse específicamente, así como las audiencias secundarias y terciarias. La audiencia primaria puede ser cualquier población de interés (ej., proveedores de la salud), pero normalmente está conformada por los cuidadores.

Las audiencias secundarias son personas que influyen en la audiencia primaria como padres y abuelas. Las audiencias terciarias son quienes toman las decisiones, patrocinadores, aliados estratégicos y otras personas influyentes que contribuyen al éxito de un programa o intervención a través de los esfuerzos de promoción o mediante la financiación y/o un entorno propicio.

Además es necesario definir, dentro de la audiencia primaria, los diferentes segmentos o grupos influenciados por la intervención (segmentación de la audiencia). Los diferentes segmentos de audiencia tienen diferentes preocupaciones, intereses y prácticas y por lo tanto requieren de diferentes estrategias y mensajes de comunicación. Los diversos segmentos de la audiencia

primaria deben describirse y cuantificarse para guiar el diseño de los materiales de comunicación y determinar cuántos materiales diferentes necesitan ser producidos.

A continuación se detallan ejemplos de diferentes segmentos dentro de una audiencia primaria conformada por cuidadores de lactantes y niños pequeños:

- Mujeres embarazadas
- Madres primerizas
- Madres adolescentes
- Cuidadores de niños de 0- 5.9 meses de edad
- Cuidadores de niños de 6.0-8.9 meses de edad
- Cuidadores de niños de 9.0-11.9 meses de edad
- Cuidadores de niños de 12.0-23.9 meses de edad
- Cuidadores que consumen las comidas de “cocinas comunitarias”
- Cuidadores que trabajan fuera del hogar

Otros segmentos de audiencia se pueden definir de acuerdo a la geografía (ej., la región del país), el tipo de residencia (urbana, rural o remota); la demografía (ej., grupo étnico-lingüístico) o el nivel de educación o socioeconómico.

Revisión de las prácticas recomendadas. Las recomendaciones derivadas de los resultados del Módulo I y Módulo II y seleccionados para la intervención (enumeradas en la Matriz para detallar las recomendaciones finales (Formulario II-4.1, Anexo II-4)); los pasos y recursos necesarios para su adopción por parte de la audiencia primaria y otros factores facilitadores o consecuencias positivas percibidas deben describirse en el plan de intervención (ver la Matriz para el análisis de impacto, factibilidad y observabilidad de las prácticas recomendadas, Formulario I-10.4, en Anexo I-10, y la Matriz para analizar apego y factibilidad de las recomendaciones probadas, Formulario II-2.6, en Anexo II-2). Las prácticas recomendadas deben especificarse por segmentos de audiencia. Esta información

debe derivarse del análisis realizado en el Módulo I y Módulo II y resumirse en la Matriz para resumir los resultados de la investigación (Formulario III-1.1).

Definición de los objetivos de comunicación. Los objetivos de comunicación de una intervención por lo general se refieren y definen lo siguiente:

- La cobertura o exposición de las diferentes audiencias a las actividades y los materiales de intervención
- El incremento en el conocimiento de los diferentes segmentos de audiencia sobre los principales mensajes de la intervención
- La adopción y la sostenibilidad de la(s) práctica(s) recomendada(s)

La evaluación de la intervención de la comunicación se basa en la cobertura y el cambio de conocimientos y comportamientos entre la audiencia primaria. En general, los objetivos de comunicación no incluyen cambios en el estado nutricional de los niños menores de 24 meses, los cuales son evaluados a través de antropometría o medidas bioquímicas. Sin embargo, los cambios en el estado nutricional pueden ser incluidos en los criterios para la evaluación del proyecto en su conjunto (ver Módulo IV).

Identificación de los canales de comunicación. Las decisiones tomadas en los pasos anteriores y la información obtenida en el Módulo I (especialmente en la Encuesta de Cuidadores) orientarán al equipo de investigación en la selección de los canales de comunicación más adecuados para llegar a la audiencia primaria, así como a las audiencias secundarias y terciarias (si proceden). El contacto interpersonal (fortalecido por el uso de otros canales de comunicación) es por lo general el canal de comunicación preferido o más eficaz para el cambio de comportamiento. La selección de canales de comunicación debe basarse en los objetivos de comunicación, el alcance de cada canal y el costo. El plan de comunicación debe considerar los siguientes tipos de canales de comunicación:

- Medios de comunicación de masas (ej., radio, televisión y prensa)

- Comunicación interpersonal (ej., contactos con personal de la salud, voluntarios comunitarios y personas que ponen en práctica los comportamientos recomendados)
- Materiales gráficos (ej., carteles, volantes y anuncios)
- Materiales audiovisuales (ej., video)
- Teatro, títeres, danza, canto y narración de cuentos de la comunidad

Desarrollo de mensajes creativos. Los mensajes creativos deben ser diseñados para promover las prácticas recomendadas y alcanzar los objetivos de comunicación. Estos mensajes contienen información acerca de las prácticas recomendadas y van dirigidos a segmentos específicos de audiencia a través del uso de palabras y frases habituales a cada uno, documentadas en el Módulo I y Módulo II. Por ejemplo, un mensaje diseñado para lograr “un mayor porcentaje de cuidadores que utilicen medidas de alimentación perceptiva” podría ser “Alimentar al niño con paciencia, amor y buen humor” (Penny et al., 2005).

Los mensajes deben transmitir el beneficio principal que las audiencias primarias, secundarias y terciarias obtendrán a partir de la realización de las prácticas recomendadas. Por ejemplo, si el objetivo es que “un porcentaje mayor de niños de 12.0-23.9 meses de edad coman bocadillos saludables” y los resultados de la investigación indican que los cuidadores consideran que un niño sano es un niño que crece bien y es feliz, un posible mensaje dirigido a los cuidadores podría ser “Darle fruta al niño como refrigerio le ayudará a crecer y ser feliz.”

División en fases diferentes. Las intervenciones de “SBCC” (Estrategias de Comunicación para el Cambio Social y de Comportamiento) se dividen en diferentes fases de comunicación, ya que no todos los mensajes pueden ser difundidos simultáneamente. El equipo de investigación debe decidir cuáles objetivos son los más importantes y cuáles son complementarios y organizar los mensajes en fases según corresponda. Por ejemplo, una intervención de comunicación en Guatemala se dividió en tres fases de 4 meses (Rivera et al.,

1998). En la Fase 1, se presentaron los mensajes básicos relacionados con aumentar la frecuencia de la alimentación de los niños. En la Fase 2, se presentaron mensajes para casos especiales (ej., cuando el niño está enfermo o convaleciente) y mensajes dirigidos a los padres. La Fase 3 se utilizó para reforzar los mensajes anteriores.

Análisis del mercado. El desarrollo de un plan de “SBCC” (Estrategias de Comunicación para el Cambio Social y de Comportamiento) debe incluir un análisis del mercado (una técnica utilizada en los sectores comerciales para caracterizar y valorar un producto en relación a sus competidores). En las intervenciones de salud y nutrición, el “producto” es a menudo una serie de prácticas recomendadas. A través del análisis del mercado, se estudian las “cuatro Ps” de un producto: precio, promesa (o beneficio principal); posicionamiento (el sitio que ocupa el producto en la mente de la audiencia) y promoción.

Desarrollo, pruebas y producción de materiales. El equipo de investigación debe determinar los materiales que se podrían adaptar mejor a las audiencias primarias, secundarias, y terciarias; los canales de comunicación más adecuados y los mensajes específicos. A partir de los datos generados en la aplicación del Módulo I, el equipo tendrá una idea acerca de los materiales utilizados por otras organizaciones y cómo podrían ser adaptados a la intervención. Probablemente se tendrán que desarrollar nuevos materiales.

Los posibles materiales incluyen breves mensajes de radio y otros mensajes de audio, carteles de exhibición en centros de salud y lugares similares; papelógrafos para reuniones de grupos, árboles de decisión y materiales interactivos para el asesoramiento individual; folletos que describan las recomendaciones principales sobre “IYCN” (Nutrición del Lactante y del Niño Pequeño) por grupo de edad del niño y recetas.

PROMOCION DEL CRECIMIENTO

En un documento del Banco Mundial sobre la Promoción del Crecimiento y Desarrollo Saludable. Avances y oportunidades en los programas de nutrición con base comunitaria, las autoras Lucy Bassett y Julie Ruel-Bergeron en el 2012 afirmaron que en Centro América algunos los países centroamericanos para enfrentar el persistente problema de la desnutrición crónica, establecieron programas para mejorar la nutrición infantil. Una característica clave de estas iniciativas ha sido el enfoque comunitario, que ha permitido una respuesta integrada a algunas de las causas multisectoriales de la desnutrición y la expansión de la cobertura a las áreas más remotas y vulnerables de los países centroamericanos.

ASPECTOS TÉCNICOS DEL MANUAL TÉCNICO OPERATIVO

La Capacitación sobre PROCOSAN está dirigida a: “Construir capacidades en las comunidades y familias para que sus miembros puedan adquirir más control sobre sus recursos, en particular sobre la salud y nutrición de sus niños y embarazadas”. Se anima a considerar todo el contexto social de las necesidades de la comunidad y a buscar métodos imaginativos y audaces para satisfacerlas. La estrategia se basa en el aprendizaje de adultos, enfatiza en aquellos aspectos relacionados al proceso que conduce a enriquecer los conocimientos culturales, profesionales, sociales del adulto mediante la auto formación o auto-educación, abordando el aprendizaje de diferentes maneras y tomando en cuenta las experiencias y conocimientos acumulados para crear y construir nuevos conocimientos y destrezas en sus vidas y trabajo.

Uno de los componentes esenciales e innovadores del programa, es el enfoque para el cambio de comportamientos, con la metodología de mercadeo social. El papel esencial de la comunicación para el cambio de comportamientos, es precisamente, fomentar acciones a nivel del hogar, la comunidad o el

establecimiento de salud, que promuevan estilos de vida saludables, que puedan prevenir problemas de salud, remediarlos, o limitar su impacto. En este sentido es de suma importancia definir el problema de salud o nutrición no sólo desde el punto de vista técnico, sino también desde la perspectiva de las personas involucradas. ¿Qué implica el término mercadeo social? Cuando hablamos de una metodología de mercadeo social, están presentes los siguientes elementos:

Se trabaja con la población en determinar los problemas y en la preparación de mensajes:

- Los mensajes están dirigidos a modificar comportamientos específicos.
- La mejora de los productos y servicios debe ser un componente importante.
- Se debe trabajar en la disminución de barreras para el acceso a los productos y servicios relacionados al cambio de comportamientos.
- La promoción se hace con todos los medios (interpersonales y masivos).

Está demostrado que es en el período de 6 a 24 meses de vida que se instala la desnutrición crónica, como consecuencia ocurren pérdidas irreparables en la talla de los niños y las niñas, su capacidad intelectual y sistema inmunológico. Por lo tanto la prevención de la desnutrición debe ser un proceso que inicia desde el embarazo, haciendo énfasis en los cuidados en los primeros seis meses de vida del niño y niña y hasta los dos años.

Al fortalecer las prácticas de cuidado en este período, la madre es gratificada por el crecimiento adecuado de su hijo y pueden “exaltarse” sus buenas prácticas para que persistan en el cuidado y atención de otros miembros de la familia. Por lo tanto las prácticas adquiridas van a ser utilizadas en el cuidado de otros niños; considerando el período de 6 a 24 meses de edad, vital para realizar las acciones de prevención, promoción y recuperación oportunas, recordando que la desnutrición es acumulativa e irreversible después del segundo año de vida.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio:

Sistematización

Área de Estudio:

Ministerio de Salud de Nicaragua, Nivel Central

Participantes:

Miembros del Equipo Técnico del Programa Comunitario de Salud y Nutrición (PROCOSAN) que estuvieron desde el año 2000 al 2005 como funcionarias del Programa de Modernización del Sector Salud (PMSS), contratadas para la construcción e implementación del PROCOSAN, un total de 12 personas. A saber: Responsable de PROCOSAN en el PMSS (1) y otro en el Departamento de Nutrición (1), Asesor de Capacitación de PROCOSAN (1), Asesor de comunicación (1) y Encargado de construcción de Manuales del PROCOSAN (1) y los Asesores Técnicos Locales (5), distribuidos en los SILAIS.

Metodología:

Grupo Focal

Instrumento:

Guía de preguntas para el desarrollo del grupo focal (ver el anexo 2).

Procesamiento de la información:

El conversatorio del Grupo Focal fue grabado, transcrito, luego se hizo limpieza para ser ordenado e interpretado. Para esto se utilizó el Microsoft Word y para la presentación Microsoft Power Point.

Descriptores:

- a) El Contexto, referido Políticas expresada o no, en el ámbito externo del Ministerio de Salud y dentro del Nivel Central del MINSA.
- b) Condiciones Técnicas; referido a los últimos avances técnicos relacionados a Alimentación y Nutrición y con evidencia científica que fueron tomados para ser incorporados en la construcción de PROCOSAN como principios.
- c) Proceso; se incluyó en este punto a los momentos de implementación en los SILAIS, Municipios y Comunidades y al aporte de los Brigadistas.
- d) Administrativo; referido a los aspectos administrativos que permitieron el desarrollo e implementación de las acciones y tareas.

El estudio fue elaborado en etapas siendo la primera en la revisión documental que incluyó todos los documentos disponibles del programa a saber: ayuda memoria de reuniones, informes mensuales, de avance, de cierre, evaluaciones, etc. y la elaboración del instrumento para la recolección de la información.

La segunda etapa fue el levantamiento de la información que permitió obtener la información de acuerdo con los descriptores de la sistematización. Y en la tercera etapa se procedió al ordenamiento de la información para su análisis e identificación de los factores facilitadores u obstaculizadores y finalmente los principales aprendizajes para la elaboración de las conclusiones y las recomendaciones.

VIII. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados se muestran a continuación según los descriptores mencionados en el acápite de Diseño Metodológico.

a) **El Contexto**

El Ministerio de Salud de Nicaragua en el año 2000 respondía a lineamientos en salud y nutrición, orientados desde la Presidencia de la República a través de una serie de instrumentos que fueron construidos en años anteriores con la participación de diferentes actores. El principal instrumento fue la Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza. (ERCERP).

La Presidencia de la República contaba con la Secretaría Técnica de la Presidencia (SETEC).

La SETEC “a cargo de... (Funcionaria de la SETEC) en ese tiempo y esa secretaria estaba ubicada en la Presidencia” y dos personas “estaban trabajando en esta estrategia (una nueva estrategia de nutrición) por qué no querían un programa de nutrición tradicional de alimentación complementaria, que era la visión que se tenía que sería ir a darle una galleta (como parte de la intervención) en forma asistencialista”. Una SETEC con mucho liderazgo, desarrollando un “programa de la erradicación de la ‘pobreza’”.

Como parte del programa de erradicación de la pobreza “en 1999 se desarrolló el estudio (Seireg M.) ... se hizo un análisis de todos los programas de alimentación y se miró cuanto era que se gastaba en esos programas asistencialistas entonces eso también fue la clave para dar paso a otro tipo de programa que no fuera asistencialista en este momento”,..” bueno...eran 40 programas que estaban exclusivamente a eso (a entrega de

alimentos). Solamente 18 estaban ubicados en lugares que se necesitaban de ellos”.

“Ese estudio es parte de todos esos motores propulsores, porque fueron como varias cosas que se fueron tejiendo a la vez el estudio definitivamente y... lo otro importante que era momento político el programa hacia la erradicación de la pobreza que estaba en ese momento de la Secretaria Técnica, es un momento político como por ejemplo: ... (Fortalezas y Obstáculos que enfrentan los programas de nutrición y alimentación en Nicaragua) son documentos previos de elaborar el programa de la erradicación de la pobreza,... son como estudios previos, diagnósticos para elaborar lo otro (nueva estrategia en nutrición), entonces esos son los momentos políticos que están ahí”.

Otro momento político que se señala fue contar con

“un gobierno que tiene que construir un momento (Programa) de erradicación de la pobreza y que tiene una Secretaria Técnica con un liderazgo increíble porque eso no lo puedes negar, un liderazgo a nivel de todas las instituciones que era evidentemente reconocido y la apertura del Ministerio de Salud a ese liderazgo de la Secretaria Técnica, o sea que si Matilde Nerett decía esto es... eso era pues, eso se hacía... porque era una línea fuerte ... de la Presidencia (de la República)” y los aspectos de nutrición (fueron) una prioridad en el Gobierno.

Así mismo a lo externo del MINSa también estaban otras estructuras conformadas por diferentes sectores,

“la CONASAN (Comisión Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional) eso tenía fuerza,... y esa comisión tenía apoyo de la Presidencia y también un liderazgo fuerte en ese momento.

A lo interno del Ministerio de Salud, según las orientaciones en la ERCERP se desarrolló el

Programa de Modernización del Sector Salud (PMSS) en el que

“había un componente de nutrición pero con dos subcomponentes, un subcomponente... (Que está desarrollando una galleta nutritiva como parte de la intervención) y el otro subcomponente (haciendo una propuesta de una nueva estrategia en nutrición) “contratada (o) directamente por el Banco Mundial, llevando a cabo una primera investigación..., para hacer una investigación consultiva que iba a dar inicio a lo que después le denominamos como PROCOSAN.

Funcionario del PMSS plantea que hay dos líneas de trabajo y fuertes cuestionamientos por el Banco Mundial a una serie de procesos desarrollado de manera aislados, por lo que

“la Dirección Superior dijo: yo no quiero dos líneas de trabajo en nutrición que es lo que hay ahora, yo necesito una sola línea”. A raíz del mandato de la Dirección Superior es que en la sede del Banco Mundial, en conjunto con Equipo Técnico del MINSA y PMSS, “se tomó la decisión entonces de trabajar una única estrategia en nutrición y esa estrategia que en ese momento no tenía nombre”...” y entonces es que se conforma un equipo (una sola línea de nutrición)... nos unimos como equipo”.

Como parte de esa decisión “se amplía... la investigación (consultiva) que se estaba realizando solo en Madrid”,... “al resto del territorio y no solo estemos hablando de Madrid ahí es donde ya se incorpora la investigación consultiva... toda la otra zona de Masaya, lo que era Chontales y el resto de los lugares.

Adicionalmente el componente de “nutrición estaba haciendo lo suyo pero como aislado del resto del engranaje de la modernización... y se toma la decisión entonces de incorporarlo dentro del Modelo de Gestión (de PMSS), ese componente de nutrición”.

En la línea del Ministerio de Salud se encontraba “un... “liderazgo de la Dirección de Nutrición dentro del ministerio... en esa época fue... muy fuerte (en el 2000)”

Existe otro “elemento político, es el liderazgo del Ministerio poniendo orden a todos los ministerios, de que ese era su modelo (PROCOSAN) eso fue como en el 2003, que nace con esa resolución (Ministerial que declara a PROCOSAN como la estrategia para nutrición en la comunidad)”... “que nace con esa resolución gallo-gallina, porque si se acuerdan no era como determinante, dejaron apertura, nosotras dijimos en algún momento esto es una resolución gallo-gallina, pero que esa resolución gallo-gallina al final fue la que ayudó a ordenar y a alinear a todo mundo en conjunto con el comité interinstitucional, si se acuerdan ese espacio del comité interinstitucional que es en este periodo es el que pone en orden a todo mundo en termino de lo que se iba a hacer en términos comunitario nutricional, ese es el que llama a todo mundo en ponerse en fila y a ordenar y dejar de andar haciendo locuritas y eso me parece a mí que es un motor propulsor también en términos políticos .”

La conformación de un Comité Interinstitucional a partir del 2003, fue creada para la implementación y expansión del PROCOSAN con liderazgo reconocido y ayudando a ordenar para alinear las estrategias en la comunidad. Estuvo conformado por todos los organismos no Gubernamentales que desarrollaban intervenciones nutricionales a nivel de la comunidad.

“Los DAP creo que se llamaban no sé si recuerdan en aquel momento que era PCI, eran como cuatro o cinco que estaban trabajando con eso con el modelo de AINC (de Honduras) más alimento se acuerdan que eran cuatro me acuerdo yo que eran PSI, ADRA, Save the Children y PROSALUD”.

El liderazgo del MINSA se muestra cuando permite la participación de todos los organismos para la implementación del nuevo modelo de nutrición comunitaria y estableciendo un mandato a través de esa resolución para alinear todas las intervenciones comunitarias orientadas a la atención nutricional

.”..., el contexto político de aquel momento es en el que se les permite la participación a todos los organismos dentro de ese modelo de nutrición comunitaria que después se llamó PROCOSAN.

“Otro aspecto... y esto es político ...es el efecto de lo que se hizo en ese periodo y cuando vos hablas del PROCOSAN Todos son su papa y su mama, todo mundo lo creó, todo mundo lo diseñó, es como que la historia obliga a la gente en sentirse parte de ese proceso que vivió el país, por qué vos tenés por ejemplo voy a hablarlo con nombre y apellido (Funcionario BID) que dice que el BID comenzó con PROCOSAN y el BID en aquel momento no se quiso involucrar, era Banco Mundial el que llevaba la cabeza y de repente ahora es el BID...dicen que comenzaron con lo que era PROCOSAN con las comunidades y entonces.....”.

Esto se debe destacar que lo bien construido que fue el PROCOSAN, respondiendo a los lineamientos técnicos internacionales y siguiendo un proceso metodológico adecuado como es el mercadeo social, existió un gran nivel de apropiación por parte de los organismos internacionales y eso hace que sea ventajoso para el país dado que se puede obtener un apoyo por parte de ellos.

Por otro lado existieron algunos desaciertos desde el punto de vista políticos y fueron cuando

“el ministerio comenzó a tener una línea de mando que era la Dirección Superior con la Ministra y Viceministra ..., pero por otro lado había una Secretaria General que es hacia donde el ... (Director de Nutrición) comenzó a vincularse con la COTESAN y comenzó a distorsionar lo que era el funcionamiento estructural que se le puede llamar del ministerio yo no sé en qué pero él nunca estaba que en las cosas que tenía que estar que era por ejemplo lo del POCOSAN quien lo asumía era ... (una) técnica, no era directora de nutrición porque ese era el contexto.”

Esto significó falta de Gerencia en 2003 de la Dirección de Nutrición, impidiendo avanzar porque no hay toma de decisión. Lo que también se refleja una falta de liderazgo de la Dirección General, ya que no tomó acciones para resolver las dificultades porque dependiendo de la Dirección General del Primer Nivel de Atención estaba la Dirección de Nutrición y la Dirección de la Niñez.

Adicionalmente había,

“otro elemento elemento no solo era la lucha interna entre dos direcciones, era la lucha interna de una misma Dirección (General), por que vos tenías una Dirección de Nutrición con una cabeza gerencial que él (Director) andaba disparado en otras cosas y que finalmente no asumía su rol de gerente digamos directo de esto, entonces vos tenías una Dirección de Nutrición donde los técnicos sí estaban apoyando y estaba involucrados pero la cabeza gerencial andaba volando en cualquier cantidad de cosas”..., entonces en las discusiones técnicas grandes, vos no podías contar con la gerencia de nutrición por qué no tenía claridad de las cosas ..., tenías que venir y pulirlo (capacitarlo u orientarlo), no era como el que maneja esas

cosas, era técnicamente que te defiende la posición.” Pero “(la Dirección de Niñez sí tenía su posición bien clara por qué Niñez decía AIEPI y AIEPI”.

Y en algunos casos... (como Coordinadora del PROCOSAN en el PMSS) llegue a tener mucho más nivel de responsabilidad que el propio (Director de Nutrición) ..., es un elemento que no lo podemos obviar ni negar... como él andaba más en otras cosas ... El liderazgo en Nutrición él nunca lo tuvo, el Ministerio comenzó a tener una línea de mando que era la Dirección Superior con la Ministra y Viceministra porque si se acuerdan la posición de la ... (Ministra) era fuerte dentro del Ministerio, pero por otro lado había una Secretaria General que es hacia donde el (Director de Nutrición) comenzó a vincularse por la COTESAN y comenzó a distorsionar lo que era el funcionamiento estructural que se le puede llamar del Ministerio... en esa época en donde si el ...(Director) andaba, yo no sé en qué, pero él nunca estaba que en las cosas que tenía que estar que era por ejemplo lo del PROCOSAN quien lo asumía era (una técnica de Nutrición), no era (la) directora de nutrición ...”

”Lo que me llama la atención de todo ese análisis que están haciendo es que había un ministerio de salud ... (con) muy buenos técnicos pero ... ellos no sabían que eran los que mandaban la situación finalmente (las decisiones técnicas le correspondían a los técnicos del Ministerio de Salud y no al PMSS), porque si el Ministerio de Salud dice ... que esto es lo que quiero hacer entonces nos reunimos técnicamente con las direcciones y como nosotros (como PMSS) también tenemos elementos técnicos que defender es lo que quiero hacer aunque haya habido dos monstruos detrás de cada una de las direcciones, entonces me llamó mucho la atención eso que los mismos Ministerios cogiendo lucha entre los técnicos internos del Ministerio, que debería de ser cerrar filas e ir sobre una (sola) línea.”

Otro desacierto fue que la Estructura (PMSS) fue paralela dentro de Ministerio de Salud a las direcciones haciendo acciones operativas que eran competencias de las direcciones de líneas. PMSS se visualizaba en competencia con las Direcciones del MINSA y hacia ver al MINSA como incompetente.

”... también políticamente se percibía toda una estructura en PMSS como una estructura paralela, direcciones, espacios gerenciales que tenía con el Ministerio de Salud, entonces aquí estaba las direcciones del Ministerio de Salud y a la par iba el PMSS, también había una percepción política de competencia.”

Los anteriores desaciertos impactaron en la velocidad de construcción y de implementación en el territorio del PROCOSAN a pesar de tener un equipo técnico comprometido y de gran calidad técnica, de contar con instrumentos normativos, una política expresada y con apoyo de organismos no gubernamentales y otros. Se confirma que se necesita un nivel alto de involucramiento de las autoridades superiores para conducir estos procesos de construcción.

b) Condiciones Técnicas

Las condiciones técnicas o aspectos técnicos se refieren a todos los pasos metodológicos descritos a nivel internacional y en resultados de estudios nacionales. Se puede decir que son los lineamientos técnicos emanados por expertos en el tema para la construcción de un programa comunitario.

Para la construcción del PROCOSAN se conformó un equipo técnico nacional integrado por personal contratado por el PMSS específico del componente de nutrición y técnicos de la Dirección de Nutrición en Nivel Central.

En Nicaragua en 1999, Seireg M. y Cols., en el estudio de Fortalezas y Obstáculos que enfrentan los programas de nutrición y alimentación en Nicaragua, menciona algunas características de esos programas como ejemplo que las madres asistieron a las actividades de forma inconsistente, la participación es pasiva, la evaluación del crecimiento no sistemático y sin registro individual. Por otra parte no había una visión clara sobre misión de servicios de nutrición y la actividad principal fue la distribución de alimentos en un contexto de poca focalización (89 % de los fondos se destinaban a la entrega de alimentos). Los resultados de ese estudio fueron muy importantes porque a pesar de lo costoso que eran no había impacto en el estado nutricional, menos en el cambio de comportamiento para realizar una práctica adecuada en nutrición y alimentación.

... “ese estudio fue nuestra bandera por mucho tiempo, ese estudio siempre que íbamos a aquellos talleres... de sensibilización... porque eran lo que te daban los elementos... técnicos de lo que era la nueva estrategia (de nutrición, refiriéndose a PROCOSAN)”...

Otro cambio importante que se incorpora en la nueva estrategia de nutrición es el grupo de edad a quien está dirigida la intervención.

“Pero eso fue previo al 2000 (el estudio de Fortalezas Obstáculos que enfrentan los programas de nutrición y alimentación en Nicaragua), sino como esos aspectos técnicos...sirvieron de base para modificarse ya en el PROCOSAN directamente,... (y ahora está dirigido a) los menores de dos años como eso cambia en PROCOSAN (y antes se decía que debían atenderse a los menores de 5 años)”.

Como se menciona en el documento del Banco Mundial en el 2006 “Revalorización del papel fundamental de la nutrición” es que existe una oportunidad de solucionar el problema de la desnutrición y esta se presenta durante un breve período: desde antes del embarazo hasta los dos primeros años de vida del niño. Hay consenso en cuanto a que, cuando el crecimiento físico, el desarrollo cerebral y la formación del capital humano se ven afectados durante ese lapso, los daños son graves y, en gran medida, irreversibles. De ahí que las intervenciones deben orientarse a aprovechar esa oportunidad. Toda inversión que se realice después de este período crítico tiene muchas menos probabilidades de mejorar la nutrición. Esto es retomado en el PROCOSAN para poder cumplir con uno de sus objetivos que es la prevención de la Desnutrición en esas edades.

Según UNICEF la desnutrición en los niños, en las condiciones subyacentes a nivel de la familia, tienen igual impacto las prácticas adecuadas en el cuidado de los niños, el acceso adecuado de los alimentos y los servicios de salud y medio ambiente óptimos. Por lo tanto PROCOSAN que tiene como principal objetivo la prevención de la desnutrición en los niños menores de 2 años, profundiza en el abordaje de las prácticas de alimentación y nutrición y para ello se enfocó en la construcción del mismo con la metodología de Mercadeo Social.

“Yo creo que a nivel internacional me parece que la reunión del Copenhague fue fundamental para los cambios de paradigmas en Nutrición porque en Copenhague se hacen todos los estudios en el tema de nutrición y se prioriza las líneas de Nutrición a nivel mundial, prácticamente entonces, ahí salen los

temas de investigar más la ventana del consumidor de los menores de dos años y hacer los análisis de la inversión que se está haciendo en nutrición, hacer las investigaciones de cuáles las edades o los tramos de desarrollo en que hay que invertir y se enfatiza la lactancia materna". "Me parece que ahí también comienza a hablarse de todas las inversiones costo-efectivas, ... Esa reunión dio muchas pautas técnicas que se recogieron haciendo énfasis en el contexto de cada país pero que, básicamente era la lactancia materna, invertir en programas costo efectivos, estudiar más sobre los tramos de desarrollo, crear lo del menor de dos años,..."

"Y lo del (cambio del) comportamiento no sale ahí?." "Si, también sale la parte de mercadeo social para hacer educación nutricional y no la tradicional que aprendimos en los años 60's que tenía que ver con los nutrientes en las personas, sino consejería nutricional, el tema de la consejería (individualizada) fue un tema que salió ahí, debe estar ahí en los documentos" "y me parece a mí que todos los Lances (Revista Científica) de crecimiento son parte de los estudios que se hicieron a nivel internacional para dar pautas técnicas a los países en qué áreas hay que invertir y qué áreas había que desarrollar, ahora en términos generales el avance se dio en este país... dio por las inversiones en ese periodo del 2000-2007 en mi opinión, yo no sé si hay adelantos pues."

El PROCOSAN realizó cambios profundos rompiendo paradigmas en torno a que NO debe entregarse alimentos a las familias para combatir la desnutrición, tal como también lo mencionó Seireg en Nicaragua antes del PROCOSAN se entregaba alimentos en los programas de nutrición.

"Yo lo que más recuerdo es la línea tradicional de nutrición de asistencia alimentaria". "Eso por un lado, los programas dirigidos a los menores de 5 años, eso era porque yo recuerdo en la época que estábamos en la UCA (como estudiantes de la carrera de nutrición) eso era, (para abordar la

desnutrición se requería) asistencia alimentaria dirigido a menores de 5 años, control de crecimiento y desarrollo, básicamente todo lo de alimentación complementaria...”

Según los resultados de Seireg M. el diseño de los programas no daban resultados esperados y en el documento de la ERCERP también se afirma algo similar.

Partiendo del hecho que la entrega de alimentos no es la solución a la desnutrición y que debe ser prevenida desde antes, con la evidencia que las intervenciones deben de hacerse en los dos primeros años de vida del niño y otras evidencias muy documentadas como son la importancia de la lactancia materna y la introducción de los alimentos complementarios adecuados e inocuos, se procedió a desarrollar la metodología de mercadeo social.

La investigación consultiva es parte de la metodología de Mercadeo Social, es conocer el público que recibirá el producto o servicio. En este caso, la investigación permitió identificar las barreras y resistencias que tienen para hacer determinada práctica en alimentación, también se identificaron las actitudes y percepciones sobre sus condiciones principalmente de salud y nutrición, las prácticas de alimentación y nutrición, los factores que influyen en estas conductas relacionadas con la alimentación y nutrición y las restricciones y los factores motivadores sobre la capacidad de las familias para mejorar las prácticas de alimentación y nutrición en este grupo.

Para establecer una recomendación se debe evaluar la aceptación y la factibilidad de esa recomendación potencial que permitirá mejorar la dieta y las prácticas de alimentación del niño y la probabilidad de que sean adoptadas. Este se hace con la participación de las madres de los menores y utilizando los alimentos que ellas tienen disponibles en su hogar.

Fue necesario entonces construir los instrumentos: Manuales del Brigadistas, Técnico Operativo, Guías de capacitación y los instrumentos para las relaciones interpersonales como láminas de consejería, “la panita” para mostrar la cantidad de alimento que debe consumir el niño de acuerdo a su edad.

Con lo que comenzamos a trabajar fue el manual del Brigadista, y el manual técnico operativo para personas de salud surge después con la necesidad de contar con la estrategia de capacitación para el personal de salud, y yo creo que si lo que han dicho que una de las fortalezas del manual fue en mi opinión ese manual fue demasiado consultado, demasiado validado porque a cada una de las regiones, cada una de ellas por su particularidad por su propio contexto tenía que ser así y tenía que ser así, y era un poquito en las reuniones de trabajo sacar un manual nacional, digamos genérico que pudiera ser adaptable a todas las regiones o comunidades. “

... recuerdo hasta manual del Brigadista versión cuatro, cinco, seis, muchas versiones que a nivel del manual tenía los aspectos técnicos que hemos hablado en el sentido de porque es importante la nutrición a niños menores de dos años del Brigadista, como con los recursos que tiene la comunidad se pueden hacer mejoras en la nutrición, el tema de la consejería, porque paralelamente se estaban trabajando las láminas porque al final no se sabía cómo iban a tener esas láminas. “

... estuvimos esperando bastante a que las láminas y el manual salieran, ya que las láminas se fue a proceso de evaluación y se tuvo que retomar otra vez el manual para empezar a validar la incorporación e inserción del manual de todo el tema de las láminas con sus códigos de rojo, verde, no nos acordamos de cómo fue la construcción, pero para insertar y luego volverá validar el manual con las láminas insertadas con el manual. Me parece a mí que el personal de salud a nivel comunitario y los comunitarios jugaron un papel importante más que los técnicos a nivel de a las cabeceras

municipales, la gente que iba al terreno. Nosotros tuvimos una buena visión en discernir en quienes debían participar en cada proceso y en cada etapa de la validación del manual, cuándo tenían que participar el personal de salud de la gerencia municipal, central, de las regiones, cuándo el personal de los centros y puestos de salud, y cuándo los comunitarios, porque en esos tres niveles se hizo la validación. “

... fue una experiencia que también sirvió para la capacitación propia de los técnicos que participaron, que por ejemplo eran estrategias nuevas las que se estaban implementando y conocimientos nuevos que se estaban insertando en el manual. Me parece a mí que por ejemplo insertar y dejar en el manual a menores de dos años fue una lucha tremenda porque de lo que traía antes era de cinco años y porque no se metía menores de cinco y porque solamente menores de dos años. Fue una experiencia técnica y yo recuerdo que por ejemplo el estar contestando bastantes preguntas técnicas al personal de salud sobre todo a los médicos en relación a la alimentación y crecimiento del menor de dos años y no incluir al menor de cinco años, ya que el paradigma en ese momento dice que era menor de cinco años, entonces sirvió tanto para validar el manual como para acercar esa nueva línea de conocimientos que tal vez venían de reuniones de Copenhague, y de otras reuniones internacionales en las que ya se habían discutidos y adoptado en los países las técnicas nuevas de nutrición.

El proceso de construcción de estos instrumentos fue siguiendo la metodología del mercadeo social que implica la mejora continua del producto a través de las validaciones.

El PROCOSAN marcó un antes y un después... que también incluye cambios conceptuales en el Equipo Técnico Nacional.

PROCOSAN cambio no solo las líneas de trabajo del país, si no que cambio las líneas de vida de cada una de las personas que comenzó a participar en el PROCOSAN, ya que por ejemplo hablar en algún momento antes del PROCOSAN, de que se podía ayudar a un niño a salir de la desnutrición solo con lo que tenía en su casa, por lo menos en mi cabeza ese esquema no estaba, ya que cuando se hablaba de un niño desnutrido solo se hablaba de que había que darle comida, pero llevar el paquete de asistencia alimentaria, ósea fuimos a formar más en esa manera con esos esquemas de atención de asistencia, y luego de repente venís y empezas a formar parte de la estrategia de que todo es diferente, ósea todo, todo, desde la forma de vincularse, trabajar con el personal comunitario, una de las mayores resistencias del personal de salud, que un Brigadista fuese quien le diera la consejería, ósea cuando vos estas acostumbrada es que el personal institucional quien es el dueño del conocimiento y es quien sabe y el que va a dar la charla y de repente, y por lo menos a mí me movió todo el piso y toda la cola que traía en mi formación, de repente trabajando en comunitario ya no es charla es consejería, ya no sos vos el que llevas y lo sabes todo si no que hay que negociar, ósea esos términos de negociación consejería de repente te mueve todo tu esquema con ese esquema que se está formado.”

“Yo nunca en la universidad escuche hablar de negociación ni de consejería o charlas, y esa era la línea de educación nutricional que yo recibí. Entonces al hablar de unas láminas que la va a tener el comunitario y yo recuerdo que incluso muchas cosas del PROCOSAN, no lo hicimos los técnicos, por ejemplo en la validación eso de ponerle a las láminas los anillos eso no fue creado en un escritorio y ya los Brigadistas los tenían con unos mecates, así de simple, ósea no fue algo de que genial y se nos ocurrió ponerle los anillos, si no que los Brigadistas en la práctica dijeron a mí me sale más fácil hacer hoyos y ponerle mecate. Entonces esa forma tan diferente de hacer las cosas las fuimos aprendiendo también nosotros, y todo el equipo que estuvo involucrado en el diseño en los diferentes momentos fuimos aprendiendo. Yo

nunca había visto lo de dibujo a mano alzada eso de que ahí vinieran y rayaran en mi vida lo había visto. “

Como parte de la vigilancia del uso de los materiales, contemplada en el mercadeo social, se encontró una nueva forma de presentación de las láminas de consejería. Brigadistas habían abierto orificios en el extremo superior izquierdo en las láminas, las unieron con mecates y de ahí surge la idea de anillar las láminas.

Un elemento importante aquí fue que la estructura del manual técnico operativo fue utilizada por otras Direcciones del MINSA como modelo para otras intervenciones comunitarias, lo que demuestra que está estructurado de forma correcta, aunque no hay evidencia que haya sido ampliamente validado como lo fue el Manual Técnico Operativo del PROCOSAN.

...cambio la visión técnica de los que estamos de cara al personal de salud, porque recuerdo que el manual técnico operativo como todo el programa fue modelo para otro programa, recuerdo que comenzó plan de parto e hizo suyos muchos de los elementos del manual técnico operativo. (CCM, plan de parto), Entonces también estoy de acuerdo con... que todo mundo quiere ser creador de PROCOSAN, pero es que cuando las cosas brillan y son buenas todo mundo se quiere adueñar del trofeo, me parece a mí que eso es parte de la historia del programa que los que eran inteligentes vieron que era algo muy bien estructurado y lo quisieron hacer suyo y los otros técnicos quisieron montarse en la misma lógica de la creación de programa y de ahí nacen esos dos que son: Plan de parto, CCM (Manejo de casos comunitarios) y ECMAC (Estrega comunitaria de métodos anticonceptivos).

... Estos retomaron las reuniones y llevaban la misma lógica, la plataforma de CCM es la de PROCOSAN, lo único en lo que ellos son héroes es en la consulta al personal de salud y a los usuarios a como PROCOSAN lo hizo porque no fue tan intensiva la consulta de esos programas. Recuerdo que

ellos quisieron agarrar esos modelos del manual técnico operativo y desplazarse sobre esa marcha sin hacer procesos consultivos a profundidad como lo hizo el programa. Porque recordemos que el programa nace de una investigación consultiva y que esa es la que da la pauta para dar la creación del programa, y en el caso de plan de parto no hubo una investigación, en el caso de CCM si tuvo investigación (Morbilidad) porque son componentes del PROCOSAN porque han seguido la misma lógica, pero los otros no.

... es un logro para el país... el manual técnico operativo es un producto que surgió de la necesidad de las consultas que todos nosotros hicimos al personal de salud, y sentía la necesidad de organizar no solo de conocimiento si no operativamente desde el punto de vista el esquema mental de cómo se iba a llevar a cabo el programa y nosotras mismas sentimos la necesidad de bueno, cómo le vamos a decir al personal de salud que va a ser esto. Entonces... la creación del manual técnico operativo, yo recuerdo muchas veces sentada frente a la computadora muchas veces con la pantalla en blanco, pero yo tengo ahí el primer manual y ahora lo comparo con el manual que está ahora y realmente es una serie de ideas que se iban viniendo que habíamos visto en las validaciones y finalmente llegamos a perfeccionarlo a un manual de pocas páginas de comienzo, yo misma cuando lo íbamos a perfeccionar eran más páginas y más paginas yo misma decía que era demasiado y se estaba volviendo muy complicado, y se volvía con más y más detalles, y surgían en las necesidades que íbamos viendo, hasta que un momento incluso separamos ...todos los aspectos técnicos, después aspectos operativos, y con un nivel de detalle ... pero me parece que la creación y construcción del manual operativo es un aporte importante, y sustancial que programa al entrenamiento y capacitación del personal de salud, teníamos un manual operativo y (ahora) cómo enseñamos a capacitar? y en la metodología de capacitación (que a mí me sirve todavía esa metodología de capacitación) que es totalmente diferente a lo que

habíamos aprendido tradicionalmente en términos metodológicos y pedagógicos para enseñar o compartir el aprendizaje.”

Algo que no se ha aclarado es la construcción simultánea entre desarrollo de la investigación y construcción del Manual Técnico Operativo y del Manual del Brigadista, construcción de la estrategia de capacitación y de comunicación de tal manera que eso permite que los resultados de la sistematización, validación que sugieran cambios, se hagan los cambios en cada uno de los materiales mencionados. De tal manera que siempre están actualizados.

“Era una secuencia...”

“Era una cadena. Se cambiaba una cosa...”

“Realmente era una cadena de eventos. Se cambiaba una palabra en unos, se tenía que cambiar la guía.”

En el caso de la estrategia de capacitación, ésta fue construida con apoyo de una firma internacional, lo que logra es formar sólidamente al equipo técnico nacional. Un valor agregado es que esta estrategia fue retomada por Docencia del MINSA para Educación Continua principalmente por la forma que está escrita como guion y contribuye a la estandarización de las capacitaciones.

En el Manual Técnico Operativo se presenta las características de la Estrategia de Capacitación, mencionadas a continuación: principios de la educación de adultos, toma en cuenta su madurez y capacidades, enriquece los conocimientos culturales y sociales del adulto, fomenta en el personal de salud y brigadistas el desarrollo de las destrezas de comunicación, negociación y consejería que garanticen el fortalecimiento de las prácticas apropiadas del cuidado de los niños.

“Con su metodología de capacitación en la que estaba prácticamente a nivel de detalle como un guion de cada uno de los ejercicios de capacitación fue impactante para todos nosotros, y yo creo que en algún momento nos

resistimos al ver todo el nivel de detalle que había en esos ejercicios de capacitación tanto de vea, venga, escriba, lea, la palabra, pero al final creo yo que de las lecciones aprendidas todos nos dimos cuenta que fue una metodología exitosa al final, utilizar los ejercicios de capacitación junto con el manual operativo y me parece a mí que esa fue una de las cosas absolutamente que se hizo en educación continua en el ministerio de salud como método de capacitación, método de formación porque era totalmente diferente, incluso el personal de salud sobre todo en las comunidades y ya después el personal gerencial de las regiones...”

“Lo que nos deja este método de capacitación es que nosotros nos logramos asegurar que estábamos diciendo lo mismo y enseñando lo mismo en todas las regiones del país, y con la misma calidad. Entonces yo estaba segura que lo que (funcionaria) había dicho, por ejemplo, en... era lo que (funcionaria) había dicho en Madrid, era lo que yo había dicho en Nueva Segovia; y nos logramos asegurar que los contenidos técnicos de las personas que asistieron a nuestras capacitaciones habían quedado estandarizados y habíamos hecho los mismos ejercicios. Yo creo que esa es una de las consecuencias importantes, que la calidad se mantuvo; la calidad técnica y la metodológica.”

Una dificultad que ha estado es la duración de la capacitación para el personal de salud y los brigadistas.

“Creo que otro paradigma que cambió el programa fue el tema del tiempo de la educación continua, cuando este programa sale, dice que necesita cinco días para capacitar, y que el personal de salud tiene que salir cinco días de su lugar de trabajo para ir a esa capacitación; eso les movió el piso a medio mundo porque todo mundo decía: “¡ah! una educación continua es en una mañana...dos días, tres días...” y más que todo vamos a dar ese tema. Eso influye un cambio de modelo de capacitación, de educación continua en el

personal de salud a que no estaba habituado, y sacar al personal de salud cinco días era...”

Un elemento importante son los dibujos en los materiales. Estos fueron elaborados por dibujantes. Lo diferente fue que ellos hicieron esos dibujos en las comunidades, con las madres, respetando la metodología de mercadeo social, construir con la población, consultando con ella.

“Yo me acuerdo de las validaciones, me parece a mí un elemento técnico que fue esencial, ese ir consultando cada pasito que se daba, materiales, manuales, guía... y yo me acuerdo, por ejemplo, que para mí fue con lo de la lactancia materna, si se acuerdan que en esa época todos los dibujos de lactancia materna era el chavalito con la chiche, la mama metida, y de repente para mí fue una cosa...cuando nos dijeron: “vea, a nosotros no nos gusta que solo salga la teta, quiero que nos vean la cara, cómo estamos viendo a nuestro hijo”. Son cosas que vos te quedas ¡espérate! te están moviendo todo un esquema; cuando veo un poster, digo: “esas no fueron validaciones de PROCOSAN”. “Cuando veo un poster donde solo sale la chicha ¿esos nunca han ido a una comunidad a hablar con las mamás? qué es lo que ellas sienten, piensan y viven, y creo que esa es la diferencia de un programa como este; o sea, la gente te dijo cómo piensa, cómo vive, cómo siente...”

c) PROCESO

Parte de la implementación y que fue un acierto es haber contado con personal técnico en el campo cohesionado y comprometido.

“...hay elementos estructurales, organizativos, de clima organizacional que tienen mucho que ver, ...uno de los grandes aciertos fue el equipo de trabajo; elegir a gente que no solo fuera buena técnicamente, sino que

tuviera muchos deseos de superación y de aprender, porque eso es importante. Vos necesitabas, aunque no estuviera en tu TDR, tener a gente dispuesta a aprender y a cambiar su forma de ser, de repente hay que negociar, que no es nada fácil; y fuimos extrapolando eso del programa al mecanismo de trabajo, aunque hubieran sus dificultades ...con los mecanismos, ...Por ejemplo, era un equipo de trabajo con un nivel de resolución alto, vos no ibas a tener en el nivel central a cada rato clavos del SILAIS, los clavos del nivel central eran los del nivel central... Un grupo muy disciplinado, porque yo me acuerdo que hubo un momento en capacitación que solo tiraban la maleta y agarraban... meses y meses bajo esa dinámica de trabajo. Era un trabajo de mucha disciplina de mucha entrega...

En relación al proceso de implementación, el PROCOSAN se implementó en las comunidades en donde una vez presentado a la comunidad, éste era aceptado y se procedió a la selección de los brigadistas. Una de las características era que debía de poder leer. Esto fue un reto... sin embargo salieron estrategia interesantes.

“Quizás una de las desventajas en ese tiempo, no sé ahora, es que necesitábamos un brigadistas que supiera leer, y tal vez las comunidades a veces eran un poquito limitantes para algunos que querían participar en el programa y no sabían leer... habían limitantes porque había mucha lectura de manual, muchas cosas de escribir muy elementalmente, pero de todas maneras se necesitaba porque el programa, si ustedes se recuerdan, se organizaba en el registro, en la recepción y en la consejería, por eso es que se necesitaban tres brigadistas: el que pesa, el que lleva el registro y el que hace las consejerías; entonces entre el que pesa y el que registra, por lo menos ellos tenían que saber leer, y en la capacitación todos tenían que saber leer. Entonces quizás, no sé hasta dónde, influyó entre personas que sí quisieron recibirla y estar en el programa, y tal vez tenían las cualidades de liderazgo en sus comunidades, no pudiesen asistir por no saber leer.”

“Sí... (en) San Juan de Rio Coco, y eso que era parte de los requisitos que tenía las características del brigadistas, sin embargo yo en una ocasión que no se me olvida, yo llegué a una sesión del pesaje y yo miré que estaban dando la consejería, y yo escuchando y viendo de largo, el brigadista pasaba láminas y platicaba, y al final me doy cuenta que el brigadista no sabía leer ni escribir, ya se sabía las láminas de memoria. Entonces a veces aunque se tengan las características como debe ser, pero la necesidad los hace...”

“Quizás en el tema de las láminas era más fácil porque yo recuerdo que al final decían... y con los símbolos y las láminas, ellos podían ayudarse.” “Por eso fueron tan prácticas las láminas.” “En muchas comunidades, por lo menos cuando a mí me tocó capacitar, en muchas comunidades la gente o el mismo personal de salud, a mí me decían: “pero mire,...lo que pasa es que mis brigadistas no saben leer ni escribir, pero traen a su secretario”, ¿le iba a decir yo, que no? Ellos utilizaban sus propias estrategias; entonces, el que no sabía leer, sabía los números de la balanza y ese era el que pesaba, y ellos se arreglaban.”

En cuanto al compromiso del Brigadista y de la comunidad

“Otra de las cosas fue el compromiso de los brigadistas en la comunidad, que buscaron participantes aliados, porque si pasábamos todo el día en una comunidad, gente de la comunidad les llevaba el almuerzo, porque estaban cuidando la salud de los niños de la comunidad para la comunidad; entonces eso también fue lo bonito que integró a la comunidad para hacer lo propio, y se rotaban para darles el almuerzo a los brigadistas, se involucraban no solo los tres brigadistas al momento de la sesión.”

El PROCOSAN también influenció a los brigadistas...

“Yo tuve una experiencia con una mamá en Telpaneca, que ella era bien rebelde, y los brigadistas me decían: “fíjese que hay una mamá que llevaba a su niño a pesar, pero no pasaba por consejería”, entonces los brigadistas me pedían que llegara yo a darle la consejería. Entonces me propuse cada mes estar en esa sesión de pesa, y empezaba a hablar yo con la mamá, y entonces me decía: “¿y qué le voy a dar de comer a mi niño? solo tengo zacate”, entonces le decía yo: “¿usted come zacate?”. Entonces me decía: “no, es que yo como tortilla, yo como guineo, lo que tengo”. Bueno, eso también puede comer su niño. Entonces empecé varios meses a entrar en la consejería con la mamá, solo a ella le daba consejería, y ya me apartaba de los brigadistas. Al final, la mamá me dijo un día: “mire, yo quiero ser brigadista”, y tuve que hacer las coordinaciones y logré meterla casi en los últimos talleres en Telpaneca, y quedó formada como brigadista, después del rechazo que tenía de...”

“si yo hubiese recibido esto cuando parí a mi hijo, no hubiera pasado por tantas enfermedades, no se me hubiera muerto...”, entonces eso también cambió la vida de muchas brigadistas.”

d) ADMINISTRATIVO

El manejo de fondos también fue diferente. En esto se incluye todo lo necesario para la compra de materiales para los talleres de capacitación, viáticos de hospedaje y transporte para el personal de salud y para los brigadistas, contratación de locales para talleres y la alimentación para el mismo.

Estructura administrativa paralela en el PMSS entregaba los fondos directamente al responsable de la actividades del PROCOSAN sin pasar por la estructura propia del MINSA ya sea en el nivel central, SILAIS y en el municipio.

La planificación de las actividades de capacitación en el municipio fue en conjunto con el personal técnico del PROCOSAN, con las autoridades municipales y/o la contraparte del mismo municipio. La entrega de los fondos necesario se hizo a la persona miembro del Equipo Técnico del PROCOSAN que tenía asignado es municipio o SILAIS. Este mecanismo poco usual contribuyó al cumplimiento de las actividades programadas

“Se trabajaba en conjunto con el departamento, no hacías programación sola porque dependía mucho del tiempo de ellos.” “Había un equipo multidisciplinario donde estaba,...

“... yo decía que PROCOSAN nos cambió la vida a muchos, porque yo llegué a trabajar en un componente y nunca en mi vida había hecho un presupuesto, jamás en la vida; y de repente te ves en la necesidad de empezar a hacer cosas. Había una gerencia muy beligerante dentro de modernización, Y la otra cosa es que yo aprendí, por lo menos con PROCOSAN, a sistematizar un presupuesto, porque lo que se ha manejado en todos estos últimos años de cómo implementar PROCOSAN es en base a la experiencia. ¡Ah! que se necesitan para las tres visitas a las comunidades; que hay que ir...que el Manual técnico-operativo dice que los primeros seis meses cada mes, y después puedes pasarla cada dos meses. Todas esas cosas que iban quedando en los manuales, en las sistematizaciones, se iban también sistematizando y aplicando en el propio presupuesto.

“Sí, porque eso tenía mucho que ver también, me preguntaba a mí: “ajá, cuántas láminas vas a usar en el próximo semestre”. Entonces ya comenzábamos nosotros la parte de capacitación, cuantas láminas, cuántos lápices... y ya comenzábamos, y ya eso lo teníamos sistematizado desde la primera vez, y ahí íbamos caminando en función de eso.”

“...todos los fondos se sacaban a través de esa administración paralela del PMSS y eso aplicaba agilidad en el fondo, aplicaba agilidad en el cumplimiento de las metas que el banco había puesto para el ministerio de salud, en cambio las direcciones se crearon bastante rezagadas por la estructura organizativa propia natural que existe...”

“Creo que la clave ahí era la descentralización que había de parte del PMSS, del Ministerio de Salud, y la administración de la descentralizada, incluso... descentralizaba en nosotros, porque este cheque sale a nombre de..., este de..., este de fulanita, y nosotros cambiándolos en el banco, ...”

“Yo recuerdo de lo que dicen las muchachas... como estaba todo descentralizado directamente con cada número técnico que estaban en las regiones, no esperaban que llegara hasta el SILAIS, porque los técnicos que trabajaban en la región, ya uno ya llevaba. Y así como uno lo tenía programado, ya estaba estructurado que ya Carmen María ya sabía que este fondo va para esto y para lo otro.”

“Dábamos seguimiento a todo, desde la capacitación al seguimiento, todos los procesos.”

“Las rendiciones, y las visitas de monitoreo también había que implementarlo.”

IX. LECCIONES APRENDIDAS

1. El éxito del PROCOSAN en el MINSA hizo que otras estrategias comunitarias en el país desarrollaran la misma estructura y otros elementos como las guías de capacitación y manuales dirigidos al personal de salud y brigadistas.
2. La priorización de Nutrición en el Gobierno, el apoyo de las Autoridades del Ministerio de Salud son determinantes para el éxito de un programa comunitario
3. Es importante democratizar los procesos permitiendo el trabajo conjunto con otras instituciones u organismos porque de esa forma lo van a defender.
4. Vincular al usuario directo, al beneficiario, al protagonista, en cada parte del proceso; desde la construcción del diseño, permite la apropiación.
5. Haberle aportado a los brigadistas de que ellos era capaz de resolver al instante, como darle las herramientas permitió el empoderamiento del PROCOSAN en la comunidad.
6. La apropiación de la estrategia por parte del equipo técnico nacional permitió conducir el proceso de construcción e implementación con éxito.

X. CONCLUSIONES

1. El PROCOSAN se desarrolló con el apoyo del más alto nivel de Gobierno, del Nivel Central, aunque hayan existido diferencias técnicas en el abordaje de la salud y nutrición de los menores de 2 años, limitando su avance.
2. PROCOSAN abre nuevas oportunidades que pueden cambiar las líneas de trabajo en nutrición del país y también a cada persona que trabaja con la nueva estrategia.
3. Los procesos del mercadeo social que incluye la validación de todos los materiales de la estrategia de capacitación, comunicación y de los aspectos operativos permitieron incorporar elementos para la mejora continua y por tanto hace posible el cambio de comportamiento a favor de la salud y nutrición de los menores de 2 años.
4. El éxito del PROCOSAN en el MINSA hizo que otras estrategias comunitarias en el país desarrollaran el mismo en su estructura y otros elementos como las guías de capacitación y manuales dirigidos al personal de salud y brigadistas.
5. El personal de salud no sabe todo, el comunitario tiene su conocimiento adquirido en la práctica.
6. La administración descentralizada de PMSS fue clave para todo el desarrollo de su construcción e implementación aunque fuera inusual dentro los procedimientos propios del MINSA.

XI. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud

- Fortalecer la implementación del PROCOSAN, realizando procesos de monitoreo y supervisión en el nivel local.
- Evaluar el impacto del PROCOSAN en las comunidades.

Al personal técnico involucrado en la implementación

- Profundizar el proceso de implementación a nivel comunitario.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/ Banco Mundial, 2006. Revalorización del papel fundamental de la nutrición para el desarrollo. Estrategia para una intervención en gran escala. Panorama General. Washington, D.C. Primera Edición.
2. Gobierno de Nicaragua. Agosto 2000 Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de Pobreza (ERCERP).
3. Marini A., Bassett L., Bortman M., Griffiths M., & Salazar M. 2009. Promoción del Crecimiento para prevenir la Desnutrición Crónica: Estrategias con Base Comunitaria en Centro América. Región Caribe y América Latina. Banco Mundial.
4. Ministerio de Salud Costa Rica. Dirección de Promoción de la Salud. 2014. Mercadeo Social en Salud: conceptos, principios y herramientas 1° Edición,
5. Ministerio de Salud. Dirección General de Servicios de Salud. Departamento de Nutrición. Nicaragua, “Lo Bueno es que puede comer lo que nosotros tenemos”. Mejoramiento de las Prácticas Alimentarias en Niños Menores de Dos Años en Municipios de Madriz, Chontales y Masaya. Marzo del 2001
6. OPS, UNICEF 2013. PROPAN Proceso para la Promoción de la Alimentación del niño. Washington, D.C. 2 da. Edición.
7. Seireg M., Loftin C., Rivera D. & Carrillo P. 1999. Fortalezas y Obstáculos que enfrentan los programas de nutrición y alimentación en Nicaragua. Una Síntesis de Resultados. Banco Mundial. Managua, Nicaragua.

ANEXOS

Anexo 1

Guía para Grupo Focal

1. ¿Cuáles fueron las condiciones políticas que facilitaron u obstaculizaron la construcción del PROCOSAN y su implementación en el período del 2000 al 2006?
2. En relación a los aspectos técnicos cuáles consideran ustedes que facilitaron u obstaculizaron la construcción e implementación del PROCOSAN, durante el período del 2000 al 2006?
3. En la implementación en los SILAIS, Municipios y comunidades, ¿qué aspectos consideran ustedes que facilitaron u obstaculizaron la implementación del PROCOSAN, durante el período del 2000 al 2006?
4. En relación con los aspectos administrativos, ¿cuáles fueron consideran ustedes que facilitaron u obstaculizaron la implementación del PROCOSAN, durante el período del 2000 al 2006?
5. ¿Cuáles consideran ustedes que son las lecciones aprendidas durante la construcción e implementación del PROCOSAN durante el período del 2000 al 2006?

ANEXO 2

MATRIZ DE DESCRIPTORES

DESCRIPTORES	ACTORES
CONTEXTO	
RESULTADOS	
PROCESO	
ADMIISTRATIVO	

ANEXO 3

EQUIPO TECNICO PARA LA CONSTRUCCIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PROCOSAN

